



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp
Våren 2022

**En intervjustudie om fysioterapeuters erfarenheter av att möta och
behandla kvinnor med rektusdiastas efter graviditet**

Författare

Jenny Åström Siljeholm
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
jenny.astrom83@gmail.com

Handledare

Jeannette Unge,
Universitetsadjunkt
Lunds universitet
jeannette.unge@med.lu.se

Examinator

Kjerstin Stigmar
Docent
Lunds universitet
kjerstin.stigmar@med.lu.se

Sammanfattning

En intervjustudie om fysioterapeuters erfarenheter av behandling för kvinnor med rektusdiastas efter graviditet

Bakgrund: Rektusdiastas, eller magmuskeldelning är ett normalt skeende under graviditet. Avståndet mellan muskelbukarna i *m. rectus abdominis* ökar för att ge plats åt det växande fostret i magen. Delningen minskar oftast efter förlossningen men blir hos många kvinnor ett kvarstående tillstånd. Med tanke på hur vanligt rektusdiastas är så finns det relativt lite forskning på området. Bristen på studier kan innebära svårigheter för de fysioterapeuter i vården som ska bemöta och behandla patienter med rektusdiastas och det kan därför vara värdefullt att utforska deras erfarenheter.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av att möta och behandla kvinnor med rektusdiastas efter graviditet inom den offentliga vården.

Metod: Sju fysioterapeuter intervjuades och innehållet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Resultatet presenteras i tre huvudkategorier med åtta underkategorier. Kategorin *Patienter söker hjälp på grund av oro över rektusdiastas*, har underkategorier: *Patienter efterfrågar träningsstöd och kontroll av magmuskler*, *Förändrad syn på rektusdiastas gör patientutbildning viktig för att minska oro* samt *Fysioterapeuten borde inkluderas i vården av gravida och postgravida*. Kategorin *Trygghet i den kliniska rollen trots brist på utbildningar och vetenskaplig evidens* har underkategorier: *Kunniga kollegor och klinisk erfarenhet är viktiga kunskapskällor*, *Oklarhet i betydelsen av rektusdiastas spelar mindre roll för behandlingen* samt *Tacksamma patienter bidrar till lyckade behandlingar*. Kategorin *Rehabiliteringen bör individanpassas* har underkategorier: *Det är viktigt med ett helhetsperspektiv* samt *Fysioterapi hjälper inte alla*.

Slutsats: Fysioterapeuternas erfarenheter var att trots avsaknad av vetenskaplig evidens om rektusdiastas och information om tillståndet i fysioterapiutbildningen var deras behandlingar oftast lyckade och patienterna nöjda. Då de patienter som sökte fysioterapeuternas hjälp ofta hade milda, eller inga besvär av rektusdiastas utan snarare en oro över tillståndet så var korrekt information som bygger på det aktuella forskningsläget en viktig del av rehabiliteringen. För patienter med allvarligare fall av rektusdiastas räckte inte alltid fysioterapi för att ge dem en tillräckligt god funktion för att klara av vardagen.

Nyckelord: Rektusdiastas, postpartum, fysioterapi, kvinnors hälsa, kvalitativ innehållsanalys

Abstract

An interview study on physiotherapists' experiences in treating diastasis of the recti abdominis after pregnancy

Background: Diastasis of the recti abdominis (DRAM), is a normal course of events in pregnancy. The distance of the muscle bellies of the *rectus abdominis* increases to give place to the growing fetus during pregnancy and decreases normally after delivery. But for many women, DRAM becomes a permanent condition. Given how common it is, there is relatively little scientific research on DRAM which can lead to difficulty for physiotherapists in the healthcare system to treat patients with the condition. Therefore, it can be valuable to explore physiotherapists' experiences in the field.

Purpose: The purpose of this study was to describe physiotherapists' experiences to meet and treat women with DRAM after pregnancy in public health care.

Method: Seven physiotherapists were interviewed, and the material was analyzed using content analysis with an inductive approach.

Results: The results are presented in three main categories with eight subcategories. The category: *Patients seeking help due to concerns about DRAM*, has the subcategories: *Patients request exercise support and control of abdominal muscles. Changed views on DRAM make patient education important to reduce worry and the physiotherapist should be included in the health care of pregnant and post-pregnant women.* The category: *Confidens in the clinical role despite lack of education and scientific evidence* has the subcategories: *Knowledgeable colleagues and clinical experience are important sources of information, Uncertainty in the importance of DRAM plays less of a role in the treatment and Grateful patients contribute to successful treatments.* The category: *Rehabilitation should be individualized* has the subcategories: *A holistic perspective is important, and Physiotherapy does not help everyone.*

Conclusion: The physiotherapists' experience was that despite the lack of scientific evidence on how to best treat DRAM and information in physical therapy education on the condition, their treatments were usually successful, and the patients were satisfied. As the patients who sought the physiotherapist's help often had mild, or no problems with DRAM but rather a concern about the condition, correct information based on current research was an important part of the rehabilitation. For patients with more severe cases of DRAM, physiotherapy was not always sufficient to provide them with a good enough function to cope with everyday life.

Keywords: Diastasis of the recti abdominis, postpartum, physiotherapy, women's health, qualitative content analysis

Innehåll

Definitioner	1
Bakgrund	2
Etiologi, förekomst och diagnostik	2
Funktion, aktivitet och estetisk påverkan	2
Prevention och riskfaktorer	3
Vård, utredning och behandling	3
Patienters och vårdpersonals erfarenheter	5
Syfte	6
Metod	6
Studiedesign	6
Författarens förståelse för ämnet	6
Deltagare och urval	6
Analysmetod	7
Genomförande av analys	7
Etiska ställningstaganden	8
Resultat	9
Patienterna söker hjälp på grund av oro över rektusdiastas	9
<i>Patienter efterfrågar träningsstöd och kontroll av magmuskler</i>	<i>9</i>
<i>Förändrad syn på rektusdiastas gör patientutbildning viktig för att minska oro</i>	<i>10</i>
<i>Fysioterapeuten borde inkluderas i vården av gravida och postgravida</i>	<i>10</i>
Trygghet i den kliniska rollen trots brist på utbildningar och vetenskaplig evidens	11
<i>Kunniga kollegor och klinisk erfarenhet är viktiga kunskapskällor</i>	<i>11</i>
<i>Oklarhet i betydelsen av rektusdiastas spelar mindre roll för behandlingen</i>	<i>12</i>
<i>Tacksamma patienter bidrar till lyckade behandlingar</i>	<i>12</i>
Rehabiliteringen bör individanpassas	13
<i>Det är viktigt med ett helhetsperspektiv</i>	<i>13</i>
<i>Fysioterapi hjälper inte alla</i>	<i>14</i>
Diskussion	14
Metoddiskussion	15
<i>Metodval</i>	<i>15</i>
<i>Urvalsprocessen</i>	<i>15</i>
<i>Intervjuerna</i>	<i>15</i>
<i>Analysprocessen</i>	<i>15</i>
Resultatdiskussion	16
Klinisk relevans	18

Slutsats	18
Referenser.....	19
Bilaga 1	1
Deltagarinformation	1
Bilaga 2	2
Intervjuguide och muntligt samtycke	2

Definitioner

Kvinnohälsa eller *kvinnors hälsa* är ett ämnesområde inom vården som beskriver sjukdomar och hälsobesvär som enbart eller i huvudsak drabbar kvinnor. Ofta används ordet för att beskriva områden inom obstetrik, gynekologi och urologi (1).

Postpartum betyder efter förlossning och beskriver den tid då kroppen fysiologiskt fortfarande är påverkad av graviditet. När den slutar definieras olika i olika studier, alltifrån några veckor i upp till ett år (2, 3)

Postgravid används i detta arbete för att beskriva subjektet kvinnan under postpartumperioden.

Bakgrund

I Sverige föds ca 115 000 barn om året (4). Med andra ord finns det väldigt många gravida och postgravida kvinnor i landet. Trots att kvinnor i alla tider har fött barn så är det först nyligen som abdominell rektusdiastas, eller magmuskeldelning, har börjat uppmärksammas. Rektusdiastas är ett normalt tillstånd som förekommer hos de flesta kvinnor i slutet av graviditeten när magen är som störst (5, 6). Delningen minskar vanligen efter förlossningen men blir hos många kvinnor kvarstående (7, 8). I förhållande till hur vanligt rektusdiastas är, har det gjorts relativt lite forskning på området (9, 10, 11) vilket kan innebära svårigheter för vårdpersonal som ska bemöta och behandla kvinnor med rektusdiastas efter graviditet.

Etiologi, förekomst och diagnostik

När magen växer under graviditet så ökar avståndet mellan muskelbukarna i den raka bukmuskeln *m. rectus abdominis* (12, 8). Muskeln fäster in i senstrukturen *linea alba* som löper från bröstbenets spets ner över buken och fäster in i blygdbenet. Linea alba mjuknar och blir bredare och tunnare efter hand som graviditeten fortlöper (12). Detta beror bland annat på ökat buktryck orsakat av det växande fostret (12, 13) och processen underlättas av hormoner, såsom relaxin, som ger en påverkan på kollagensyntes och därmed bindvävsstrukturer (14). Avståndet mellan muskelbukarna utgörs av linea alba. Efter förlossning brukar rektusdiastasen minska igen, vilket vanligen sker som mest under de första åtta veckorna postpartum men kan fortgå i upp till ett år (12). Människor har en varierande bredd på linea alba och de flesta kvinnor som fött barn har en lite ökad diastas jämfört med vad de hade innan graviditet (12, 13).

Cirka 30 procent av kvinnor som fött barn har 12 månader efter förlossningen en diastasbredd som kan anses vara patologisk (7, 15, 16) och tillståndet finns även hos en betydande del kvinnor som passerat sina år av barnafödande (17). Trots att diagnoskriterier varierar i forskningen så rör sig diagnosmättet i de flesta studier om ungefär två till tre centimeter i nivå med naveln, även *hur*, med *vad* och *var* längs linea alba man mäter kan variera (5, 7, 13, 18, 19, 20). Det finns ännu inte konsensus kring diagnoskriterier för rektusdiastas, vilket troligen beror på att det saknas en tydlig koppling till symtom (10). Att ha en diastas på över två till tre centimeter behöver inte ge några besvär och är därför inte automatiskt ett sjukdomstillstånd (10). Nyligen fick rektusdiastas en ICD-10 diagnoskod vilken är M62.0A och klassificeras under kategorin *Andra muskelsjukdomar* (21). Diagnosen kan ställas av barnmorska, fysioterapeut eller läkare och görs genom att mäta diastasen med exempelvis fingersbredder, skjutmått eller ultraljud (10).

Rektusdiastas kan förekomma hos kvinnor och män utan koppling till graviditet, exempelvis i och med ökat buk fett (22, 23) eller efter bukkirurgi (17).

