



**Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet**

**Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp**

**Examensarbete 15 hp
Våren 2022**

**Fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med behandling av kvinnor
med bäckenbottendysfunktion efter graviditet och förlossning
- en intervjustudie**

Författare

Lykke Sigurd
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
Ly2053si_s@student.lu.se

Handledare

Kjerstin Stigmar
Docent, leg. sjukgymnast &
biträdande lektor
Institutionen för
hälsovetenskaper
Lunds universitet
Kjerstin.stigmar@med.lu.se

Författare

Erica Sigvardsson
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
Er7047si-s@student.lu.se

Examinator

Catharina Sjødahl
Hammarlund
Universitetslektor vid
Rehabilitering och hållbar
hälsa, Forskare vid EpiHealth:
Epidemiology for Health,
Universitetslektor vid
Människan i rörelse: hälsa och
rehabilitering
Catharina.sjodahl_hammarlund@med.lu.se

Sammanfattning

Titel: Fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med behandling av kvinnor med bäckenbottendysfunktion efter graviditet och förlossning - en intervjustudie

Bakgrund: I Sverige föder runt 110 000 - 115 000 kvinnor barn varje år. Vid en graviditet och förlossning sker många förändringar som innebär en ökad påfrestning på moderns kropp, bland annat på bäckenbotten. Exempelvis får omkring 90% av de kvinnor som förlöser vaginalt någon typ av bristning i underlivet. Flera av de förändringar som sker kan leda till olika dysfunktioner i bäckenbotten, som exempelvis inkontinens, sexuell dysfunktion och smärta. Trots detta är förlossningsvården bristande och saknar nationella riktlinjer. Uppföljning efter hemgång är i många fall otillräcklig och alla kvinnor får inte hjälp att hantera sina problem. Fysioterapeutiska interventioner har visat sig ge goda resultat vid behandling av bäckenbottendysfunktion men endast få kvinnor erbjuds besök hos en fysioterapeut.

Syfte: Att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med behandling av bäckenbottendysfunktion hos kvinnor efter graviditet och förlossning.

Metod: En intervjustudie utförd genom individuella semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide med öppna frågor. Informanterna bestod av fem fysioterapeuter som arbetar med behandling av bäckenbottendysfunktion efter graviditet och förlossning. Analys av materialet har skett genom manifest kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fysioterapeuterna upplever att de har en betydelsefull roll vid behandling av bäckenbottendysfunktion och anser att deras arbetssätt i helhet är fördelaktigt för att hjälpa kvinnor som lider av det. De belyser att ett viktigt arbete för att hjälpa denna stora patientgrupp är att bryta tabu och normalisering kring besvären i samhället samt att se till att patienterna ges rätt information av vårdpersonal. Informanterna anser att tillgänglig utbildning för fysioterapeuter behöver förbättras, då vidareutbildning inom kvinnohälsa idag är svåråtkomlig och grundutbildningen endast ger en ytlig kunskap inom området. De anser även att det finns många brister i vårdkedjan kring patienter med bäckenbottendysfunktion, såsom avsaknad av nationella riktlinjer samt för få koordinerade samarbeten och specialiserad personal.

Slutsats: Fysioterapeuterna upplever att många av de kvinnor som lider av bäckenbottendysfunktion inte får rätt hjälp idag. Fysioterapeuter bör ges mer utrymme i eftervården och området kvinnohälsa behöver belysas mer på den fysioterapeutiska grundutbildningen. Även möjligheter till vidareutbildning och specialisering kan förbättras, för att höja kompetensen inom området och göra det mer lockande. Eftervårdens struktur behöver ses över och tydliga riktlinjer behövs. Dessa åtgärder kan bidra till minskad normalisering av problemet och att fler kvinnor fångas upp.

Nyckelord: Fysioterapi, bäckenbottensjukdomar, postpartum, eftervård

Abstract

Title: Physiotherapists' experiences of working with treating women with pelvic floor dysfunction after pregnancy and childbirth - an interview study

Background: In Sweden, between 110 000 - 115 000 women give birth every year. During pregnancy and childbirth many changes occur that involve an increased strain on the mother's body, including the pelvic floor. For example, around 90% of women who go through a vaginal delivery get some type of rupture around the vagina and rectum. Several of these changes can lead to various dysfunctions in the pelvic floor, such as incontinence, sexual dysfunction, and pain. Despite this, maternity care is deficient and lacks national guidelines. Follow-up after returning home is in many cases insufficient and not all women receive help to deal with their problems. Physiotherapeutic interventions have shown good results in treatment of pelvic floor dysfunction, but only a few women are offered a visit to a physiotherapist.

Aim: To describe physiotherapists' experiences of working with treatments of pelvic floor dysfunction in women after pregnancy and childbirth.

Method: An interview study conducted through individual semi-structured interviews with the support of an interview guide with open-ended questions. The informants consisted of five physiotherapists who work with treatment of pelvic floor dysfunction after pregnancy and childbirth. Analysis of the material has been done through manifest qualitative content analysis.

Results: The physiotherapists experience that they have a significant role in treating pelvic floor dysfunction and believe that their way of working as a whole is beneficial in helping women who suffer from it. They highlight that an important task to help this large group of patients is to break taboos and normalisation around the problems in society and to ensure that patients are given the right information by healthcare professionals. The informants believe that accessible education for physiotherapists needs to be improved, as further education in women's health today is difficult to access and the basic education only provides a superficial knowledge in the area. They also believe that there are many shortcomings in the care around patients with pelvic floor dysfunction, such as lack of national guidelines, coordinated collaborations and specialised staff.

Conclusion: The informants experience that many women who suffer from pelvic floor dysfunction do not get the right help today. Physiotherapists should be given more space in aftercare and women's health needs to be more highlighted in their education. Opportunities for further education and specialisation can also be improved, in order to increase competence in the field and make it more attractive. The structure of aftercare needs to be reviewed and clear guidelines are needed. These measures can contribute to reducing the normalisation of the problem and give more women the opportunity to receive the right help.

Key words: Physiotherapy, pelvic floor disorders, postpartum, aftercare

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Abstract	3
1. Bakgrund	6
1.1 Inledning	6
1.2 Bäckebottendysfunktion efter graviditet och förlossning	6
1.2.1 Bäckebottens anatomi & funktion	6
1.2.2 Faktorer som ökar risken för bäckenbottendysfunktion	6
1.2.3 Förändringar under graviditet och efter förlossning	6
1.2.4 Symtom vid bäckenbottendysfunktion	7
1.3 Vård av bäckenbottendysfunktion efter graviditet och förlossning	7
1.3.1 Tillgänglig vård i Sverige för kvinnor efter förlossning	7
1.3.2 Samarbeten mellan vårdpersonal	8
1.3.3 Generell undersökning och behandling av bäckenbottendysfunktion	8
1.3.4 Fysioterapeutisk undersökning och behandling av bäckenbottendysfunktion	9
1.3.5 Kvinnors upplevelser av bäckenbottendysfunktion och den tillgängliga vården	9
2. Syfte	10
3. Metod	10
3.1 Studiedesign	10
3.2 Studiepopulation och urval	10
3.3 Genomförande	11
3.4 Analys	11
3.5 Etiska ställningstaganden	12
4. Resultat	13
4.1 Fysioterapeuter och deras behandling är betydelsefull för kvinnorna	13
4.1.1 Fysioterapeuten skapar en relation till patienten	14
4.1.2 Undersökning och behandling är alltid individanpassad	14
4.1.3 Stora förändringar kan ske med små medel	15
4.2 Normalisering av och okunskap kring besvären ses överallt	15
4.2.1 Kvinnorna normaliserar sina besvär och den nya vardagen	15
4.2.2 Vårdpersonal tar inte kvinnorna på allvar	16
4.2.3 Tabu och okunskap i samhället är ett problem	17
4.3 Det finns brister i fysioterapeuternas grund- och vidareutbildning	17
4.3.1 Vill ha mer kvinnohälsa på grundutbildningen	17
4.3.2 Vidareutbildning inom kvinnohälsa är bristfällig	18
4.3.3 Det är oklart hur man blir specialist som fysioterapeut	18
4.4 Bättre struktur och mer resurser behövs inom kvinnohälsovården	19
4.4.1 Fysioterapeuter behöver bli mer prioriterade inom kvinnohälsovården	19
4.4.2 Samarbeten inom kvinnohälsovården behöver förbättras	19

5. Diskussion	20
5.1 Resultatsammanfattning	20
5.2 Resultatdiskussion	20
5.2.1 Fysioterapeuter bör bli mer inkluderade i eftervården	20
5.2.2 Normaliseringen måste minska i samhället	21
5.2.3 Bättre utbildning kan förbättra vården	22
5.2.4 Avsaknad av riktlinjer och struktur begränsar vården	22
5.3 Metoddiskussion	24
6. Klinisk relevans	25
7. Slutsats	25
Referenser	25
Bilagor	31
Bilaga 1 - Intervjuguide	31
Bilaga 2 - Coreq checklist	32
Bilaga 3 - Informationsbrev till deltagare	33
Bilaga 4 - Informationsbrev till verksamhetschef	35

1. Bakgrund

1.1 Inledning

Bäckenbottendysfunktion (BBD) är ett samlingsbegrepp för flertalet olika problem som är relaterade till bäckenbottens funktion (1), exempelvis urin- och avföringsinkontinens, smärta, sexuell dysfunktion och prolaps (framfall) (1,2,3). På grund av oklarheter kring begreppet BBD har man i flera studier försökt definiera och förtydliga det (4) samt hur det kan diagnosticeras (1). Val av bedömningsmetod kan bero på patientens huvudsakliga besvär, den anamnestiska informationen, tillgänglig utrustning och vårdpersonalens expertis (1). Både män och kvinnor kan drabbas av BBD men det är framför allt vanligt förekommande hos kvinnor som genomgått en graviditet och förlossning (5,6). I Sverige föder runt 110 000 - 115 000 kvinnor barn varje år (7), men statistik över hur många som lider av BBD i landet har varit svårt att hitta. Prevalensen för BBD i världen varierar i olika studier och inkluderar ofta även kvinnor som inte fött barn. Enligt dessa studier beräknas mellan 23-68 % kvinnor lida av någon typ av BBD (5,8,9,10).

De senaste åren har BBD samt förlossnings- och eftervården uppmärksammats och diskuterats i Sverige. Förlossningsberättelser har tagit plats i media genom bland annat instagramkonton, nyhetskanaler, bloggar och böcker, med syftet att bryta tabun och belysa problem inom vården (11,12,13). Tidigare kandidatuppsatser har undersökt det fysioterapeutiska arbetet med fokus kring förlossningsskador och belyser bland annat brister i kunskap och hantering av skadorna samt att många kvinnor inte fångas upp (14,15).

1.2 Bäckenbottendysfunktion efter graviditet och förlossning

1.2.1 Bäckenbottens anatomi & funktion

Bäckenbotten är en komplex struktur som består av ben, muskler och bindväv (16). Muskulaturen kan delas upp i tre lager och bildar tillsammans ett flexibelt "golv" i nedre delen av bäckenet, mellan blygdben, svanskota och sittbensknölar (17). Musklerna består av olika fibertyper för att kunna utföra både långvariga, korta och snabba kontraktioner (18) och används för att stödja och kontrollera omkringliggande strukturer, som exempelvis ryggrad, urinrör och ändtarm. På så sätt kan bland annat läckage av urin, avföring och gaser undvikas (16). Vid fysisk aktivitet blir belastningen på bäckenbotten större och det krävs mer av muskulaturen för att bibehålla hållning och postural kontroll samt stå emot det ökade buktrycket (19,16).

1.2.2 Faktorer som ökar risken för bäckenbottendysfunktion

Funktionen i bäckenbotten påverkas bland annat av ålder, BMI och livsstil. Exempelvis sker en generell försämring av funktionen i bäckenbottenmuskulaturen med stigande ålder (8,20). Graviditet och förlossning är bland de största riskfaktorerna för att utveckla en BBD (21). Risken beskrivs i de flesta fall större vid vaginal förlossning jämfört med kejsarsnitt (22), men forskningen är inte helt ense kring hur stor påverkan förlossningsmetod faktiskt har på BBD efter förlossning (23). Det finns även forskning som tyder på att olika dysfunktioner i bäckenbotten inte endast är kopplade till förlossningen utan även till själva graviditeten samt om patienten haft tidigare problem (24,25,26,27).

1.2.3 Förändringar under graviditet och efter förlossning

Under graviditet sker både mekaniska och hormonella förändringar i kroppen för att fostret ska kunna utvecklas och födas (28). Bland annat får bäckenet en anterior tiltning och

lordosen i ländryggen ökar. Detta påverkar stabilitet och postural kontroll i bål och bäcken, som i sin tur kan leda till defekter i bäckenbotten (29). Kontraktilitet och töjbarhet i strukturer kring slidöppningen påverkas under graviditeten (28,30) och en ökad mobilitet kan ses hos urinröret (26,31). Ledrörligheten kan bli större till följd av en ökad elasticitet i bindväven på grund av ökad frisättning av hormonet relaxin (31).

Då vaginan vidgas under en vaginal förlossning medför detta risk för bristningar i både hud, muskulatur och annan vävnad, vilket i sin tur kan påverka bäckenbottens funktion. Bristningar delas upp i fyra olika grader utefter storlek och omfång. Grad 1 innefattar endast en skada på huden kring vaginan. Grad 2 innebär en bristning i huden samt skador på muskulatur och perinealkropp (mellangården). Grad 3 innefattar även skada på analsfinktern, medan grad 4 innebär en total ruptur av både vagina, perineum och analsfinktern. Vid vaginala förlossningar får cirka 80 % av föderskor i Sverige en skada av grad 1 eller 2 medan runt 10 % får en grad 3- eller 4-skada (32). Dessvärre skiljer sig kompetensen mellan olika barnmorskor och läkare, vilket kan leda till att alla patienter inte blir diagnosticerade inom rätt grad (33). Beroende på hur stor bristningen är sutureras patienten antingen av en läkare eller barnmorska när förlossningen är avslutad (32). Även nerver kan tänjas under en förlossning, vilket kan störa innervationen till muskulaturen i bäckenbotten (19) och resultera i permanenta skador (34).

1.2.4 Symtom vid bäckenbottendysfunktion

Vanliga problem som uppkommer efter graviditet och förlossning är inkontinens, bäckenbottenprolaps (framfall av bäckenbottens strukturer) och avföringsproblematik (1,8,35), men även ländryggssmärta (3,36) och sexuell dysfunktion (37) kan vara konsekvenser av BBD. Dessa problem kan i sin tur påverka livskvalitén, genom exempelvis en minskad daglig aktivitet (37). En dysfunktionell bäckenbotten kan även leda negativa konsekvenser på hela rörelseapparaten genom en påverkan på flexibilitet, stabilitet och balans i kroppen (17).

1.3 Vård av bäckenbottendysfunktion efter graviditet och förlossning

1.3.1 Tillgänglig vård i Sverige för kvinnor efter förlossning

I de flesta landstingen ansvarar sjukhuset för vård av kvinnan under de första sju dagarna efter förlossningen och är den instans som kvinnan ska vända sig till vid behov under denna period. I genomsnitt stannar kvinnor på sjukhuset två till tre dygn efter förlossningen, medan vissa sjukhus har en kortare vårdtid på endast sex till tolv timmar om inga komplikationer föreligger. Efter den första veckan är mödravårdcentralen den instans som kvinnan ska vända sig till vid besvär och för rådgivning (38).

Enligt en studie från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys upplever kvinnor som genomgått en graviditet och förlossning att eftervården är den mest bristfälliga delen i vårdkedjan (39). Endast en tredjedel av sjukhusen i Sverige har rutinmässiga uppföljningar av moderns hälsa efter hemgång, medan runt hälften bara gör det i vissa fall. I 90 % av regionerna sker normalt sett inte någon överrapportering från förlossningsavdelningen till mödrahälsovården. Oftast är eftervårdsbesöket, vilket alla kvinnor ska erbjudas, den enda uppföljning de får. Detta sker sex till tolv veckor efter förlossning, oftast hos den barnmorska kvinnan hade under graviditeten (38). I de flesta fall följs de som drabbats av grad 3- och 4-bristningar upp efter hemgång från sjukhuset och erbjuds då oftast återbesök hos läkare, i vissa fall även hos fysioterapeut. Kvinnor som fått bristningar av grad 1 och 2 erbjuds endast uppföljning vid eftervårdsbesöket (38).