Rektusdiastas innebär en försvagning i linea alba men är inte ett faktiskt bukväggsbråck. Ett bråck innebär att det finns en defekt i bukväggens fascia som gör att delar av organ i buken kan puta ut och därmed riskera att klämmas. Detta är inte fallet med rektusdiastas, dock kan tillståndet innebära att det finns en ökad risk att drabbas av bråck då linea alba är tunnare och medför ett sämre stöd för att motstå buktryck (24, 25).

Funktion, aktivitet och estetisk påverkan

Kunskapen om symtombilden av rektusdiastas är begränsad. Det är inte klarlagt i vilken utsträckning bredden på diastasen korrelerar med fysiska symtom (26, 27). Inte heller har forskningen visat om de symtom som kvinnor med rektusdiastas upplever beror på diastasen eller om de finns där på grund av andra faktorer som exempelvis kan relatera till genomgången graviditet och förlossning (26).

Rektusdiastas *kan* innebära att stabilitet och muskelfunktion i bålen är försämrad (8, 28). Smärta i ländrygg och bäcken är vanligt förekommande hos kvinnor postpartum och rapporteras i 9–48% av postgravida kvinnor (29). I och med att rektusdiastas kan vara kopplat till försämrad bålstabilitet skulle detta kunna vara en bidragande orsak till besvären men de studier som utförts på området är inte samstämmiga (6, 15, 16, 26, 29, 30). Postgravida kvinnor med rektusdiastas upplever i högre grad än kvinnor utan rektusdiastas ett obehag i magen såsom smärta och uppblåsthet (31). Framfall har visat sig vara något vanligare hos kvinnor med rektusdiastas (26). Om detta beror på genetiska komponenter och vävnadskvalitet hos individen, eller om de två tillstånden kan påverka eller bero på varandra är inte klarlagt (26). Andra symtom på svag bäckenbotten hos kvinnor med rektusdiastas har studerats (17, 26, 32, 33) men endast påvisats i en av dessa studier (17).

Kvinnor med rektusdiastas rapporterar en minskad livskvalitet på grund av nedsatt fysisk hälsa och funktion samt en försämrad kroppsbild (31, 34). Magen har ett förändrat utseende och kvinnor uppger att de anpassar sina liv för att inte visa magen för andra, vilket kan bidra till minskad aktivitet samt ha en inverkan på samlivet med en partner (9). Det bör nämnas att hela bukväggen, alla muskler och fascior kan få en ändrad form efter graviditet, vilket kan innebära att magens förändrade utseende inte bara beror på att linea alba har blivit bredare (35). Smärta, obehag och en känsla av minskad kroppsstyrka och muskelkontakt hos kvinnor med rektusdiastas kan även påverka aktivitet och delaktighet då de upplever sig hindrade att bära och lyfta tyngre bördor så som exempelvis tvättkorgar, eller att leka med sina barn på ett sådant sätt att de riskerar att tryckas i magen (9). Kvinnor uppger även att de aktivt behöver spänna magen för att kunna utföra olika typer av aktiviteter och detta kan vara besvärande och ta mycket energi (9). Obehag vid aktivitet kan även öka risken för rörelserädsla då det associeras med en tro att viss fysisk aktivitet kan förvärra tillståndet (9).

Prevention och riskfaktorer

Att vara vältränad innan och att träna under graviditet verkar ha en skyddande effekt mot rektusdiastas och kan göra så att diastasen snabbare går samman efter förlossningen (36, 37, 38, 39). Återkommande och långvarig belastning på uttöjd vävnad tillsammans med hormonell påverkan ökar risken att drabbas av en kvarvarande diastas, ju fler graviditeter desto högre risk (7, 16, 17, 36, 40). Andra riskfaktorer är ärftlighet (41), kejsarsnitt (30) kort intervall mellan graviditeter (42), barnets storlek och tvillinggraviditet (33, 36, 40).

Vård, utredning och behandling

Det finns inga nationella riktlinjer eller etablerade behandlingsprogram för rektusdiastas i Sverige. En artikel från en grupp svenska kirurger 2021 har föreslagit hur riktlinjer och kriterier för behandling skulle kunna se ut (18). Som tidigare påpekat infördes nyligen en ICD-10-kod för rektusdiastas vilket underlättar inrapportering och kan bidra till att information från register kan användas som en källa till kunskap om diagnosen och för kvalitetsförbättring i vården (10).

Om en kvinna upplever att hon har problem med magmuskeldelning efter graviditet så uppmanas hon via 1177 att ta kontakt med barnmorska eller fysioterapeut på sin hälsocentral för att få råd eller hjälp med ett träningsprogram (43). Vid allvarigare problematik uppmanas hon att ta kontakt med sin hälsocentral för att få en bedömning av en läkare för att eventuellt bli remitterad till specialist inom kirurgi. (43). Utredning och behandling av rektusdiastas sker oftast inom primärvården (10). Det finns även många privata aktörer som erbjuder undersökningar, rådgivning och behandling för rektusdiastas (44, 45, 46).

Rektusdiastas behandlas i första hand med fysioterapi och framför allt med träning (18, 47). Kirurgiska metoder kan användas i vissa fall om den konservativa behandlingen inte gett önskad effekt. Det saknas dock evidens för att dessa operationer har avsedd verkan på funktionella symtom (11) vilket har till följd att operation i huvudsak anses syfta till att förbättra magens utseende (18). Detta kan leda till att kvinnor nekats operation i den skattefinansierade vården och i stället vänder sig till privata aktörer och betalar operationen själva (18).

De studier som genomförts på träningsprogram som syftar till att förbättra symtom av rektusdiastas är av varierande kvalitet och har ofta få deltagare (10). Att dra slutsatser försvåras av att definition och metod för mätning av rektusdiastas skiljer sig åt mellan studier (37). De behandlingsprogram som utvärderas i forskningen innehåller oftast olika typer av bålstabiliserande övningar och även styrketräning för magmuskulatur samt bäckenbottenträning. (47). Mekaniskt stöd kan användas som tillägg till träningen i form av stödbälte eller tejpning. Det har spekulerats i att detta skulle kunna hjälpa för att minska ryggproblem och fungera som stöd för magmusklerna under postpartumperioden och därmed reducera rektusdiastas. Inga studier av hög kvalitet har kunnat belägga detta och möjligen kan det även finnas nackdelar som att det ökade buktrycket som kan uppstå skulle kunna sätta större krav på bäckenbotten som är en annan svag punkt efter graviditet och förlossning (37, 48). Utfallsmåttet i studierna på träningsprogram är oftast diastabredd (12, 49, 50, 51, 52). I vilken mån det faktiskt går att minska den ökade bredden på linea alba med träning har inte kunnat beläggas och en systematisk översikt från 2017 visade att träning inte kunde påverka diastabredd i avslappnat tillstånd, utan bara till viss del vid magmuskelaktivering (47). Detta pekar mot att rektusdiastas i egentlig mening inte är reversibelt, utan att en förbättring efter läkningsperiodens slut beror på ökad styrka i bål samt att kvinnan lär sig att aktivera magmusklerna på ett sådant sätt att hon ändå kan hålla ett buktryck utan att den försvagade linea alba putar ut (49). När det gäller att förbättra funktion, muskelstyrka och livskvalitet finns det stark evidens för att rehabilitering i form av bålträning fungerar (53, 54). Därav bör rehabiliteringen syfta till att stärka funktion snarare än till att minska diastabredd (49, 55).

Tidigare avråddes ofta kvinnor postpartum från att göra övningar där *m. rektus abdominis* aktiverades och buktrycket ökade mycket såsom i en "crunch" eller situp, då man trodde att detta kunde förvärra tillståndet och öka diastabredden (56, 57). Detta har inte kunnat beläggas med forskning så i linje med annan rehabilitering rekommenderas det nuförtiden att belasta skadade vävnader för att de ska läka optimalt snarare än att låta dem läka genom vila (49).

När *m. rectus abdominis* aktiveras så dras diastasen samman lite och därmed slackas linea alba och buktrycket kan få bukväggen att pressa aponeurosen utåt så att en "ås" bildas längs magens mittlinje för kvinnor med RD. Denna ås kan potentiellt innebära att buktrycket inte hålls optimalt (49). När den djupa bålmuskeln *m. transversus abdominis* (TrA) aktiveras så drar muskeln i magens mittlinje ut åt sidorna, diastasen ökar därmed något i bredd vilket gör att linea alba spänns upp. Om TrA aktiveras innan *m. rektus abdominis* så kan åsen på magen undvikas och buktrycket hållas på ett effektivare sätt vilket kan ge stöd åt inre organ och förbättras kraftöverföringen mellan sidorna och därmed den muskulära funktionen (49).

Möjligheten att stabilisera linea alba genom aktivering av djup bålmuskulatur påverkas av laxiteten i strukturen, vilken kan vara ökad hos vissa individer på grund av genetiska faktorer (41). Det är högst individuellt i vilken mån olika personer med ökad rektusdiastas klarar av att hålla bukväggen stabil under ökat buktryck varvid rehabiliteringen bör vara individanpassad och lära patienterna själva hur de kan känna igen att buktrycket som framkallas av övningen är för starkt (49). Att belasta linea alba genom muskulär aktivering kan påverka bindväven och ge en ökad kollagensyntes vilket är viktig för läkningen (49).

Normalt sett så samarbetar bäckenbottenmuskulaturen med bukmuskulaturen för att hålla buktrycket på så vis att bäckenbotten svarar när TrA spänns och vice versa (58, 59). TrA minskar bukens omfång, ökar därmed buktrycket och bäckenbotten måste spännas för att hålla emot (60). För kvinnor som lider av urininkontinens kan denna förmåga vara hämmad och bäckenbottenmuskulaturen spänns inte som den ska när TrA aktiveras (58, 59). Därför är det viktigt att utvärdera bäckenbottenfunktionen och låta en svag bäckenbotten styra rehabiliteringen av magmusklerna och inte göra övningar som ökar buktrycket så pass att det ger symtom från bäckenbotten (55, 60).

Fler kontrollerade, randomiserade studier behövs för att utvärdera vilka övningar som bäst kan rehabilitera RD.

I mars 2022 publicerade SBU på uppdrag av regeringen en rapport angående behandling för symtomgivande rektusdiastas (10). Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, men även till vårdpersonal som möter patienter med rektusdiastas (10). Rapporten visade i likhet med andra systematiska översikter (11, 37) på stora kunskapsluckor i forskningen eftersom få studier av god kvalitet har utförts och enhetliga utfallsmått saknas (10). Bristen på kunskap om rektusdiastas kan innebära att vårdpersonal som arbetar med problematiken är utlämnade att använda sin egen kunskap inom ämnet eller inhämta information om behandling med osäker evidensgrad (10, 61).

Patienters och vårdpersonals erfarenheter

Flera rapporter från enkätundersökningar av Socialstyrelsen visar att kvinnor upplever vården efter förlossning som otillräcklig (62, 63). I en kartläggning av eftervården från 2017 framhålls att det finns brister i uppföljning och stöd till alla kvinnor men att det framför allt kan drabba kvinnor som inte pratar svenska samt unga, ensamstående mödrar (64). Hälften av de drygt 1500 kvinnor som besvarade en enkät 2019 uppgav att de hade velat bli erbjudna att träffa en fysioterapeut efter förlossningen (62). Den vård som ska erbjudas i Sverige till kvinnor efter förlossning är ett eftervårdsbesök hos barnmorska inom mödravården cirka 6 - 12 veckor efter förlossningen (64).

I en kvalitativ studie från 2020 intervjuades 19 kvinnor om sin upplevelse av att leva med rektusdiastas efter graviditet (9). De flesta av kvinnorna hade varit i kontakt med vården för att få hjälp med sina symtom. Ett fåtal uppgav att de kände att de blivit lyssnade på och bemötta med respekt, medan flertalet tyckte att deras problem hade förringats av vårdpersonal. De upplevde sig bli bemötta med en ignorant attityd och okunskap om hur tillståndet skulle behandlas eller var de skulle bli skickade för att få hjälp. Flera kvinnor uppgav att de inte trodde att det skulle vara värt besväret att kontakta vården igen (9).

En studie från 2020 undersökte barnmorskors och fysioterapeuters upplevelse av att ta emot och behandla patienter med rektusdiastas (61). De 16 deltagarna fick i ledda samtal diskutera attityd till rektusdiastas, omhändertagandet i vården, samt hur de upplevde sin egen kunskap och kompetens att ta emot patienter med rektusdiastas. Vårdpersonalen tyckte bland annat att det saknades samarbete yrkeskategorier emellan och de upplevde sin egen kunskap som otillräcklig. De ansåg att det behövs mer forskning inom området för att möjliggöra för vårdpersonal att ha tillräckligt med kunskap och att denna kunskap även bör förmedlas i yrkesutbildningarna. Då konsensus saknades hos vårdpersonalen för hur tillståndet bäst skulle behandlas, förmedlade de även en önskan och ett behov av upprättande av kliniska riktlinjer för att kunna erbjuda en bättre vård och även underlätta interprofessionellt samarbete vårdpersonal emellan (61).

Då fysioterapeuter i första hand är den yrkeskategori som ska behandla patienter med rektusdiastas, är det viktigt att specifikt belysa deras erfarenhet. Individuella intervjuer kan ge ett djupgående perspektiv av personers upplevelse och uppfattning och därmed kan detta arbete bidra med ytterligare information förutom det som framkommit i interaktion och diskussion människor och yrkeskategorier emellan (65).

Syfte

Studiens syfte var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av att möta och behandla kvinnor med rektusdiastas efter graviditet inom den offentliga vården.

Metod

Studiedesign

Den valda metoden för arbetet var kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna utfördes med stöd av en semistrukturerad intervjuguide.

Författarens förståelse för ämnet

Författaren till denna studie är en fysioterapeutstudent vid Lunds universitet som har ett stort intresse för kvinnohälsa och fysisk aktivitet. Intresset för kvinnohälsa stärktes i och med egen graviditet 2020. Genom personlig kontakt med kvinnor som genomgått graviditet har författaren fått en förståelse för att det existerar ett glapp i kunskap och stöd till kvinnor postpartum. Under utbildningen till fysioterapeut berördes ämnet träning och behandling under graviditet och efter förlossning endast mycket kort vilket gav ytterligare förståelse för att kunskapen inom ämnet kan saknas hos de professioner som ska behandla patientgruppen.

Deltagare och urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var fysioterapeuter som arbetade inom offentlig vård, accepterade deltagande och hade någon erfarenhet av att ta emot patienter med rektusdiastas efter graviditet.

Alla 65 vårdcentraler som hittades vid digital sökning i Malmö, Lund, Lomma, Eslöv, Helsingborg, Kristianstad och Hässleholm kontaktades via telefon. Sju av dessa samtal gav direktkontakt till fysioterapeuter. Av dessa var det ingen som ansåg sig ha tillräckligt med erfarenhet för att delta i studien. I återstående fall skickades en hälsning muntligen eller via e-post från personen som svarade i telefonen till fysioterapeuterna på vårdcentralen med kort information om studien och en uppmaning till dem att återkomma till författaren via e-post eller telefon om de ville veta mer eller var intresserade av att delta i studien. Två informanter hittades genom fysioterapeuter som kontaktats via vårdcentral och själva avböjde deltagande, rekommenderade dessa andra inom området erfarna fysioterapeuter. Tretton fysioterapeuter återkom via e-post eller telefon. Tre av dessa uppgav under samtal eller via e-post att de ansåg sig ha för lite erfarenhet för att delta i studien. De 10 återstående samt de två som kontaktades efter rekommendation fick via e-post deltagarinformation som upplyste dem om studien och dess syfte (bilaga 1). Av de 12 fysioterapeuterna avböjde tre efter att ha läst informationen då de ansåg sig ha för lite erfarenhet av patienter med rektusdiastas. Totalt var det nio fysioterapeuter som tackade ja till att vara med i studien. En av dessa blev testperson i en första intervju och en annan uteblev från intervjun och avböjde sedan deltagande på grund av stress. Fysioterapeuterna hade mellan fyra och 29 års erfarenhet av yrket. Sex kvinnor och en man deltog i studien. Fyra informanter hade egen erfarenhet av graviditet.

Den semistrukturerade intervjuguiden bestod av öppna frågor. Samtliga informanter fick samma grundfrågor i samma ordningsföljd. Följdfrågor ställdes om det behövdes för ytterligare information. Intervjufrågorna redovisas i intervjuguiden (Bilaga 2).

Den första intervjun genomfördes som en testintervju, därefter redigerades intervjuguiden i samråd med deltagaren och ytterligare en fråga om patienternas psykiska mående lades till. Testintervjun analyserades inte och inkluderades inte i studiematerialet.

Alla intervjuer genomfördes digitalt via plattformen Zoom och pågick i genomsnitt 37 minuter, den kortaste pågick i 21 minuter och den längsta i 50 minuter. Informanterna befann sig alla på sitt arbete och intervjuerna utfördes under arbetstid. Intervjuare och informant var de enda närvarande. Informanterna gav inledningsvis ett informerat muntligt samtycke och sedan lästes en text upp där studien kort presenterades samt en uppmaning till deltagarna att berätta fritt utifrån sina egna upplevelser (bilaga 2). Intervjuerna spelades in (via record i Zoom) och transkriberades sedan av författaren en till två dagar efter intervjuens genomförande. Under transkriberingsarbetet kom ibland ytterligare frågor upp och då kontaktades informanten återigen via e-post och ombads tydliggöra sitt svar. Det tillkomna skrivna svaret lades till på slutet i det transkriberade materialet. Intervjuerna utfördes under mars och april 2021.

Analysmetod

Det transkriberade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Granheim och Lundmans analysprocess (66). Analysprocessen fokuserar på att hitta likheter, skillnader och mönster i det insamlade materialet och sker i flera steg (65). Målet är att bearbeta materialet så att det resulterar i ett fåtal övergripande kategorier med tillhörande underkategorier. Vid behov kan även kategorierna samlas under övergripande ämnesområden (66). Dessa presenteras som studiens resultat och ska motsvara den sammantagna betydelsen av alla intervjuer i förhållande till studien syfte (66).

Genomförande av analys

Det skriftliga materialet avidentifierades och kodades med siffror för att inga informanter i efterhand skulle kunna identifieras. Hela intervjuerna utgjorde en analysenhet. Alla transkriberade intervjuer lästes för att få ett övergripande intryck av texternas innehåll. Reflektion efter läsning av varje intervju dokumenterades. Därefter lästes texterna återigen och de stycken, kallade meningsbärande enheter, som relaterade till studiens syfte ställdes upp i en tabell. En meningsbärande enhet är några ord eller meningar som relaterar till varandra i innehåll och kontext (66). Dessa ska vara lagom långa för att innehålla meningen i det som uttrycks, men inte för långa för att innehålla mer än en betydelse (66). Enheterna kondenserades sedan till kortare stycken och skrevs in i tabellen under ”kondensering”. Med kondensering åsyftas att förkorta utan att ta bort kärnan i betydelsen av den meningsbärande enheten (66). I nästa steg skrevs de kondenserade styckena om till endast några få ord, koder. En kod ska representera och sammanfatta den meningsbärande enheten och motsvara dess ”märkning” eller ”etikett”. Koderna skrevs sedan ner i ett dokument och delades in i kategorier. De koder som inte relaterade till studiens syfte plockades bort. Varje kategori ska vara ömsesidigt uteslutande, de ska vara internt homogena och externt heterogena (66). Det vill säga inga koder ska passa in i mer än en kategori, inte heller ska någon kod uteslutas för att den inte passar in i någon kategori. Kategorierna bearbetades tills de kunde omfatta alla koder och delades sedan in i underkategorier. Kategorier och underkategorier presenteras i resultat. Exempel på analysprocessen ses i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori
Eh, o mycket oro faktiskt. Eh, många som är oroliga över, ja men både som den delningen dom själv har känt om dom känt en delning. Är den farlig är den inte farlig? Eh, kommer det bli bättre?	Patienterna är oroliga över en eventuell magmuskeldelning och dess betydelse för hälsa och framtid.	Oro över magmuskeldelning	Patienter söker hjälp på grund av oro över rektusdiastas

Etiska ställningstaganden

Informanterna fick under inspelning, innan intervjun började, ge sitt samtycke till att delta i studien (ses i intervjuguiden bilaga 2). De informerades att närsomhelst under studien kunde de avbryta sitt deltagande utan att behöva uppge orsak. De fick också veta att materialet kodades för anonymitet och behandlades/förvarades på ett konfidentiellt sätt (65) och att när materialet analyserats och uppsatsen examinerats och godkänts kommer allt material förstöras. Det muntligt inspelade samtycket transkriberades och skickades till alla informanter via e-post samt förvaras även av författaren. Deltagarna informerades även om att de skulle få tillgång till arbetet när det färdigställts. Då studien pågick under 2021 och Covid 19 pandemi, så genomfördes alla intervjuer digitalt för att minska resande och fysiska möten. Deltagarna fick själva föreslå den tidpunkt som passade dem för intervju.

Resultat

Intervjuerna resulterade i tre kategorier och åtta underkategorier. Vid varje kategori och underkategori presenteras representativa citat från de olika intervjuerna som visar att hela intervjumaterialet utgjort analysenhet. Siffran inom parentes visar från vilken intervju citatet härrör. Resultatet redovisas i tabellen nedan.