Vid kartläggning över den svenska kvinnohälsovården har det visat sig finnas brister både under och efter förlossning. Det finns därför ett starkt behov av att införa åtgärder och förändringar inom vården, bland annat behövs tydliga rekommendationer och riktlinjer samt förbättrade uppföljningar av moderns hälsa. Personalen behöver även få ökad kunskap kring komplikationer och problem relaterade till graviditet och förlossning (38). Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) finns det dessutom ett behov av ökad kunskap om fysioterapi samt vilken roll och specialisering fysioterapeuten har gällande förlossningsskador (40).

Eftersom det idag saknas nationella riktlinjer inom förlossningsvården (41) har vårdpersonal författat egna riktlinjer för struktur och vägledning vid behandling av BBD efter förlossning (42,43). Det finns till viss del generella rekommendationer gällande fysisk aktivitet under graviditet och förlossning där bäckenbottenträning benämns som en intervention för att minska risken för problem efter förlossning (44). Socialstyrelsen har fått i uppdrag av Regeringen att under 2022 komplettera kunskapsstödet och fastställa riktlinjer för förlossning- och mödrahälsovården, i syfte att skapa en kontinuitet i vårdkedjan samt att kunna erbjuda en jämlik vård (41).

1.3.2 Samarbeten mellan vårdpersonal

Enligt Lawson et al ska BBD inte ses som ett normalt tillstånd efter graviditet och förlossning och behandling av de problem som uppstår bör i första hand ske med olika fysioterapeutiska interventioner (45,46). Eftersom BBD kan ge en komplex symtomatologi är det viktigt att vården kring patienten sker med ett multidisciplinärt team där bland annat sjuksköterska och fysioterapeut ska ha ett nära samarbete (47,48). Enligt Davis et al finns det en avsaknad av koordinerade samarbeten mellan olika professioner vid vård av kvinnor med BBD. Detta kan leda till missnöje hos patientgruppen samt sämre långsiktiga resultat av behandlingen (6). Ofta är en kombination av utbildning, fysioterapi, farmakoterapi och rådgivning det som ger bäst resultat för patienten (47).

1.3.3 Generell undersökning och behandling av bäckenbottendysfunktion

Eftersom BBD är ett komplext tillstånd finns det inte ett standardiserat sätt att diagnostisera det. Därför används olika metoder vid undersökning och diagnostisering (1). En viktig del av både undersökning och behandling vid BBD är den invändiga palpationen, då undersökaren palperar strukturerna i bäckenet. Palpationen kan utföras både vaginalt och rektalt eller kombinerat, så kallad bidigital palpation. Om dysfunktionen innefattar urininkontinens kan en så kallad miktionsdagbok användas, i vilken patienten ansvarar för att notera bland annat intag och utsöndring av vätska. Vid diagnostisering av BBD kan kraft- och tryckmätning, via en dynamometer respektive manometer användas. Vid de fall då smärta förekommer kan smärtskattningar med Numeric Rating Scale (NRS) eller Visual Analogue Scale (VAS) användas för subjektiva mätningar av patientens smärtupplevelse. Skador i bäckenbottenmuskulaturen kan även identifieras med hjälp av ultraljud för att få lokalisation och omfång av skadan (49).

Det finns flertalet konservativa behandlingsmetoder som kan användas, beroende på vilka problem patienten upplever. Behandling av BBD kan bland annat syfta till att behandla muskler, nerver, ligament, bindväv, leder etc med mål att få förbättrad mobilitet och funktion. Olika livsstilsanpassningar kan även vara en del av behandlingen för att minska symtomen. Vid urininkontinens kan träning av blåsans uthållighet vara till hjälp, men även elektrostimulering av muskler och nerver kan ge god effekt. Elektrostimulering kan även användas i kombination med biofeedback, vilket tydliggör muskelaktiveringen för patienten

och ger på så sätt en bättre förståelse kring muskulaturens funktion. För en del kan kognitiv beteende terapi behövas om besvären har en stor påverkan på måendet och vardagen. Ofta är även fysisk aktivitet och träning en del av rehabiliteringen, där bäckenbottenträning är en viktig komponent. Likaså kan preventiva interventioner vara en lösning för att minska risken för BBD. I vissa fall kan kirurgiska interventioner krävas, exempelvis då större bristningar uppstått i samband med förlossning (49). Kirurgi kan även förekomma som behandling av BBD, där de mest förekommande metoderna är rekonstruktion av perinealkropp och vagina samt insättning av inkontinensslynga i urinröret. Den symtomlindrande effekten av dessa behandlingar varierar och de används framför allt vid prolaps och urininkontinens (50).

1.3.4 Fysioterapeutisk undersökning och behandling av bäckenbottendysfunktion

Fysioterapeutisk behandling handlar om att se till kroppens funktion och rörelse i relation till helheten för att kunna uppnå god hälsa och livskvalitet. Att arbeta med funktion, aktivitet och delaktighet är en viktig del av fysioterapeutens arbetssätt, likaså att utgå från patientens egen upplevelse av sin hälsa och sitt mående (51). Tidigare nämnda undersökningar och behandlingar kan även vara en del av det fysioterapeutiska arbetet, beroende på vilken typ av dysfunktion patienten upplever (47,52). Flera studier har visat att olika typer av fysioterapeutiska interventioner kan ha god effekt vid behandling av BBD (49,53,54), exempelvis gällande minskad urininkontinens samt förbättrad livskvalité och sexuell funktion (2,17). Fysioterapeutens kunskap kan vara en central del vid behandling av olika bakomliggande orsaker till BBD, såsom muskulär obalans, ledproblematik och nervinklämningar (46,55). Målet med fysioterapi för bäckenbotten är framför allt att optimera funktionen i bäckenbotten, då muskulaturens funktion är viktig vid olika aktiviteter såsom miktions, elimination och samlag (56).

Vid ett besök hos en fysioterapeut utförs ofta inte endast en yttre undersökning, utan även en invändig palpation. Den yttre undersökningen görs för att bedöma omkringliggande leder och mjukdelar vid bland annat ryggrad, höft, mage, lår och säte (47,57). Den invändiga palpationen ger fysioterapeuten möjlighet att bedöma styrka, uthållighet och koordination i bäckenbottenmuskulaturen samt omkringliggande vävnaders kvalité. Palpation kan även användas som behandling för spasticitet och spända muskler, vilket i sin tur kan minska eventuell smärta (49).

Bäckenbottenträning innefattar övningar för att öka styrka och uthållighet i muskulaturen och bör vara en primär del av behandlingen i majoriteten av fallen av BBD (58). Det är vanligt att fysioterapeuter behövs initialt för guidning vid kontraktion, då det kan vara svårt att själv hitta rätt teknik och muskelaktivering (6,46). När patienten så småningom har hittat rätt teknik vid utförandet bör hon erhålla ett träningsprogram att göra på egen hand för att kunna bli mer självständig i sin behandling (47). Ytterligare en viktig del av behandlingen är att ge patienten information om bäckenbottenträning och om eventuella problem som kan uppstå efter graviditet och förlossning (48). Att dessutom utföra bäckenbottenträning under själva graviditeten kan även det minska risken för BBD efter förlossning då bland annat en ökad kontraktilitet, muskelstyrka och uthållighet samt minskade urinvägssymtom har kunnat påvisas (37,54,59).

1.3.5 Kvinnors upplevelser av bäckenbottendysfunktion och den tillgängliga vården

Även om många kvinnor upplever problem efter graviditet och förlossning söker inte alla vård, bland annat på grund av ångest, skam, förnekelse, frustration och social tabu (6). Många försöker hantera problemen på egen hand genom olika beteendeförändringar och livsstilsanpassningar (60,61). Vissa kvinnor söker däremot hjälp flera år senare. De söker då

ofta för den dysfunktion som är mest påtaglig och kan ha svårt att se kopplingen mellan det primära problemet och andra mindre påtagliga symtom (6). Ett sätt som visat sig vara effektivt för fånga upp kvinnor med BBD är utskick av standardiserade frågeformulär där kvinnorna själva kan förmedla sina symtom. När man har gjort detta har det bland annat visat sig att kvinnornas upplevda problem många gånger inte stämt överens med deras identifierade skador (62).