Tabell 3. Resultat presenterat som kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Patienter söker hjälp på grund av oro över rektusdiastas	<ul style="list-style-type: none">• Patienter efterfrågar träningsstöd och kontroll av magmuskler• Förändrad syn på rektusdiastas gör patientutbildning viktig för att minska oro• Fysioterapeuten borde inkluderas i vården av gravida och postgravida
Trygghet i den kliniska rollen trots brist på utbildningar och vetenskaplig evidens	<ul style="list-style-type: none">• Kunniga kollegor och klinisk erfarenhet är viktiga kunskapskällor• Oklarhet i betydelsen av rektusdiastas spelar mindre roll för behandlingen• Tacksamma patienter bidrar till lyckade behandlingar
Rehabiliteringen bör individanpassas	<ul style="list-style-type: none">• Det är viktigt med ett helhetsperspektiv• Fysioterapi hjälper inte alla

Patienterna söker hjälp på grund av oro över rektusdiastas

Majoriteten av informanterna uppgav att de kvinnor som söker hjälp för rektusdiastas efter graviditet gör det främst på grund av oro över en eventuell magmuskeldelning och dess betydelse. Rektusdiastas har uppmärksammats mycket på senare år, vilket sågs som positivt utifrån aspekten att fler kan få hjälp samtidigt som det kan ha bidragit till en oro som inte är befogad hos de flesta postgravida kvinnor då tillståndet oftast inte är problematiskt utan en naturlig del av en graviditet.

“Mycket oro faktiskt, eh, många som är oroliga över, ja men både delningen, om dom själva har känt en delning; Är den farlig? Är den inte farlig? Kommer det bli bättre? Sen även det här när man pratar mycket om den här lilla åsen som kan komma när man tränar. Att det är jättemånga som är rädda över att få den åsen, eh, så fort det blir minsta lilla aktivering där så slutar dom.”(1)

Patienter efterfrågar träningsstöd och kontroll av magmuskler

Rektusdiastas kan vara ett bifynd hos patienter som söker hjälp för annan problematik, ibland kommer även kvinnor med allvarligare besvär, men de flesta patienter som informanterna träffar är kvinnor med milda, eller inga egentliga fysiska besvär. Kvinnorna söker hjälp och stöd inför träningsstart efter graviditet då de är osäkra på vad en eventuell magmuskeldelning kan innebära. De kan ha sett eller känt en magmuskeldelning hos sig själva eller hört att det är

någonting de borde uppmärksamma och vill således få sina magmuskler undersökta för att veta att allt är som det ska. De vill även veta hur de ska börja träna med hänseende taget till eventuell rektusdiastas. Behandlingen blir då ofta i form av samtal och information samt guidning i träning efter graviditet generellt. Målet är att kunna hjälpa kvinnan tillbaka till sina aktiviteter.

”De söker både för hjälp med hur de ska komma i gång och träna, men även att de bara så; Kan du bara känna på min mage? Hur är det? Hur känns det?”(1)

Förändrad syn på rektusdiastas gör patientutbildning viktig för att minska oro

Flera informanter uppgav att kunskapen om rektusdiastas har förändrats mycket sedan tillståndet började uppmärksammas. Tidigare förmodade man att kvinnor efter graviditet skulle vara försiktiga med att träna magen och undvika vissa typer av övningar såsom exempelvis situps och plankor. Dessa övningar ansågs vara skadliga för postgravida då de riskerade att orsaka eller förvärra rektusdiastas. Informanterna berättade att detta tanke sätt har förändrats i och med ny tillkommen forskning. Nu anses belastning snarare vara viktig för att vävnaden ska läka optimalt. Idéerna och försiktigheten lever dock kvar och förmedlas i viss mån via media, sociala medier och ibland även av vårdpersonal. Flera informanter upplevde att patienterna de träffar ofta är pålästa och bra på att själva leta information, vilket ibland kan skapa oro då en internetsökning på magmuskeldelning kan ge listor med övningar som postgravida uppmanas att inte göra. Detta kan leda till att kvinnorna inte vågar träna magen av rädsla för att göra fel. En viktig del av rehabiliteringen är därför att utbilda patienterna och ge dem korrekt information om rektusdiastas så att deras oro minskar och de vågar belasta sina magar och kan bli starka igen. Patienterna får lära sig om anatomi och även om att rektusdiastas inte är farligt utan ett naturligt tillstånd under och efter en graviditet samt att det är bra att belasta och träna magen. De får lära sig att träning som känns bra oftast är bra. Att vara välinformerade om rektusdiastas samt att våga tro på det de själva känner skapar trygghet hos patienterna.

”Många blir ju väldigt lättade när, när de får höra att dom kan, får och bör belasta magmuskelnerna, att dom inte behöver vara så förskräckligt försiktiga. Det är ju en befrielse, framför allt för dem som kommer med den här frågeställningen att; Vad får jag göra? Har jag en delning? Kan du kolla på min delning? Så förklarar man o berättar för dem, att de får börja belasta, bör belasta, att det bara är bra så länge allting känns bra. Och då är det kul, då blir dom glada.”(4)

Fysioterapeuten borde inkluderas i vården av gravida och postgravida

Att inkludera fysioterapeuten i vårdkedjan för patientgruppen ansåg de flesta informanter skulle leda till att patienterna får korrekt information och därmed en minskad oro över rektusdiastas. Detta skulle även leda till att de patienter som inte själva söker hjälp men behöver den ändå skulle få tillgång till vården. I nuläget tror informanterna att det är många kvinnor som ”missas”. Det lyftes fram av flera informanter att gruppen som idag söker hjälp är ganska homogen. Framför allt är det unga kvinnor som ofta är förstföderskor, har en sambo, en utbildning och ett arbete. Det är sällan det kommer ensamstående kvinnor, eller kvinnor som inte pratar svenska.

De informanter som har arbetat i nära anslutning till barnmorskor tyckte att detta underlättade informationsutbytet mellan yrkeskategorierna och därmed hade det haft positiva konsekvenser för gravida och postgravida patienter som fått tillgång till båda yrkeskategoriernas kompetenser. När yrkeskategorierna kan samarbeta så underlättar det även för att barnmorskorna ska ha rätt kunskap om rektusdiastas. Barnmorskorna som träffar de postgravida på eftervårdskontrollen är därför ofta de som får svara på frågor om vad som är bra eller inte bra för kvinnor att göra i form av träning. Flera informanter hade erfårit att barnmorskor understött kvinnors oro över att

träna på fel sätt. Alla yrkeskategorier runt gravida och postgravida måste därför ha god kunskap om rektusdiastas.

”Om alla kvinnor skulle haft en efterkontroll hos en fysioterapeut också där man kollar bäckenbottenfunktion och diastas och liksom får hjälp o komma igång med lite träning o anpassad aktivitet så skulle vi haft jättemånga patienter, så att nu ligger alltså ansvaret på kvinnorna själva o ta den här kontakten, o jag hade gärna sett, eh, det skulle finnas en sjukgymnast på varje MVC som kunde ha följt kvinnorna under graviditeten också om man själv hade velat såklart, inget, inget tvång, men att det ändå ska finnas någon där som eh, som har ett nära samarbete med barnmorskorna, ja, och att man får en uppföljning efter eh, sin förlossning”(2)

Trygghet i den kliniska rollen trots brist på utbildningar och vetenskaplig evidens

Informanterna uppgav att det är svårt att hitta bra källor till kunskap om rektusdiastas. Detta då det finns en brist på vetenskaplig evidens, otillräcklig information i grundutbildningen samt få utbildningar som berör ämnet. Trots bristen på information säger samtliga informanter att de känner sig trygga i sin roll att behandla patienterna och att de upplever de flesta patienter som nöjda med hjälpen de får.

”Det finns så otroligt mycket o lära, eh och tyvärr så finns det ju inte direkt några utbildningar för att lära sig det. Sen är det ju mycket man får läsa själv, och så erfarenhet spelar jättestor roll såklart.”(1)

”Jag upplever att det som jag gör i behandlingsform, att det funkar på dom allra flesta.”(2)

Kunniga kollegor och klinisk erfarenhet är viktiga kunskapskällor

De flesta informanter upplevde att rektusdiastas och även annan kunskap om den gravida och postgravida kroppen berördes mycket lite i grundutbildningen. Två informanter hade specialiserat sig inom kvinnohälsa genom universitetsutbildningar. De universitetsutbildningar som finns inom obstetrik och gynekologi, där rektusdiastas berörs, är dock populära och därför svåra att bli antagen till. Några informanter hade gått andra kortare kurser och utbildningar genom privata aktörer och även kurser via Region Skåne som berörde rektusdiastas. Internet användes ofta som kunskapskälla. Vissa webbsidor nämndes som pålitliga källor och andra av mer osäker evidensgrad. Några påtalade att de läste forskning för att hålla sig uppdaterade men flertalet påpekade att det saknas forskning och bra studier för att kunna arbeta evidensbaserat. Informanterna uppgav att kunniga kollegor och egen klinisk erfarenhet var de viktigaste källorna till kunskap. Flera informanter påpekade även att de testade sig fram för att se vad som fungerade tillsammans med patienten.

Flera informanter påtalade att de är medvetna om att den kunskap de i nuläget besitter om rektusdiastas kan komma att förändras i framtiden i och med att det kommer mer forskning. Alla informanter ville lära sig mer om rektusdiastas, en menar att mer erfarenhet skulle vara bra men påpekar att det finns andra saker som känns viktigare då de kan vara mer problematiska för patienterna, som exempelvis bäckenbottenbesvär.

“Eh, nu har inte jag gått nån utbildning just inom det här. Det skulle jag gärna gjort, eh men nu har vi haft Corona här i ett år, eh, men jag tycker att jag har fått en jättebra grund utifrån det jag har lärt mig av min kollega. Vi ska jobba evidensbaserat o liksom ha en stark grund i vetenskapen, så är det ju inte riktigt det vi gör utan vi går på beprövad erfarenhet, helt enkelt, vad har funkade eh, på tidigare patienter, amen då provar vi det på

andra också. Så jag önskar att det skulle funnits lite mer forskning luta sig mot. Kunnat läsa lite studier, men jag hade också gärna gått någon utbildning, men ja, ja, det är lite svårt i nuläget.”(2)

Oklarhet i betydelsen av rektusdiastas spelar mindre roll för behandlingen

Flera informanter berörde att stödet från vetenskapen i symtombilden av rektusdiastas är litet. Det är ofta oklart om de symtom som patienterna uppvisar härrör från rektusdiastasen eller finns där av andra orsaker. Ofta kan det vara flertalet faktorer som spelar in och kan bidra till problematiken. Patienterna har i de flesta fall nyligen varit gravida och fött barn. Graviditet och förlossning är en påfrestning på kroppen som kan innebära generella svagheter samt en förändring i hållning och därmed en ofördelaktig aktivering av muskulatur. Kvinnorna upplever sig ofta som slitna och svaga. Konstiga amningsställningar och bärande av barn kan vara ännu en bidragande faktor till fysiska besvär.

Ryggsmärta uppgavs vara det vanligaste symtom som patienterna har. Därefter andra typer av smärtor såsom bäcken- eller magsmärta. Vanligt är även en instabilitetskänsla samt en känsla av dålig kontakt med bälmuskulatur. Annan problematik som nämndes var svårigheter att bära och lyfta sitt barn, bäckenbottenproblematik, inkontinensbesvär och trötthet. Trots oklarheter kring rektusdiastas hade alla informanter tydliga tankar och idéer om hur rehabiliteringen bör läggas upp för patienterna. Rektusdiastas sågs endast som en av alla faktorer som bör tas hänsyn till i den postgravida kroppen och därmed spelar det inte så stor roll för behandlingen att symtombilden från rektusdiastas är oklar. Informanterna gör dock grundliga undersökningar så att de inte missar anledningar till problematik. Har kvinnan ryggsmärta så gör de en ryggundersökning.

”Sen finns det kvinnor som söker för att de har ont i sin rygg eller ont efter sin graviditet, men det behöver ju inte bara ha med det o göra men man tillskriver det kanske till att jag har en rektusdelning.”(7)

Tacksamma patienter bidrar till lyckade behandlingar

Till största del uttryckte informanterna att denna patientgrupp var mycket tacksam att möta och behandla. Patienterna befinner sig oftast i en positiv del av livet och har i de flesta fall nyligen blivit mammor. De upplevs som motiverade och har god följsamhet i behandling och utför de hemövningar de får. En del patienter har tidigare sökt hjälp på andra ställen utan att ha blivit hjälpta och är därför glada att få ett stöd som fungerar av någon som har kunskap om diagnosen och den postgravida kroppen.

Informanterna uttryckte att det är roligt och engagerande att träffa patienterna. Patienterna ger energi och de upplevdes även som tacksamma och glada över hjälpen. Majoriteten av de kvinnor som söker hjälp gör det inom ett eller ibland några år efter förlossningen. Det innebär att det är relativt unga och friska patienter, oftast utan bakomliggande sjukdomar och de mår sällan dåligt psykiskt. De patienter som mår sämre är de som har väntat med att söka hjälp för sina problem. De kan ha testat olika saker men inte upplevt någon förbättring vilket gör att de kan ha en större uppgivenhet. Följsamma och motiverade patienter bidrar troligen till att behandlingarna är effektiva och att patienterna får en bättre funktion. Informanterna upplevde de flesta patienter som nöjda med behandlingen.

”Jag tycker det är roligt, ja det är ju inte roligt för patienten, men det är en rolig grupp så att säga (skrattar) för att dom är ju, ofta motiverade att göra nånting åt det Jag tycker att de är positiva, de är ju ofta väldigt glada och tacksamma att det är någon som hjälper

dem, ja och ger konkreta råd på vad de kan göra. Så ja det är ju sällan man har någon patient som inte gör övningarna o så, eh, alltså vad gäller den här patientgruppen.”(5)

Rehabiliteringen bör individanpassas

Flera informanter belyste att trots att det idag inte längre finns “förbjudna övningar” så är inte all träning bra för alla. Individanpassad rehabilitering är nödvändig med utgångspunkt i vad en viss patient klarar av vid ett visst tillfälle. Alla kvinnor har olika förutsättningar och har haft olika upplevelser av graviditet och förlossning. Vissa har en god träningsvana och behöver bara lite information och stöd att komma i gång medan andra behöver täta uppföljningar och mycket hjälp.

“Jag tittar mer praktiskt vilka övningar funkar för en viss person. Kan dom kontrollera den, känns det bra. O bäckenbotten utgår jag jättemycket ifrån. Det kan ju va så att det funkar perfekt om man bara ser till en eventuell magmuskeldelning, men dom känner att, kanske, att dom får tyngdkänsla efteråt eller ökade besvär av läckage efter att dom har gjort vissa magmuskelövningar, eller helt enkelt som att krysta med bäckenbotten när jag gör den här övningen eh, o då lägger jag alltid ribban utifrån den svagaste länken, så att säga. Det frågar jag nästan alla om; hur känns bäckenbotten när du gör det här? Funkar det bra under tiden, funkar det bra efteråt?”(4)

Det är viktigt med ett helhetsperspektiv

Rektusdiastas sågs av de flesta informanter som en del i ett större sammanhang. Specifik undersökning av diastas och magmuskulatur utfördes alltid, men helhetsperspektivet framhölls och hur viktigt det är att titta på hela kvinnans kropp. Hållningen, hur hon aktiverar sina muskler och hur hon förhåller sig till sin kropp. Även andra aspekter som kunde påverka rehabiliteringen som exempelvis tidsbrist hos patienter som nyligen fått ett barn, nämndes som viktiga att beakta. Rehabiliteringen fokuserar mycket på kvinnornas förmåga till stabilitet och kontroll i kroppen generellt, och även specifikt i bålen, där de ska lära sig att kontrollera och hålla buktrycket. Flera informanter talade om ett ”inifrån och ut” perspektiv, där den inre stabiliserande muskulaturen först måste bli stark innan man kan gå vidare till större och starkare muskler. Bäckenbotten nämndes som en viktig och central del i rehabiliteringen. Informanternas erfarenhet var att många av patienterna har svårt att aktivera bäckenbotten och att det är viktigt att ta hänsyn till att den är påverkad efter graviditet och förlossning. En övning kan vara bra för en patient i fråga om magmuskeldelningen men om den gör att kvinnan får symtom från bäckenbotten så är det inte en passande övning.

Informanterna talade om inre stabilitet, eller grundtonus. Detta innebär att lära kvinnorna att aktivera inre bålmskulatur tillsammans med bäckenbotten och integrera det med andningen. Därefter ta med sig den aktiveringen in i olika övningar från olika grundpositioner, och slutligen kunna använda den grundtonusen i funktionella övningar och aktiviteter.

En informant använde i behandlingen stöd av ett program som i vanliga fall används för att rehabilitera patienter som opererats för spinal stenosis. En annan använde sig av ett program från Skånes Universitetssjukhus, VO kirurgi och gastroenterologi. Detta är ett 12 veckors träningsprogram som kvinnor ska genomgå innan operation kan övervägas vid rektusdiastas. Ingen annan informant nämnde att de använde sig av forskrivna program i rehabiliteringen, eller att de hade vetskap om att sådant fanns.

“Jag försöker få patienten att förstå, vilka saker som kan vara beroende av olika saker, och att förstå att detta är en del av ett större sammanhang. Så jag bygger nästan allt, oavsett om det är rektus eller om det är ländrygg och bäcken, på eh, på kroppshållningen.

Bäckenhållningen är viktig, ställningen på fötterna är viktig för att få upp rätt balans. Och sen börja inifrån och ut. Bäckebotten o allting, inifrån och ut, innan man kommer upp till dom stora musklerna.”(7)

“Eh, men annars så är det ju att lägga upp en träning, för o få tillbaka funktionen. Eh, o då är det ju och börja med ganska lätta övningar för att hitta den djupa magmuskulaturen. Eh, o sen stegra den allt eftersom, titta på hur aktiviteten är. Om man hittar bålstödet eller om man tappar det och i så fall i vilka situationer.”(6)

Fysioterapi hjälper inte alla

Trots att de flesta patienter blir bättre av behandlingarna så blir inte alla alltid tillräckligt hjälpta. Det finns kvinnor som har så stora besvär att de inte kan träna sig till en tillräckligt god funktion för att klara av vardagens påfrestningar. Några informanter påpekade att det ibland är magens förändrade utseende som patienterna tycker är det allra jobbigaste, vilket också är ett problem som är svårt att avhjälpa med fysioterapi.

Även de informanter som ansåg sig ha gedigen erfarenhet av behandling för rektusdiastas påpekade att konservativa metoder inte alltid är tillräckligt för alla. I dessa fall ansåg informanterna att patienten ska till en läkare som kan remittera till kirurg för operationsövertägande. Flera informanter hade uppfattningen om att rektusdiastas sällan opereras. Anledningar som nämndes till detta var att det inte finns belagt vilken vinst en operation skulle ge patienterna rent funktionsmässigt, samt att det tycks finnas en utbredd uppfattning om att rektusdiastas är en utseendediagnos och inte en funktionsdiagnos.

Vissa informanter upplevde en oklarhet i hur de skulle gå till väga om rehabiliteringen inte gav önskat resultat. Flera informanter påpekade att de inte visste om kvinnorna till slut blev opererade eller ej. Det skulle underlätta omhändertagandet av patienterna om det fanns behandlingsriktlinjer för patienter med rektusdiastas.

“Man känner att man skulle hitta en, ja nån tydligare behandlingslinje va. Riktlinjer eller någonting så man inte upplever att man chansar och testat sig fram. Om vi nu provar ett program i ett par månader eller så, om vi inte lyckas eller patienten inte är nöjd, var skickar vi den? För det vet jag ärligt talat inte var jag ska men någon kirurg rimligen någonstans. Men då ska ju den va intresserad o va bra på detta också ju.”(3)

Diskussion

Detta arbete visade att fysioterapeuternas erfarenheter var att de flesta patienter som sökte hjälp hos dem för rektusdiastas efter graviditet gjorde det på grund av en oro över magmuskeldelning snarare än på grund av fysiska besvär. Patienterna ville framför allt få sina magmuskler undersökta av fysioterapeuterna samt stöd och hjälp till träningsstart. Trots brist på forskning och utbildning för att lära sig om tillståndet så upplevde fysioterapeuterna att de kunde hjälpa patienterna till en bättre funktion med individanpassade träningsprogram. Det var viktigt med ett helhetsperspektiv där rektusdiastas sågs som en del i den postgravida kroppen. Viktiga källor till kunskap var kunniga kollegor och klinisk erfarenhet men de hade även lärt sig det de kunde om rektusdiastas i olika utbildningar och genom att söka information digitalt. Trots att de flesta patienterna var nöjda med behandlingen så hade vissa patienter så stora besvär med rektusdiastas att de inte blev tillräckligt hjälpta av fysioterapi för att kunna fungera gott i vardagen. De flesta informanterna uppskattade att arbeta med patientgruppen och de upplevdes som tacksamma att arbeta med då de till största del var motiverade och relativt friska samt även tacksamma över den hjälp de fick. Informanterna ansåg att vården för kvinnor med rektusdiastas skulle kunna bli bättre om fysioterapeuten var inkluderad i vårdkedjan för gravida och

postgravida kvinnor då detta troligen skulle leda till bättre informationsspridning till annan vårdpersonal och patienter och bidra till att fler kvinnor fick hjälp.