Enligt flera studier anser kvinnor att informationen de får kring graviditet och förlossning är bristfällig, framför allt information om de problem som kan uppkomma och hur dessa kan behandlas (39,48,60). Detta beror bland annat på att vårdpersonal inte är konsekventa med den information som ges, att informationen inte belyser vikten av interventionerna samt att det finns begränsad kunskap bland personalen (48). Enligt Hermansen et al är informationen från fysioterapeuter mer behjälplig än den från läkare och annan vårdpersonal (48). Det har även visat sig finnas brister i att påminna och motivera kvinnor till att utföra bäckenbottenträning (37).

Sammantaget är BBD efter graviditet och förlossning vanligt förekommande och många kvinnor inte får tillräcklig hjälp. Eftersom forskning visar på att bäckenbottens strukturer förändras och funktionen påverkas redan under graviditeten räcker det inte att endast fokusera på de bristningar som uppstår vid förlossningen. Trots detta finns indikationer på att alla kvinnor inte följs upp och att den uppföljning som sker ofta enbart utgår från vilken typ av bristning kvinnan fått. Därav finns anledning att tro att det finns ett stort mörkertal av kvinnor som lider och har kvarstående problem som vården inte tar ansvar för. Fysioterapeutisk expertis kan vara en viktig komponent vid behandling av dessa kvinnors problem då deras arbetssätt grundar sig i funktion och helhet. Därför behövs mer forskning inom området samt ökad kunskap kring de fysioterapeutiska interventionernas betydelse vid vård efter graviditet och förlossning.

2. Syfte

Syftet med denna kandidatuppsats är att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med behandling av BBD hos kvinnor efter graviditet och förlossning.

3. Metod

3.1 Studiedesign

Denna studie är en intervjustudie som är utförd genom individuella semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide (bilaga 1) med öppna frågor. Studien har presenteras med stöd av Coreq checklist (63) (bilaga 2) och samtliga punkter på checklisten har tagits med i presentationen av studien. Studieförfattarna består av två kvinnliga studenter på fysioterapeutprogrammet vid Lunds Universitet. Ingen av studieförfattarna har utfört studier av denna typ tidigare. Däremot har en erfaren handledare guidat och stöttat författarna under hela arbetets gång.

3.2 Studiepopulation och urval

Inklusionskriterier bestod av att alla studiedeltagare skulle vara verksamma som fysioterapeuter inom Skåne län samt ha erfarenhet av fysioterapeutisk behandling av BBD hos kvinnor efter graviditet och förlossning. Målet var därefter att försöka få en så god spridning som möjligt bland deltagarna gällande ålder och arbetserfarenhet inom kvinnohälsa samt att uppnå en variation bland deltagare från öppen- och slutenvård samt privata aktörer.

Urvalet har varit konsekutivt och ändamålsenligt. Så kallad "Snowballing" har till viss del tillämpats, dvs att studieförfattarna har fått tips om nya möjliga deltagare genom de informanter som kontaktats. För att få en bättre möjlighet att styra urvalet och därigenom skapa en variation bland deltagarna har fler personer kontaktats än det tänkta deltagarantalet.

Vid urval av studiepopulation låg fackförbundet Fysioterapeuternas kompetenslista till grund med en lista över fysioterapeuter som arbetar med kvinnors hälsa i Skåne (n=5). Dessa kontaktades via mail och/eller telefon genom de uppgifter som fanns tillgängliga på hemsidan. Utöver dem kontaktades ytterligare två fysioterapeuter som studieförfattarna var bekanta med sedan tidigare och som arbetar inom området kvinnors hälsa. Sammanlagt kontaktades sju fysioterapeuter i ett första skede. Vid första kontakten av potentiella deltagare skickades en intresseförfrågan med kortfattad information om projektet via mail. Av de första sju kontakterna visade fyra intresse för att delta. Resterande tre fysioterapeuter kunde inte delta under den utsatta tidsperioden. Genom de första kontakterna fick studieförfattarna tips om ytterligare sex potentiella deltagare, som alla kontaktades via mail. Av dessa visade fyra stycken intresse för deltagande och två fick tacka nej på grund av tidsbrist, vilket resulterade i totalt åtta potentiella deltagare. Av de fysioterapeuter som visat intresse gjordes sedan ett urval som resulterade i sex informanter. Urvalet bestämdes i samråd med handledaren, med målet att skapa variation bland intervjudeltagarna. I ett senare skede avböjde dessvärre en av de utvalda fysioterapeuterna på grund av oklarheter kring godkännande från arbetsgivare att få delta i intervjun. Totalt deltog fem stycken fysioterapeuter i studien. En av informanterna var sedan tidigare bekant med studieförfattarna, resterande hade ingen tidigare bekantskap.

Studiepopulationen bestod av fem fysioterapeuter, varav fyra fysioterapeuter från olika städer, varav en arbetar på en specialistenhet, en på en kvinnoklinik och två på olika privata kliniker. Den femte deltagaren arbetar på en vårdcentral i en mindre tätort. Deltagarnas arbetslivserfarenhet som fysioterapeut varierar mellan 1,5 till 25 år och verksam tid inom kvinnohälsa var mellan 1-10 år. Åldern på informanterna varierar mellan 29 och 60 år med en medelålder på 43 år.

3.3 Genomförande

Tid och datum för intervju fick informanterna välja utifrån ett bestämt tidsspänn på 4 veckor. Initialt utfördes en testintervju på en gemensam vän till studieförfattarna för att ge övning i att hålla intervjuer samt få feedback kring frågorna i intervjuguiden. Inga justeringar gjordes i intervjuguiden efter testintervjun. Intervjuerna utfördes online via Zoom p g a rådande pandemi och tidsåtgången för samtalen varierade mellan 45-60 minuter. Båda studieförfattarna var närvarande som intervjuare vid samtalen och en ljudinspelning via datorn gjordes för att underlätta analysering av material. Studieförfattarna befann sig under intervjuerna i sina respektive hem och informanterna på valfri plats. Detta innebär att personer som inte var en del av studien kan ha befunnit sig i närheten vid intervjuerna, men endast intervjuare och informanter var deltagande i samtalen.

Före inspelningen startades gavs informanterna kortfattad information om studieförfattarna, studiens syfte och upplägget för intervjun. Vid samtliga intervjuer startade ena intervjuaren och andra intervjuaren tog över efter ungefär halva tiden, båda ställde följdfrågor under hela intervjuernas gång.

Intervjuerna skrevs sedan ut ordagrant och avidentifierades. Intervjuerna skickades inte åter till informanterna för kommentarer.

3.4 Analys

Analys av det insamlade materialet har utförts genom manifest kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) (64). Båda studieförfattarna har tillsammans med handledaren varit aktiva i analysprocessen. Initialt transkriberades alla intervjuer, där studieförfattarna transkriberade den första intervjun tillsammans och fördelade resterande intervjuer jämnt mellan varandra. Sedan gjorde studieförfattarna varsin naiv läsning av varandras texter och läste sedan noggrant igenom samtliga texter tillsammans. Därefter utformade studieförfattarna tillsammans meningsbärande enheter från all transkriberad text. De meningsbärande enheterna kondenserades och tilldelades olika koder. Till en början användes olika ämnesområden för att organisera koderna och underlätta för studieförfattarna att orientera sig bland dem. Alla koder kontrollerades och justerades sedan ytterligare en gång. Med hjälp av koderna bildades sedan kategorier och subkategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Och tyvärr när de söker kanske till vårdcentralen... Jag har hört den historien många gånger, att de har fått svar från läkare, "nej men du har ju fött barn, vad trodde du?". (3)	Patienterna får svar från läkare att det inte är konstigt att de har problem eftersom de fött barn.	Vårdpersonal normaliserar besvär efter förlossning	Vårdpersonal tar inte kvinnorna på allvar	Normalisering av och okunskap kring besvären ses överallt
Men jag tycker att ja, men som är man sjuksköterska och så vill man bli barnmorska så är det ett paket. De hoppar på en utbildning och så sköts allting åt dem. (1)	Lätt för en sjuksköterska att vidareutbilda sig till barnmorska.	Lättare med vidareutbildning för annan vårdpersonal	Det är oklart hur man blir specialist som fysioterapeut	Behövs förbättringar inom utbildning och utveckling för fysioterapeuter
Många är det ju så där att de måste ha koll på platser dit de ska för att de ska känna sig trygga, att det finns en toalett i närheten, så att de har kontroll på situationen. (5)	Många måste ha toaletter nära sig för att känna sig trygga i olika vardagssituationer.	Patienter gör anpassningar i vardag och aktivitet	Kvinnorna normaliserar sina besvär och den nya vardagen	Normalisering av och okunskap kring besvären ses överallt

3.5 Etiska ställningstaganden

I enlighet med Helsingforsdeklarationen har hänsyn tagits till de bestämmelser som finns för medicinska forskningsprojekt. För denna studie har känsliga personuppgifter, såsom personnummer, etniskt ursprung eller motsvarande inte hanterats då dessa inte var av relevans för arbetet. Informerat samtycke från deltagare har samlats in före intervjuerna. Detta skedde genom utskick av informationsbrev som deltagarna erhöll två veckor före intervjuerna ägde

rum, för att de skulle ha tid att läsa igenom och återkomma med funderingar. Informationsbrevet innehöll kortfattad information om studiens syfte och tillvägagångssätt (bilaga 3). Här togs även upp vilka rättigheter de har som studiedeltagare, bland annat att de kan välja att avbryta när som helst under studiens gång, och det framgick att deras samtycke behövdes för att kunna utföra intervjuerna. Tillsammans med detta erhöll deltagarna även ett informationsbrev till verksamhetscheferna för respektive fysioterapeuts arbetsplats, innehållande syfte och tillvägagångssätt för studien, för deras kännedom (bilaga 4). Konfidentialitet säkerställdes genom att intervjuerna avidentifierades vid transkriberingen, gällande bland annat namn, ort och arbetsplats. Data från intervjuer har förvarats på ett USB-minne som har varit inlåst på handledarens kontor.

4. Resultat

Resultatet i denna intervjustudie presenteras i fyra huvudkategorier med elva subkategorier. En överblick över de olika kategorierna och subkategorierna presenteras i tabellen nedan.

Tabell 2. Huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori	Subkategori
Fysioterapeuter och deras behandling är betydelsefull för kvinnorna	Fysioterapeuten skapar en relation till patienten
	Undersökning och behandling är alltid individanpassad
	Stora förändringar kan ske med små medel
Normalisering av och okunskap kring besvären ses överallt	Kvinnorna normaliserar sina besvär och den nya vardagen
	Vårdpersonal tar inte kvinnorna på allvar
	Tabu och okunskap i samhället är ett problem
Det finns brister i fysioterapeuternas grund- och vidareutbildning	Vill ha mer kvinnohälsa på grundutbildningen
	Vidareutbildning inom kvinnohälsa är bristfällig
	Det är oklart hur man blir specialist som fysioterapeut
Bättre struktur och mer resurser behövs inom kvinnohälsovården	Fysioterapeuter behöver bli mer prioriterade inom kvinnohälsovården
	Samarbeten inom kvinnohälsovården behöver förbättras

4.1 Fysioterapeuter och deras behandling är betydelsefull för kvinnorna

Fysioterapeuterna anser sig ha en viktig roll på många olika sätt vid behandling av BBD och enligt dem är deras behandling en viktig del för att patienterna ska kunna återfå en hållbar livssituation utan oro och rädsla. Det krävs ofta inga stora interventioner för att uppnå detta.

4.1.1 Fysioterapeuten skapar en relation till patienten

En viktig del i fysioterapeuternas behandling anser de är att patienten ska kunna känna sig trygg och lyssnad på under besöket. Fysioterapeuterna uppger att de ofta har längre besökstid samt träffar patienterna fler tillfällen och lär på så sätt känna dem bättre än annan vårdpersonal. Därför upplever fysioterapeuterna att de kan följa och stötta patienterna på ett sätt som annan vårdpersonal inte har möjlighet till. Hos fysioterapeuten är mamman och hennes mående i fokus. Detta anser fysioterapeuterna skiljer dem från exempelvis barnmorskorna på Barnvårdscentralen, där mycket fokus ligger på barnet efter förlossningen.

“Utan, det är mamman och hennes kropp och hennes mående som är i fokus. Och det tror jag är jätteviktigt.”

Intervju 2

Fysioterapeuterna upplever att deras personliga egenskaper även är en viktig komponent för att skapa en bra relation till patienten och att den kunskap de besitter gör skillnad för patienterna. Exempelvis anser de att en viktig egenskap är att vara trygg i sin roll, bland annat vid första mötet, då fysioterapeuten ofta ställer intima frågor. Det är även viktigt att man som fysioterapeut själv inte är obekväm eller nervös och att man förklarar för patienten varför man behöver ställa de frågorna. Genom att ställa frågorna på ett naturligt och professionellt sätt så anser fysioterapeuterna att patienterna blir mer avslappnade. Fysioterapeuterna beskriver att genom att förmedla rätt kunskap till patienterna skapas tillit och förtroende mellan patient och terapeut.

“Alltså jag skulle säga att det är att bygga en relation. Att liksom att få dem att lita på en, ge korrekt information.”

Intervju 2

4.1.2 Undersökning och behandling är alltid individanpassad

Informanterna beskriver BBD olika, några beskriver det som konkreta symtom som kan förekomma medan andra anser att dysfunktionen baseras på kvinnans egen upplevelse. Exempel på problem som beskrivs av fysioterapeuterna är inkontinens, smärta, problem med sex och samlevnad samt tyngdkänsla. Fysioterapeuterna betonar att de besvär som kvinnorna upplever inte måste överensstämma med de fynd vårdpersonalen finner vid undersökningen. Därför anser de att det är viktigt att anpassa undersökningen och behandlingen utifrån kvinnans behov och upplevda besvär samt efter hennes individuella målsättning.

“Nej, men jag tycker väl egentligen att en dysfunktionell bäckenbotten är en bäckenbotten som inte fungerar som personen som äger sin bäckenbotten tycker den ska.”

Intervju 3

“Men det är ju mycket för att funktionen inte alltid... Även om man som gynekolog kan tycka att strukturerna är läkta men besvären är där.”

Intervju 4

Vid undersökning tycker fysioterapeuterna att det är viktigt att få information om alla besvär som patienten har för att kunna optimera behandlingen. Därför består ofta en stor del av det första mötet med patienten av anamnestagningen. Beroende på var man jobbar kan patientgruppen variera och undersökning samt behandling kan skilja sig åt. Något som alla fysioterapeuterna trycker på är dock vikten av att ge patienterna rätt information. De säger att det även är viktigt att förklara informationen som ges ut för att patienterna ska få en förståelse för bäckenbotten och sina besvär. Hur fysioterapeuterna arbetar skiljer sig åt och beror på vilken utrustning de har tillgång till samt vilken erfarenhet och utbildning de har. Några berättar att deras patienter behandlas genom anpassad träning i grupp medan andra beskriver mer specifika behandlingsmetoder som exempelvis basal kroppskännedom, triggerpunktsbehandling, miktionsdagbok och biofeedback. Fokus ligger dock alltid på att se helheten, individanpassa och att arbeta med funktionen. Patienterna har regelbundna uppföljningar hos fysioterapeuten där behandlingen utvärderas och justeras vid behov.

“Det finns ingen annan yrkeskategori som jobbar med ja, dels helhet, men att kunna liksom både jobba med funktion, struktur och vad är det som händer.”

Intervju 4

4.1.3 Stora förändringar kan ske med små medel

Fysioterapeuterna upplever att majoriteten av patienterna de träffar är nöjda med den behandling de får. De beskriver att patienterna är tacksamma och uppskattar hjälpen från fysioterapeuten. Ofta ses snabba förbättringar i form av bland annat minskade symtom, ökad aktivitet och förbättrad livskvalité. Därför anser fysioterapeuterna att det inte krävs mycket för att göra patienterna nöjda. Fysioterapeuterna uppger även att patienterna får ett förbättrat mående med minskad oro. Även om många blir bättre säger fysioterapeuterna att resultaten kan variera och att alla inte blir bra efter behandlingen hos dem. De som inte blir bättre försöker fysioterapeuterna skicka vidare till den vårdenhet eller vårdpersonal som de tror kan hjälpa patienten.

“Alltså, följer man de här råden så blir väldigt många hjälpta av det. Det kanske inte blir perfekt, men det blir ändå så att det gör skillnad i deras vardag.”