Metoddiskussion

Metodval

Kvalitativa metoder kan användas för att grundligt utforska ett fåtal personers erfarenhet av ett fenomen i en kontextspecifik miljö (67). Det finns ett värde i att utforska ett ämne från olika vinklar och perspektiv för att förstå det i sin helhet och då även beskriva det genom mänskliga, subjektiva upplevelser (67). Syftet med detta arbete var att beskriva just dessa fysioterapeuters erfarenheter och därmed möjligen upptäcka angelägenheter runt fenomenet rektusdiastas som tidigare inte uppmärksammats i just den här specifika kontexten. Däremot är resultaten inte generaliserbara. Det vill säga, resultatet i detta arbete går inte att överföra till övrig population fysioterapeuter inom offentlig vård utan det är endast just dessa sju fysioterapeuters erfarenheter som beskrivs (65). Kvalitativa metoder kan användas för att generera hypoteser som sedan kan undersökas genom kvantitativa metoder samt även som grund för att utveckla frågeformulär och enkäter till andra studier (67).

Urvalsprocessen

Ett stort antal vårdcentraler kontaktades (n=65) i syfte att nå vanliga fysioterapeuter som inte specialiserat sig inom området. Flertalet fysioterapeuter som återkom påtalade att de inte hade någon erfarenhet av ämnet och därför inte kunde delta. Det finns dock en viss bias då deltagandet i intervjuerna var frivilligt vilket medför att det är sannolikt att de fysioterapeuter som deltog var intresserade av ämnet och därmed även kunnigare än andra fysioterapeuter inom den offentliga vården. Urvalet av informanter föll sig naturligt då de som ville vara med uppfyllde inklusionskriterierna. Informationen som först nådde fysioterapeuterna var sällan författarens direkta ord, vilket innebär att delar av information kan ha förbisetts. Det hade varit mer korrekt att be om e-postadress till varje fysioterapeut för att komma i kontakt med dem direkt. Eventuellt kunde detta lett till ett större deltagande och därmed till större spridning av vissa faktorer hos informanterna såsom exempelvis intresse för rektusdiastas och därmed hade kanske resultatet varit annorlunda.

Intervjuerna

Intervjuerna upplevdes att ha ett bra flöde och intervjupersonerna var till övervägande del engagerade i området och hade mycket att säga. Efter varje intervju skrevs punkter ned för förbättring av intervjumetodiken, vilka lästes och reflekterades över inför nästa intervju. Detta ledde till att intervjuerna efter hand förändrades även om de fortfarande utgick från samma intervjumall. Förändringen bestod framför allt av hur mycket intervjuaren talade, vilket i de första intervjuerna var mer för att i de senare bli mindre. Utvecklingen skedde för att informanterna skulle tala så fritt som möjligt om sina erfarenheter. Under transkribering av intervjuerna upptäcktes dock att intervjuarens tystnad ibland ledde till att svaret på vissa frågor endast berördes kort av informanterna varefter de började tala om något annat. Här hade intervjuaren kunnat leda tillbaka till frågan för att få ett utförligare svar och därmed ett mer omfattande studiematerial. Intervjugudien kunde även ha utformats på ett tydligare vis i samklang med studiens syfte och därigenom gett ett större material att analysera med tydligare fokus på de delar av fysioterapeuternas erfarenheter som författaren ville beskriva.

Analysprocessen

Valet av kvalitativ innehållsanalys som analysmetod föll sig naturligt då metoden är tydligt beskriven och därmed lätt att följa och syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter vilket analysmetoden lämpar sig för. Då intervjustudien planerades under

författarens graviditet och intervjuerna sedan utfördes under ett avbrott i föräldraledigheten medförde detta att författaren ensam skrev materialet med stöd av handledare. En text och dess innehåll kan tolkas på olika vis beroende på vem det är som utför tolkningen. Tolkningen kommer att påverkas av personens erfarenheter och åsikter då det enligt Granheim och Lundmans analysprocess alltid finns flera meningar i en text (66). För att i möjligaste mån undvika subjektiva tolkningar används metoder för analys såsom exempelvis innehållsanalys. Trots detta blir resultatet av analysen alltid till viss del subjektiv (65). Ett sätt att skapa trovärdighet i resultatet är att flera personer utför analysarbetet var och en för sig för att sedan diskutera sina slutsatser och omforma analysresultatet tills konsensus uppnåtts (66). Detta var inte praktiskt möjligt på grund av avsaknad av medförfattare och därmed påverkar arbetets trovärdighet. De redovisade representativa citaten till varje kategori är även det ett sätt att förmedla trovärdighet och transparens av metoden (68). Citaten är fördelade mellan intervjuerna för att representera alla olika perspektiv.

Resultatdiskussion

När uppsatsen planerades under hösten 2020 var det nästan total avsaknad av kvalitativa studier om erfarenheter av att leva med eller behandla rektusdiastas. Författaren veterligen så fanns då bara en kvalitativ studie som i likhet med denna utforskade vårdpersonals (fysioterapeuter och barnmorskor) erfarenhet av att behandla kvinnor med rektusdiastas (61). Senare samma höst publicerades även en artikel om kvinnors upplevelse av att leva med rektusdiastas (9). Båda dessa studier visade att det kan finnas brister i omhändertagandet av kvinnor med rektusdiastas i vården.

Även om inga generella slutsatser kan dras utifrån dessa studier, på grund av studiemetod och lågt antal deltagare, pekar resultaten åt samma håll som de systematiska översikterna (10, 11, 37). Det vill säga, att det saknas kunskap om rektusdiastas. Trots att detta arbete i likhet med den tidigare studien (61) visade att det är svårt för vårdpersonal att tillgodogöra sig kunskap om rektusdiastas så upplevde informanterna att behandlingarna de erbjudit varit lyckade och patienterna nöjda. Detta skulle delvis kunna bero på att de kliniskt beprövade metoderna, som fysioterapeuterna använde i behandlingen, faktiskt fungerar och att vad som fattas vetenskapligt är studier som validerar detta, snarare än att forskningen behöver ta fram nya metoder. Det understryks även i en SBU:s rapport att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt betyder inte att behandlingarna inte har effekt, men att dessa behöver utvärderas (10). Erfarenheterna hos informanterna i denna studie står dock i kontrast till den hos informanterna i den tidigare utförda studien. Där fysioterapeuter och barnmorskor upplevde att de saknade tillräckligt med kunskap om rektusdiastas för att de skulle kunna erbjuda adekvat behandling (61). Informanterna i studierna arbetar alla inom offentlig vård vilket betyder att allvarlighetsgrad hos och besvär av rektusdiastas hos patienterna de träffat inte borde skilja sig nämnvärt åt. Däremot skiljer sig yrkeskategorierna något åt mellan studierna, vilket skulle kunna förklara skillnaden i deras upplevelser. I detta arbete var samtliga informanter fysioterapeuter, vilket kan jämföras med knappt 60 procent av informanterna i den tidigare studien. Fysioterapeuter bör vara mer insatta än barnmorskor i de träningsbaserade behandlingarna som generellt är det som erbjuds till patienter med rektusdiastas (10), och att de känner sig tryggare och har större kunskap om hur patienterna ska behandlas är därmed inte förvånande. Nästan samtliga informanter i detta arbete uppgav dessutom att de hade ett stort intresse för kvinnors hälsa och rektusdiastas, vilket sannolikt har lett till att de har sökt kunskap och fått klinisk erfarenhet. Huruvida detta är fallet med deltagarna i den tidigare studien framkommer inte, även om författarna lyfter möjligheten att de har valt att delta på grund av ett intresse för ämnet. Om skillnaderna i resultat dessutom beror på andra olikheter i metod för datainsamling eller analys av materialet, är oklart.

I likhet med informanterna i den tidigare studien (61) har informanterna i detta arbete en något ambivalent inställning till senare års uppmärksamhet av rektusdiastas. Uppmärksamheten anses ha haft positiva konsekvenser utifrån aspekten att kvinnor som har problem troligen söker hjälp i högre grad än tidigare, men det tycks även bidra till att många postgravida har en obefogad oro över rektusdiastas som kan leda till en rädsla att träna magen och därmed möjligen bidra till en negativ hälsopåverkan (9).

I studien från 2020 som beskriver kvinnors erfarenhet av att leva med rektusdiastas (9) rapporterar de flesta kvinnorna som intervjuats att när de sökte hjälp inom vården så bemöttes de av en okunskap om hur tillståndet skulle behandlas och de upplevde att deras problem förringats av vårdpersonalen. Detta står i kontrast till resultatet i denna studie där informanterna upplever patienterna som nöjda med, och hjälpta av behandlingen de fått. En bidragande faktor till de skilda erfarenheterna kan vara att den vårdpersonal som kvinnorna i den tidigare studien mött inte haft samma intresse och erfarenhet som informanterna i denna studie har. Den tidigare studien klargör inte om den vårdpersonal som kvinnorna mött varit fysioterapeuter (9). De fysiska besvär hos patienterna som informanterna har träffat kan även ha skilt sig vad gäller allvarlighetsgrad från de besvär som kvinnorna i den tidigare studien har av rektusdiastas. I denna studie framkom att de flesta patienter som informanterna träffar har milda, eller inga egentliga fysiska besvär av rektusdiastas. Kanske ger studien om kvinnornas erfarenhet av rektusdiastas (9) en tydligare bild av det aktuella läget av hur kvinnor med rektusdiastas blir mottagna och hjälpta inom vården? Det flesta kvinnor som söker hjälpen hamnar troligen inte hos fysioterapeuter som är speciellt kunniga inom kvinnohälsa, om de inte aktivt söker sig till specialister. Dock måste det även påpekas att informanterna i den andra studien (9) kan ha deltagit just för att de haft negativa erfarenheter och ville belysa dessa.

I denna studie framkom även att informanterna erfor patientgruppen som tacksam att arbeta med. De flesta av dem beskrev att patienterna engagerade dem och att de fick mycket tillbaka av dem såsom energi och glädje. Anledningar som nämns är att patienterna är relativt friska och befinner sig i en ”positiv” del av livet. De flesta är relativt unga, de har inte så mycket bakomliggande sjukdomar och de har oftast en ordnad tillvaro. Intresset som de flesta av informanterna beskriver för området kvinnohälsa har säkerligen en betydelse för att de tycker om att arbeta med patientgruppen. Behandlingarna innebär i de flesta fall att minska patienternas oro över rektusdiastas genom patientutbildning samt ge råd om och stödja dem i att bygga upp kroppen igen efter graviditet och förlossning. Så dessa faktorer sammantaget bidrog med största sannolikhet till att behandlingarna upplevdes som lyckade av fysioterapeuterna och patienterna som nöjda. Alla kvinnor blev dock inte tillräckligt hjälpta av fysioterapi utan i vissa fall trodde fysioterapeuterna att det behövdes kirurgiska metoder. Även den utseendemässiga problematiken togs upp av flera informanter som ett problem som av vissa kvinnor upplevdes som det största, vilket även går i linje med det kvinnorna berättar i studien om att leva med rektusdiastas (9). Detta gav vissa informanter en känsla av hjälplöshet då det förändrade utseendet på magen är svårt att avhjälpa med fysioterapi.