Intervju 5

4.2 Normalisering av och okunskap kring besvären ses överallt

Trots att de flesta som genomgått en graviditet och förlossning får någon typ av BBD är detta något som inte uppmärksammas tillräckligt enligt fysioterapeuterna. De beskriver att detta är ett problem som ses både på samhälls- och individnivå.

4.2.1 Kvinnorna normaliserar sina besvär och den nya vardagen

Även om informanterna tycker att det är lättare att söka vård idag beskriver de att det troligen finns många kvinnor som inte söker och får hjälp för sina problem. Fysioterapeuterna upplever att många patienter normaliserar och underskattar sina besvär. De anser att många av patienterna har undvikande beteenden och lösningar som inte är hållbara långsiktigt. De beteenden och lösningar som patienterna har beror enligt fysioterapeuterna vanligtvis på rädsla och oro. Exempelvis förekommer det att patienter med BBD undviker att vistas på vissa offentliga platser eller att träna på grund av rädsla för att läcka urin. Inom primärvården kan fysioterapeuterna uppleva att patienterna söker till dem för andra besvär och att deras BBD inte framkommer förrän i senare skede. Flera utav fysioterapeuterna uppger dessutom

att många söker vård för sina besvär flera år efter graviditet och förlossning, ofta på grund av att de har lärt sig hantera besvären men att det tillslut påverkar deras livskvalitet för mycket.

“Lite både och men majoriteten är ändå sådana som säger att de har inte gjort saker för att man varit rädd att något skulle gå sönder eller man skulle förvärra någonting.”

Intervju 1

“Och många som har kanske varit väldigt aktiva och tränat mycket, som är så här “nej, men jag kan inte gå på de passen längre. För att det är pinsamt om jag skulle kissa på mig”.”

Intervju 3

Fysioterapeuterna berättar också att det finns mycket känslor relaterade till patienternas dysfunktion. Exempelvis skäms de ofta för sina besvär och tycker att det är jobbigt att prata om dem. De patienter som söker hjälp kan också skämmas eftersom de tycker att de tar upp vårdtid i onödan och att det finns andra som har det värre än de själva. Vidare säger fysioterapeuterna att när kvinnorna väl kommer dit så inser de vad de kan få hjälp med och känner istället att de varit dumma mot sig själva genom att misstro sig själv.

“Men som kvinna söker man inte hjälp, för att det, som vi pratar om, är lite skämmigt och lite pinsamt...”

Intervju 3

4.2.2 Vårdpersonal tar inte kvinnorna på allvar

Det fysioterapeuterna hör från patienterna är att deras besvär inte tas på allvar av annan vårdpersonal. Enligt fysioterapeuterna har många patienter fått höra att deras besvär är att förvänta sig och att det inte är lönt att söka vidare vård för detta. Fysioterapeuter upplever att annan vårdpersonal endast bedömer och undersöker det yttersta och inte tar hänsyn till patientens upplevda dysfunktion. Flera av fysioterapeuterna uppger att deras patienter fått felaktig information där många råd endast är generaliserade och inte anpassade till individen. Därför anser fysioterapeuterna att många inom vården normaliserar besvären som kan uppkomma efter graviditet och förlossning samt att det finns brister i kompetens kring detta område bland vårdpersonal.

“Ja, nej, men min gynekolog säger att jag ser så fin ut. Jag ser ut som en tjuogoettåring i underlivet”. Och det kan man ju göra om man är uppstramad och man är ihopsydd och så där, va. Men du har ju lika mycket besvär ändå. Det här är ju bara huden vi pratar om. Då kan ju allting hänga löst ändå innanför.”

Intervju 4

“Och tyvärr när de söker kanske till vårdcentralen... Jag har hört den historien många gånger, att de har fått svar från läkare, “nej men du har ju fött barn, vad trodde du?”.”

Intervju 3

Fysioterapeuterna upplever att annan vårdpersonal dessutom ger ut felaktig information kring träning efter graviditet och förlossning till patienterna. Exempelvis har deras patienter fått höra att de inte kommer kunna utföra viss träning, så som löpning och hopp, efter sin förlossning. De betonar därför att det är viktigt att hålla sig inom det kunskapsområde man

har och att hänvisa patienterna vidare när ens egen expertis inte räcker till. Fysioterapeuterna tycker att barnmorskornas kompetens varierar. Några uppger att kompetensen kan bero på intresset för träning efter graviditet och förlossning medan vissa anser att det beror på de olika yrkesrollernas kunskapsområden och yrkesspecifika glasögon.

“Medans vi säger läkare kanske tittar att ja, men du har den här skadan just här, så den ska vi laga på det här sättet och nu har vi lagat den. Hej då, ha det bra.”

Intervju 1

4.2.3 Tabu och okunskap i samhället är ett problem

Besvär som relaterar till graviditet och förlossning beskrivs av fysioterapeuterna idag vara ett tabubelagt område som inte talas om tillräckligt mycket i samhället. Fysioterapeuterna berättar att trots att ämnet har börjat uppmärksammas mer, bland annat i media, så är det fortfarande många kvinnor som tycker att det är jobbigt att prata om. Fysioterapeuterna anser att det råder okunskap kring området hos allmänheten och att kvinnorna med besvären har bristfällig kunskap om problemen och att det finns hjälp att få. En av informanterna delger bemötandet hon fick från manliga patienter när hon berättade att hon skulle börja arbeta med kvinnohälsa på heltid. Männerna undrade då om kvinnor har fått mer besvär eller blivit mer gnälliga nu. Detta anser fysioterapeuten tyder på att det är viktigt att uppmärksamma och sprida information kring dessa besvär i samhället.

“Jag vet liksom när jag berättade för några av mina manliga patienter att jag skulle sluta och börja här och deras kommentarer var bara “vadå har ni kvinnor börjat få så mycket besvär? Så var det ju inte innan. Eller har ni blivit mer gnälliga?”

Intervju 3

4.3 Det finns brister i fysioterapeuternas grund- och vidareutbildning

Mer utrymme för kvinnohälsa på grund- och vidareutbildning anser informanterna kan vara en faktor som kan bidra till att få fler fysioterapeuter att arbeta med kvinnohälsövård. Enligt informanterna kan både grundutbildning och möjligheten till vidareutbildning förbättras för fysioterapeuter som vill fördjupa sin kunskap inom kvinnohälsa.

4.3.1 Vill ha mer kvinnohälsa på grundutbildningen

Fysioterapeuterna känner att de hade lite förkunskap inom området kvinnohälsa när de började arbeta med det. Detta anser de beror på att informationen som ges på grundutbildningen inte är tillräcklig. Enligt en av de fysioterapeuter som examinerats under de senaste åren så stämmer viss information inte heller överens med vad forskningen säger i dagsläget. Hur stor del av grundutbildningen som omfattar området kvinnohälsa varierar beroende på när fysioterapeuten gått sin grundutbildning. Bland informanterna så uppger de som utexaminerats inom de senaste åren att de endast hade en eftermiddag med föreläsningar, medan de som blev legitimerade för över 20 år sedan hade en hel vecka viktad till ämnet. Flera av fysioterapeuterna upplever att området kvinnohälsa har blivit mindre prioriterat på grundutbildningen numera och att det behövs mer djupgående kunskap. Enligt fysioterapeuterna hade ämnet även kunnat tas upp på ett sätt som väcker mer intresse hos studenterna samt betona fysioterapeutens roll i rehabiliteringen efter graviditet och förlossning.

“Jag menar, vi fysioterapeuter kan göra otroligt mycket för dessa kvinnorna, men ändå så får vi inte lära oss om det i utbildningen.”

Intervju 3

4.3.2 Vidareutbildning inom kvinnohälsa är bristfällig

Att vidareutbilda sig inom området kvinnohälsa anser fysioterapeuterna är både svårt och otydligt. Alla informanterna har gått någon typ av vidareutbildning inom kvinnohälsa efter grundutbildningen. Flera berättar att de själva fått söka information om kurser och vidareutbildningar för att kunna fördjupa sin kunskap inom området. En del har fått utbildning internt av kollegor (fysioterapeuter och/eller barnmorskor) medan vissa har läst mycket på egen hand. Fysioterapeuterna berättar att det finns få högskolekurser inom området och att de som finns är svåra att komma in på samt inte specifikt utformade för fysioterapeuter. Många uttrycker sitt missnöje över tillgången till vidareutbildning och säger att det behövs bättre möjligheter för de fysioterapeuter som vill utveckla sin kompetens inom kvinnohälsa. Att gå dessa kurser anser fysioterapeuterna är dyrt, och de flesta har fått betala sina utbildningar själva. Hur stor ekonomisk stöttning arbetsgivaren ger varierar mellan olika arbetsplatser och beror på vilka prioriteringar arbetsgivaren har gällande utveckling för personal samt intresset för kvinnohälsovård. Fysioterapeuterna upplever att annan vårdpersonal blir mer prioriterade än deras profession.

“Vill man bli inriktad som fysio så måste du ta jättemycket eget ansvar själv.”

Intervju 1

Eftersom en stor del av arbetet inom behandling av BBD kretsar kring bäckenbottenmuskulaturen säger fysioterapeuterna att det är en fördel att kunna utföra vaginala och rektala undersökningar/palpationer. De fysioterapeuter som inte utför denna typ av undersökningar känner att det begränsar dem i deras arbete, bland annat i att kunna få en helhetsbedömning av problemen. En annan begränsning anser fysioterapeuterna är att det påverkar deras möjlighet att hjälpa och guida vid träning av bäckenbottenmuskulaturen, då de endast kan ge patienten muntlig vägledning. Trots att vaginala och anala undersökningar är en viktig del av behandling vid BBD så är tillgången till utbildning inom detta låg enligt fysioterapeuterna. De flesta som utför undersökningarna har lärt sig via auskultering hos en kollega, antingen barnmorska eller fysioterapeut.

“Alltså, jag undersöker ju inte vaginalt, jag palperar inte och det kan jag ju känna är en... Jag skulle inte säga att det är en brist, men det är någonting som begränsar mig lite i mitt jobb, liksom, för att ibland behövs det när du har folk med lite större problem.”

Intervju 2

4.3.3 Det är oklart hur man blir specialist som fysioterapeut

Det råder en oklarhet bland fysioterapeuterna kring vad som krävs för att kalla sig specialist inom kvinnohälsa samt hur man går tillväga för att bli det. Några är osäkra på om de själva är specialister, även om de anser att de har kompetens inom kvinnohälsa. Även de som har en pågående specialisering beskriver att de fortfarande känner sig osäkra kring vad som krävs för att få specialiseringen godkänd. Enligt fysioterapeuterna är det lättare för annan vårdpersonal att specialisera sig då utbud på kurser är bättre och de har fler möjligheter till karriärsutveckling. Sjuksköterskor kan exempelvis vidareutbilda sig inom flera olika områden

och då få en specialisttitel och lönespridning, medan fysioterapeuterna inte känner att de har den möjligheten.

“Det är så flummigt. Så att det tar typ, ja, men en halv termin att bara försöka få ut “Ja, men vad är det jag faktiskt ska ha med mig i min specialisering innan den blir godkänd?”.”

Intervju 3

“Går du som sjuksköterska och blir distriktssjuksköterska så får du det som titel. Blir du narkosköterska blir du det. Blir du bvc-sköterska blir du det. Men vi har bara legitimerad fysioterapeut.”

Intervju 4

4.4 Bättre struktur och mer resurser behövs inom kvinnohälsovården

Något som upprepas i intervjuerna är de brister som finns i hur vården är organiserad för att vårda kvinnor med besvär efter graviditet och förlossning. Generellt anser fysioterapeuterna att området kvinnohälsa är lågt prioriterat och att det behövs mer resurser inom kvinnohälsovården. Fysioterapeuterna uttrycker en osäkerhet kring vårdens struktur och poängterar att det behövs bättre riktlinjer för att vårdkedjan kring patienten ska fungera bättre.

4.4.1 Fysioterapeuter behöver bli mer prioriterade inom kvinnohälsovården

Fysioterapeuterna beskriver att det är mycket fokus på barnet efter förlossningen och att mamman lätt glöms bort. Informanterna berättar att specialistvården för kvinnor efter graviditet och förlossning inte räcker till och att ett sätt för att avlasta den skulle kunna vara få fler fysioterapeuter inriktade på kvinnohälsa på vårdcentralerna. Informanterna anser att det behövs fler fysioterapeuter som arbetar och är specialiserade inom området kvinnohälsa samt att ett besök hos en fysioterapeut borde ingå efter en förlossning. I de flesta fall behöver patienterna själva kontakta en fysioterapeut om de behöver fysioterapeutisk vård. Detta drabbar enligt fysioterapeuterna framför allt patienter som har fått en bristning av grad 2, då det finns en kontinuerlig uppföljning hos både läkare och fysioterapeut för bristningar av grad 3 & 4 men inte för de med “mildare” bristningar. Det tas då inte hänsyn till hur patienten upplever sina besvär utan man fokuserar endast på skadans synliga svårighetsgrad. Då fysioterapeuterna anser att deras roll är viktig för denna patientgrupp vill de också att professionen ska ta mer plats inom kvinnohälsovården och förmedla till övriga yrkeskategorier vad fysioterapeuten kan bidra med. Fysioterapeuterna berättar att de arbetar med att marknadsföra sig själva och den expertis de har mer samt att nå ut till fler grupper i samhället som inte söker vård idag.

“Medan jag säger att, vare sig du har fött vaginalt eller med kejsarsnitt, att du ska göra en bäckenbottenundersökning efteråt.”

Intervju 3

“Att det skulle finnas på, ja men på de olika vårdcentralerna. Att man skulle ha den kompetensen, att det skulle finnas kompetenskrav på det. Det tror jag skulle göra väldigt stor skillnad.”

Intervju 5

4.4.2 Samarbeten inom kvinnohälsovården behöver förbättras

Fysioterapeuterna anser att det behövs bättre samarbeten inom kvinnohälsovården, både mellan olika yrkeskategorier men även mellan olika instanser. Samarbeten mellan andra yrkeskategorier och fysioterapeuten ser olika ut för informanterna. De fysioterapeuter som endast arbetar med kvinnohälsovård uppger att de har bra samarbeten i teamet på vårdenheten. Trots detta tycker fysioterapeuterna att det ändå behövs mer teamarbete kring denna patientgrupp. Många av informanterna uppger även att det råder förvirring gällande hur och var patienter ska remitteras vidare för ytterligare vård vid behov. Flera beskriver att det behövs tydliga riktlinjer för hur och vem som ska omhänderta patienter med BBD.

“Men också att för oss fysioterapeuter som jobbar med att, det fanns tydliga riktlinjer liksom - vilka ska vi remittera och var ska vi remittera dem?”

Intervju 2

“Då kan arbetsgivare hävda att det här ingår inte i vårt uppdrag. Så det finns liksom inte nerprintat någonstans att det här är primärvårdens uppdrag att ta hand om de här.”

Intervju 1

5. Diskussion

5.1 Resultatsammanfattning

Resultatet i denna studie visar på att fysioterapeuterna upplever sitt arbete som viktigt och att deras kompetens kan hjälpa kvinnor att hantera sina problem. Undersökning och behandling är alltid individanpassad utefter kvinnans problem och behov eftersom BBD yttrar sig och kan upplevas på olika sätt. I det fysioterapeutiska arbetet ligger fokus på modern och att se helheten kring hennes situation. Fysioterapeuterna beskriver de olika brister som finns i samhället och belyser att problemen normaliseras hos kvinnorna, vårdpersonal och i resten av samhället. Fysioterapeuterna anser även att möjligheterna till utbildning inom och utveckling av deras arbete är bristande och bör förbättras. Utbildningen för fysioterapeuter kan vara en faktor för att få fler att börja arbeta inom kvinnohälsovården samt att få en bättre generell kompetens om ämnet inom professionen. Utöver detta tas flera brister inom vårdens organisering upp samt förslag på hur kvinnohälsovården kan utvecklas.

5.2 Resultatdiskussion

5.2.1 Fysioterapeuter bör bli mer inkluderande i eftervården

Enligt informanterna i denna studie bör alla som genomgått en graviditet och förlossning erbjudas minst ett besök hos en fysioterapeut med kunskap inom området. Forskning har visat på att förändringar i bäckenbotten sker redan under graviditeten (28,29,31) och att förändringar under graviditeten kan vara en orsak till att drabbas av BBD (25,26). Därför kan tänkas att man bör lägga mer fokus kring patienternas funktion och inte endast fokusera på vilken skada som uppstått. Detta styrker varför fysioterapeuter ska ges mer plats inom förlossnings- och kvinnohälsovården, då funktion är ett utav fysioterapeutens expertisområden (51).