Erfarenheterna hos informanterna i denna studie bidrog till att de ansåg att fysioterapeuter borde involveras i vårdkedjan för kvinnor under och efter graviditet. Detta då fysioterapeuters kunskap täcker sådant som barnmorskor inte är lika insatta i såsom exempelvis träning. I likhet med den tidigare studien (61) uppger flera informanter i denna att ett samarbete mellan barnmorskor och fysioterapeuter skulle innebära ett viktigt informationsutbyte mellan yrkeskategorier och därmed kunna bidra till en bättre vård för patienterna och underlätta spridning av korrekt information om rektusdiastas.

Då betydelsen av rektusdiastas inte tydligt klargjorts i studier kan det finnas en risk att de som verkligen har en problematik förbises i vården (9, 26). Vidare kan framhållas att då cirka 30 procent av kvinnor som fött barn, ett år efter förlossningen kan diagnosticeras med rektusdiastas (7) lever troligen många kvinnor med diagnosen utan att veta om den och utan att ha några fysiska besvär. Oklarheten i rektusdiastas symtombild berörs av informanterna både i detta arbete och i den tidigare studien om vårdpersonals erfarenheter (61). Informanterna talar även om kvinnor som de mött som verkligen har haft besvär av sina diastaser vilket även studien om kvinnors erfarenhet av att leva med diagnosen vittnar om (9). Diagnosgränsen för rektusdiastas skiljer sig mellan olika studier men rör sig oftast någonstans mellan två och tre centimeter. Skulle de fysiska besvär som kan drabba kvinnor med rektusdiastas bli tydligare om studier i framtiden undersökte kvinnor med bredare diastaser? Kanske kan betydelsen av diagnosen även tydliggöras genom diagnoskriterier som innefattar kliniska fynd och inte bara ett mått på diastasbredd. Detta bör undersökas vidare i framtida studier. Klargörande i problematiken av rektusdiastas skulle kunna bidra till en tydligare bild av vilka kvinnor som kan bli hjälpta av operation.

Klinisk relevans

De kliniskt beprövade metoder som används av erfarna fysioterapeuter för att behandla rektusdiastas efter graviditet bör studeras vidare och implementeras i fysioterapiutbildningen för att möjliggöra för fler fysioterapeuter att inneha god kunskap. Det är viktigt att ge gravida och postgravida tillgång till riktig information om hur rektusdiastas ska behandlas för att minska oro och risken för träningsrädsla. Nationella kliniska riktlinjer och vårdprogram om rektusdiastas skulle kunna underlätta för vårdpersonal att möta och behandla tillståndet och därmed även för patienter att få en god och rättvis vård.

Slutsats

Trots avsaknad av vetenskaplig evidens om rektusdiastas och information om tillståndet vid fysioterapeutprogrammen upplevde fysioterapeuterna att den hjälp de kunde ge patienterna oftast fungerade och patienterna blev nöjda. Kunskapen om rektusdiastas hade inhämtats från utbildningar och internet men de viktigaste källorna var kunniga kollegor och klinisk erfarenhet. Då de patienter som sökte hjälp oftast hade milda eller inga besvär av rektusdiastas utan snarare en oro över tillståndet så var korrekt information som bygger på det aktuella forskningsläget en viktig del av rehabiliteringen tillsammans med individuellt upplagd träning formad för den postgravida kroppen. För patienter med allvarligare fall av rektusdiastas räckte inte alltid fysioterapi som behandlingsmetod. Fysioterapeuterna trodde att vården för kvinnor med rektusdiastas skulle förbättras om deras yrkeskategori inkluderades i vården för gravida och postgravida kvinnor.

Referenser

1. SBU. Tema: Kvinnohälsa. [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; [uppdaterad 2022-04-11; citerad 2022-04-15]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/tema-kvinnohalsa/>
2. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol.* 2018 May;131(5):e140-e150.
3. Organization WHO. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth.* 1999;26(4):255-8.
4. Statistiska Centralbyrån. Födda i Sverige: SCB; [uppdaterad 2022-04-08 citerad 2019-09-13]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/>
5. Mota P, Pascoal AG, Carita AI, Bø K. Normal width of the inter-recti distance in pregnant and postpartum primiparous women. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018 Jun;35:34-37.
6. Fernandes da Mota PG, Pascoal AG, Carita AI, Bø K. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbopelvic pain. *Man Ther.* 2015 Feb;20(1):200-5.
7. Boissonnault JS, Blaschak MJ. Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year. *Phys Ther.* 1988 Jul;68(7):1082-6.
8. Giljeard WL, Brown JM. Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate postbirth period. *Phys Ther.* 1996 Jul;76(7):750-62.
9. Eriksson Crommert M, Petrov Fieril K, Gustavsson C. Women's experiences of living with increased inter-recti distance after childbirth: an interview study. *BMC Womens Health.* 2020 Nov 23;20(1):260.
10. SBU. Behandling av rektusdiastas hos kvinnor. [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Utvärderar 346. [citerad: 2022-04-12]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/346>
11. Li M, Theodorsson E, Ahlzén R, Metsini A. Kirurgisk behandling av kvarstående abdominell rektusdiastas ett år efter förlossning. [Internet]. Örebro: Centre for assessment of medical technology in Örebro; HTA-rapport 2019:30. [citerad: 2022-04-12]. Hämtad från: <https://www.regionorebrolan.se/contentassets/a22815a843274fe8ac0172dc75319e42/rapporter-2019/2019.30-kirurgisk-behandling-av-kvarstaende-abdominell-rektusdiastas-1-ar-efter-forlossning.pdf>
12. Coldron Y, Stokes MJ, Newham DJ, Cook K. Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging. *Man Ther.* 2008 May;13(2):112-21.
13. Beer GM, Schuster A, Seifert B, Manestar M, Mihic-Probst D, Weber SA. The normal width of the linea alba in nulliparous women. *Clin Anat.* 2009;22(6):706-711
14. MacLennan AH. Relaxin--a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1981 Nov;21(4):195-202.

15. Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G, Ellström-Engh M, Bø K. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *Br J Sports Med.* 2016 Sep;50(17):1092-6.
16. Wu L, Gu Y, Gu Y, Wang Y, Lu X, Zhu C, Lu Z, Xu H. Diastasis recti abdominis in adult women based on abdominal computed tomography imaging: Prevalence, risk factors and its impact on life. *J Clin Nurs.* 2021 Feb;30(3-4):518-527.
17. Spitznagle TM, Leong FC, Van Dillen LR. Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Mar;18(3):321-8.
18. Carlstedt A, Bringman S, Egberth M, Emanuelsson P, Olsson A, Petersson U, Pålstedt J, Sandblom G, Sjö Dahl R, Stark B, Strigård K, Tall J, Theodorsson E. Management of diastasis of the rectus abdominis muscles: recommendations for swedish national guidelines. *Scand J Surg.* 2021 Sep;110(3):452-459.
19. Akram J, Matzen SH. Rectus abdominis diastasis. *J Plast Surg Hand Surg.* 2014 Jun;48(3):163-9.
20. Emanuelsson P. Alternatives in the treatment of abdominal rectus muscle diastasis: an evaluation [doktorsavhandling på Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2014 [citerad 2021-11-10]. Hämtad från: https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/42245/Thesis_Peter_Emanuelsson.pdf?sequence=2&isAllowed=y
21. World Health Organization. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning (ICD-10-SE) [Internet]. Socialstyrelsen; 2022. [citerad 2022-05-27]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-1-7718.pdf>
22. Cheesborough JE, Dumanian GA. Simultaneous prosthetic mesh abdominal wall reconstruction with abdominoplasty for ventral hernia and severe rectus diastasis repairs. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Jan;135(1):268-276.
23. Lockwood T. Rectus muscle diastasis in males: primary indication for endoscopically assisted abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1998 May;101(6):1685-91; discussion 1692-4.
24. Ranney B. Diastasis recti and umbilical hernia causes, recognition and repair. *S D J Med.* 1990 Oct;43(10):5-8.
25. Olsson A, Kiwanuka O, Wilhelmsson S, Sandblom G, Stackelberg O. Cohort study of the effect of surgical repair of symptomatic diastasis recti abdominis on abdominal trunk function and quality of life. *BJS Open.* 2019 Sep 11;3(6):750-758.
26. Benjamin DR, Frawley HC, Shields N, van de Water ATM, Taylor NF. Relationship between diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM) and musculoskeletal dysfunctions, pain and quality of life: a systematic review. *Physiotherapy.* 2019 Mar;105(1):24-34.
27. Crommert ME, Flink I, Gustavsson C. Predictors of Disability Attributed to Symptoms of Increased Interrecti Distance in Women after Childbirth: An Observational Study. *Phys Ther.* 2021;101(6).

28. Liaw LJ, Hsu MJ, Liao CF, Liu MF, Hsu AT. The relationships between inter-recti distance measured by ultrasound imaging and abdominal muscle function in postpartum women: a 6-month follow-up study. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2011 Jun;41(6):435-43.
29. Parker, Meredy A. PT, DPT; Millar, Lynn A. PT, PhD, FACSM; Dugan, Sheila A. MD Diastasis Rectus Abdominis and Lumbo-Pelvic Pain and Dysfunction-Are They Related?, *Journal of Women's Health Physical Therapy: Summer 2009 - Volume 33 - Issue 2 - p 15-22*
30. Yuan S, Wang H, Zhou J. Prevalence and risk factors of low back and pelvic pain in women with rectus abdominis diastasis: a multicenter retrospective cohort study. *Korean J Pain.* 2022 Jan 1;35(1):86-96.
31. Fuentes Aparicio L, Rejano-Campo M, Donnelly GM, Vicente-Campos V. Self-reported symptoms in women with diastasis rectus abdominis: A systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021 Sep;50(7):101995.
32. Bø K, Hilde G, Tennfjord MK, Sperstad JB, Engh ME. Pelvic floor muscle function, pelvic floor dysfunction and diastasis recti abdominis: Prospective cohort study. *Neurourol Urodyn.* 2017 Mar;36(3):716-721.
33. Wang Q, Yu X, Chen G, Sun X, Wang J. Does diastasis recti abdominis weaken pelvic floor function? A cross-sectional study. *Int Urogynecol J.* 2020 Feb;31(2):277-283. (44)
34. Keshwani N, Mathur S, McLean L. Relationship Between Interrectus Distance and Symptom Severity in Women With Diastasis Recti Abdominis in the Early Postpartum Period. *Phys Ther.* 2018 Mar 1;98(3):182-190.
35. Brauman D. Diastasis recti: clinical anatomy. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Nov;122(5):1564-1569.
36. Candido G, Lo T, Janssen PA. Risk factors for diastasis of the recti abdominis. *J. Assoc. Chart. Physiother Women's Health.* 2005; 97:49–54.
37. Benjamin DR, van de Water AT, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy.* 2014 Mar;100(1):1-8.
38. Mota, Patricia & Pascoal, Augusto & Bø, Kari. (2015). Diastasis Recti Abdominis in Pregnancy and Postpartum Period. Risk Factors, Functional Implications and Resolution. *Current Women's Health Reviews.* 11.
39. Chiarello CM, Falzone LA, McCaslin KE, Patel MN, Ulery KR. The effects of as exercise program on diastasis recti abdominis in pregnant women. *Journal of Women's Health Physical Therapy.* 2005;29(1):11-6.
40. Rett, Mariana & Braga, M.D. & Bernardes, Nicole & Andrade, Simony. (2009). Prevalence of diastasis of the rectus abdominis muscles immediately postpartum: Comparison between primiparae and multiparae. *Revista Brasileira de Fisioterapia.* 13. 275-280.
41. Blotta RM, Costa SDS, Trindade EN, Meurer L, Maciel-Trindade MR. Collagen I and III in women with diastasis recti. *Clinics (Sao Paulo).* 2018 Jun 7;73:e319.
42. Sheppard S. The Role of Transversus Abdominus in Post Partum Correction of Gross Divarication Recti. *Man Ther.* 1996 Sep;1(4):214-216.

43. 1177 vårdguiden. Rektusdiastas – delade magmuskler efter graviditet. [Internet]. Västerbotten: Region västerbotten. [uppdaterad 2021-08-25; citerad 2020-11-20]. Hämtad från: <https://www.1177.se/Vasterbotten/barn--gravid/forlossning/efter-forlossningen/rektusdiastas--delade-magmuskler-efter-graviditet/>
44. Reach your goal. MammaMage - Professionell personlig träningsglädje. [Internet]. Örebro: Erika Lauri; 2022 [citerad 2022-04-15]. Hämtad från: <https://reachyourgoal.se/mammamage/>
45. Behandlingsteam John Carrier. Bäckebotten – magmuskelundersökning. [Internet]. Stockholm: [Citerad 2022-04-14]. Hämtad från: <https://behandlingsteamjohncarrier.se/backebotten-magmuskel-undersokning-med-ultraljud/>
46. Hela kvinnans klinik. Ultraljudsundersökning magen och bäckenbotten. [Internet]. Stockholm: 2018. [Citerad 2022-04-14]. Hämtad från: <https://helakvinnansklinik.se/det-kan-vi-hjalpa-dig-med/>
47. Mommers EHH, Ponten JEH, Al Omar AK, de Vries Reilingh TS, Bouvy ND, Nienhuijs SW. The general surgeon's perspective of rectus diastasis. A systematic review of treatment options. *Surg Endosc.* 2017 Dec;31(12):4934-4949.
48. Mota, Patricia & Pascoal, Augusto & Bø, Kari. (2015). Diastasis Recti Abdominis in Pregnancy and Postpartum Period. Risk Factors, Functional Implications and Resolution. *Current Women's Health Reviews.* 11.
49. Lee D, Hodges PW. Behavior of the Linea Alba During a Curl-up Task in Diastasis Rectus Abdominis: An Observational Study. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2016 Jul;46(7):580-9.
50. Walton LM, Costa A, LaVanture D, McIlrath S, Stebbins B. The effects of a 6 week dynamic core stability plank exercise program compared to a traditional supine core stability strengthening program on diastasis recti abdominis closure, pain, oswestry disability index (ODI) and pelvic floor disability index scores (PFDI). *Physical Therapy and rehabilitation.* 2016 Jan; 3(1):3.
51. Vaishnavi G, Mohan Kumar G, Jayson CJ, Kirupa K, Tharani G, Kamatchi K, et al. Effectiveness of exercise in treating rectus abdominis diastasis. *Biomedicine (India).* 2018;38(4):583-7. (53)
52. Gluppe SL, Hilde G, Tennfjord MK, Engh ME, Bø K. Effect of a Postpartum Training Program on the Prevalence of Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther.* 2018 Apr 1;98(4):260-268.
53. Hills NF, Graham RB, McLean L. Comparison of Trunk Muscle Function Between Women With and Without Diastasis Recti Abdominis at 1 Year Postpartum. *Phys Ther.* 2018 Oct 1;98(10):891-901.
54. Emanuelsson P, Gunnarsson U, Dahlstrand U, Strigård K, Stark B. Operative correction of abdominal rectus diastasis (ARD) reduces pain and improves abdominal wall muscle strength: A randomized, prospective trial comparing retromuscular mesh repair to double-row, self-retaining sutures. *Surgery.* 2016 Nov;160(5):1367-1375.
55. Werner, Laura & Dayan, Marcy. (2018). Diastasis Recti Abdominis - Diagnosis, Risk Factors, Effect on Musculoskeletal Function, Framework for Treatment and Implications for the Pelvic Floor. *Current Women s Health Reviews.*

56. Davies GA, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C; Society of Obstetricians and gynecologists of Canada, SOGC Clinical Practice Obstetrics Committee. Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period. *Can J Appl Physiol.* 2003 Jun;28(3):330-41.
57. Davies GA, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C; Society of Obstetricians and gynecologists of Canada, SOGC Clinical Practice Obstetrics Committee. Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period. *Can J Appl Physiol.* 2003 Jun;28(3):330-41.
58. Devreese A, Staes F, De Weerd W, Feys H, Van Assche A, Penninckx F, Vereecken R. Clinical evaluation of pelvic floor muscle function in continent and incontinent women. *Neurourol Urodyn.* 2004;23(3):190-7.
59. Bø K, Mørkved S, Frawley H, Sherburn M. Evidence for benefit of transversus abdominis training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary incontinence: A systematic review. *Neurourol Urodyn.* 2009;28(5):368-73.
60. Bø K, Sherburn M, Allen T. Transabdominal ultrasound measurement of pelvic floor muscle activity when activated directly or via a transversus abdominis muscle contraction. *Neurourol Urodyn.* 2003;22(6):582-8.
61. Gustavsson C, Eriksson-Crommert M. Physiotherapists' and midwives' views of increased inter recti abdominis distance and its management in women after childbirth. *BMC Womens Health.* 2020 Feb 27;20(1):37.
62. Socialstyrelsen. Gravida kvinnors situation och behov. En enkätundersökning och fokusgruppsamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd. [Internet]. Socialstyrelsen. 2019. [Citerad 2022-04-05]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6436.pdf>
63. SKR. Graviditesenkäten. [Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner: 2022. [Citerad 2022-04-03]. Hämtad från: https://skr.se/download/18.d977a36179e593100639055/1623677752104/SKR_Graviditetsenkaten-kortrapport_2021.pdf
64. Socialstyrelsen. Vård efter förlossning: en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. [Internet]. Stockholm. Socialstyrelsen. 2017. [Citerad 2022-04-05]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf>
65. Kristensson J. Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur & Kultur; 2014
66. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004 Feb;24(2):105-12.
67. Cypress BS. Qualitative research: the "what," "why," "who," and "how"! *Dimens Crit Care Nurs.* 2015 Nov-Dec;34(6):356-61.
68. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007 Dec;19(6):349-57.

Bilaga 1

Deltagarinformation

”En intervjustudie om fysioterapeuters erfarenheter av att möta och behandla kvinnor med rektusdiastas efter graviditet”

Du tillfrågas härmed att delta i ovanstående intervjustudie. Studien är en kandidatuppsats genom fysioterapeutprogrammet vid Lunds universitet och kommer att genomföras under mars-maj månad 2021. Studien syftar till att beskriva fysioterapeuters erfarenhet av att behandla kvinnor med rektusdiastas efter graviditet. Jag är intresserad av hur du som fysioterapeut upplever patientgruppen och den hjälp du kan ge på området samt de verktyg du har och hur du inhämtat kunskap om dessa och diagnosen.

Intervjun kommer att ske via digital plattform, exempelvis Zoom. Den kommer att genomföras med en intervjuguide bestående av frågor där du ombeds att dela din erfarenhet med egna ord. Intervjun beräknas ta ungefär 30–60 min. Intervjun kommer att spelas in och transkriberas för att sedan kodas om för anonymitet samt behandlas/förvaras konfidentiellt. När analys av materialet är färdigställt och uppsatsen är examinerad och godkänd kommer allt intervjumaterial att förstöras. Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång utan att du behöver uppge orsak. Inför intervjun kommer du att få skriva på en samtyckesblankett.

Studien görs för att bredda kunskapen i ett komplext ämne och du kommer att få ta del av materialet när uppsatsen är examinerad och godkänd.

Vill du göra mig glädjen att delta så svara till: jennyastromsiljeholm@gmail.com

Fysioterapeutstudent
Jenny Åström Siljeholm

Handledare för uppsatsen är
Jeannette Unge: Universitetsadjunkt
Lunds universitet
jeannette.unge@med.lu.se

Bilaga 2

Intervjuguide och muntligt samtycke

Muntligt samtycke

Har du tagit del av information om studien ” Fysioterapeuters erfarenhet av behandling i offentlig vård för kvinnor med rektusdiastas efter graviditet: en kvalitativ intervjustudie”?

Har du också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att du kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak?

Ger du därmed ditt samtycke till att delta i studien?

Introduktion

Jag uppskattar verkligen att du har tagit dig tid att bli intervjuad.

Syftet med studien är att beskriva fysioterapeuters erfarenhet av att behandla och träna kvinnor som söker hjälp inom offentlig vård för ökad rektusdiastas efter graviditet. Jag är intresserad av just DIN upplevelse utifrån DITT perspektiv av att arbeta med patientgruppen. Jag kommer att ställa öppna frågor och önskar att du svarar så fritt och berättande som du kan och vill. Jag kommer även att ställa följdfrågor om det är något ytterligare jag undrar och du får gärna lägga till om du tycker att det är någonting vi missat att gå in på. Är du redo att börja?

Erfarenhet i yrket (år):

Har du barn? / har du själv fött barn?

1. Vill du berätta lite om din bakgrund inom fysioterapin och också om det finns någonting annat i din bakgrund som du tycker är relevant för ämnet?
2. Hur stor är din erfarenhet av att ta emot patienter som söker för rektusdiastas?
3. Vilka är det som söker hjälp för rektusdiastas?
4. Vilka problem är det de söker för?
5. Hur upplever du att det är att ta emot dessa patienter?
6. Om du får generalisera: Hur upplever du att dessa kvinnor mår psykiskt när du träffar dem?
7. Hur kan ett sådant patientmöte se ut? Berätta gärna om ett fall och hur ni lade upp behandlingen.
8. Hur känner du för din egen kunskap i ämnet och det du kan erbjuda kvinnorna i form av behandling och träningsråd?
9. Var och hur har du inhämtat kunskapen om behandling och träning för rektusdiastas?
10. Hur uppfattar du att kvinnorna upplever den behandling och träningsråd de får?
11. Finns det något du skulle vilja utveckla i din behandling av och kunskap om rektusdiastas?
12. Finns det något du tycker skulle vara annorlunda i behandlingen av rektusdiastas generellt?
13. Jag har inte fler frågor nu, tycker du det är något vi har missat? Finns det något du skulle vilja tillägga?