Resultatet i denna studie visar även på brister i information som ges till patienterna, bland annat i form av felaktiga råd gällande träning efter graviditet och förlossning. I en artikel där

man försökt sammanställa forskning kring fysisk aktivitet efter graviditet och förlossning beskrivs fysisk aktivitet vara förmånligt ur flera aspekter. Dock bör träningen modifieras och anpassas till individen samt stegras successivt. I artikeln tar man även upp att vidare forskning behövs kring detta område för att möjligtvis kunna underlätta för vårdpersonal att ge patienter bättre råd (65). Vi anser även att mer evidensbaserad kunskap gällande träning för dessa patienter kan ge en bättre samstämmighet bland vårdens olika professioner. De som sedan inte besitter rätt kunskap bör hänvisa patienterna vidare till fysioterapeut så att de kan erbjudas en individanpassad träningsplan formad utifrån deras behov och önskemål.

De intervjuade fysioterapeuterna upplever dessutom att deras behandling ger goda resultat, vilket även har setts i flera studier (2,17,49,53,54). Bland annat såg Harvey et al (53) och Marques et al (54) att bäckenbottenträning minskade urininkontinens efter förlossning och graviditet. I resultatet av både denna studie, men även andra studier (46,49,53,54,55) beskrivs fysioterapeutiska interventioner som en viktig komponent vid behandling av BBD. Flera studier hänvisar dock enbart till bäckenbottenträning som en fysioterapeutisk intervention vid BBD (37,49,54,59) och sammanfogar inte andra interventioner till fysioterapeutiska behandlingstekniker. Bo et al beskriver olika interventioner som används vid undersökning och behandling av BBD där fysioterapeutisk behandling beskrivs endast som en enskild, separat behandlingsmetod (49). Resultatet från denna studie visar dock på att fysioterapeuter kan använda flera av dessa behandlingsmetoder, som exempelvis miktionsdagbok och biofeedback, och kan därför ge en mer heltäckande behandling än vad forskningen kan ge sken av.

Enligt det fysioterapeutiska förhållningssättet är det viktigt att se till helheten vid bedömning och behandling av en patient (51). Att dessutom vara trygg i sin roll och att vara medveten om bemötandet av patienten ansåg informanterna var viktigt, vilket överensstämmer med vad som belystes i resultatet av kandidatuppsatsen från Uppsala universitet (15). Detta kan vara en faktor som gör fysioterapeuten lämpad att hantera dessa patienter, då patienterna enligt fysioterapeuterna ofta har flera problem och många känslor inblandade. Ytterligare ett argument för att låta fysioterapeuten få ta mer plats inom eftervården är att kvinnan sätts i centrum, medan de enligt informanterna lätt förbises av annan vårdpersonal. Likaså har forskning visat att skador kan vara svåra att upptäcka (33) och eftersom en fysioterapeutisk undersökning kan bestå både av en invändig och utvändig undersökning (47) kan detta ge en bättre helhetsbild.

5.2.2 Normaliseringen måste minska i samhället

Enligt fysioterapeuterna är det många kvinnor som normaliserar sina besvär, vilket kan leda till att de inte söker hjälp eller till och med nekar att problemen existerar. Denna normalisering kan vara en orsak till varför statistiken (5,8,9,10) över antalet kvinnor med BBD varierar och en tänkbar slutsats kan därför vara att det finns ett stort mörkertal. Att kvinnor normaliserar sina besvär kan vara en följd av att ämnet länge varit tabubelagt i samhället (6). Därför behöver kvinnor ges mer möjligheter i samhället för att kunna samtala om detta, vilket hade kunnat leda till att viktig information lättare når fler personer och att fler därför väljer att söka vård för sina problem. Dock tyder mycket på att ämnet, precis som fysioterapeuterna nämner, håller på att bli mer uppmärksammat i samhället (11,12,13).

Enligt informanterna sker normalisering av kvinnornas problem inte bara i samhället som stort, utan även inom vården. Enligt Lawson et al ska inte BBD ses som ett normalt tillstånd efter graviditet och förlossning (45), vilket är samstämmigt med vad informanterna i denna studie uttrycker. Därför anser informanterna att det är fel när vårdpersonal svarar kvinnorna

att deras problem är att vänta då de söker vård för sina besvär. Dessutom visar flera studier (20,39,48,60) på att information som ges till kvinnor efter graviditet och förlossning är bristfällig, framför allt kring de problem som kan uppstå efter graviditet och förlossning. En anledning till detta skulle kunna vara att vårdpersonal inte besitter tillräcklig kunskap om problemen, vilket även Hermansen et al betonar (48). Om vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap kring graviditets- och förlossningsrelaterade besvär kan detta leda till ytterligare normalisering, exempelvis i form av de kommentarer som nämnts i resultatdelen. Vi anser att detta kan medföra att kvinnor som redan skäms över sina besvär blir mindre benägna att söka ytterligare vård, vilket i värsta fall kan göra att problemen bli ännu mer omfattande. Därför är det viktigt att personal inom kvinnohälsovården som arbetar med graviditet och förlossning är väl insatta kring de problem som kan uppstå och inser vikten av att försöka förebygga dessa. Vi tror att detta skulle kunna vara ett första steg till att minska antalet kvinnor som lider av BBD. Vi anser även att det är viktigt att vårdpersonal på andra instanser, exempelvis vårdcentraler, får en bättre kunskap kring dessa besvär än vad man har idag. På så sätt skulle fler patienter kunna fånga upp tidigare och vid enklare problem kunna få vård på plats istället för att remitteras vidare till specialistvården.

5.2.3 Bättre utbildning kan förbättra vården

Trots att fysioterapeuten kan ha en betydande roll vid behandling av BBD (55) anser informanterna både i denna studie samt i kandidatuppsatsen från Uppsala Universitet (15) att fysioterapeuter inte får tillräckligt med information på grundutbildningen för att kunna vårda patientgruppen. Eftersom att resurserna inom kvinnohälsovården behöver utökas (38) skulle en tänkbar åtgärd därför vara att satsa på utökad kunskap inom området under grundutbildningen. På så sätt hade man kunnat locka fler fysioterapeuter till att arbeta inom kvinnohälsa, vilket i sin tur skulle kunna minska arbetsbelastningen och ge fler patienter möjlighet till en mer effektiv vård.

De fysioterapeuter som intervjuades ansåg att det finns brister och svårigheter för dem att vidareutbilda sig och enligt SBU behöver kunskapen kring specialisering inom fysioterapi vid förlossningsskador förbättras (40). Informanterna påpekade att det är otydligt både för dem själva samt för allmänheten hur man blir specialist, vem som anses vara det och vad det innebär att vara specialist. Vi tror att svårigheterna med att vidareutbilda sig och oklarheten kring specialisering kan vara en anledning till att få fysioterapeuter väljer att fördjupa sig inom området. Detta kan i sin tur vara en orsak till bristen på specialiserade fysioterapeuter som tydliggörs genom informanternas beskrivning av den stora arbetsbelastningen specialistklinikerna har och deras upplevelse av att vården inte räcker till.

Informanterna beskriver att frågorna som ställs till patienten ofta är intima och att många kvinnor har svårt att prata om sina problem. Enligt Davis et al kan kvinnorna söka för andra problem än för sin BBD (6), vilket kan försvåra utredningen för fysioterapeuten. Frågor som rör bäckenbotten så som miktions-, sex- och samliv samt smärta i underlivet kan vara svåra även för en fysioterapeut att ställa. De skulle antagligen inte uppkomma vid ett vanligt besök om inte stark misstanke om BBD föreligger. Om denna typ av frågor inte ställs finns risk att dess problem missas. Hade fysioterapeuter däremot fått grundläggande kunskap om dessa problem under grundutbildningen skulle de troligen vara mer bekväma med att ställa frågor kring dem. Det hade i sin tur kunnat leda till att fler patienter fångats upp tidigare, exempelvis inom primärvården.

5.2.4 Avsaknad av riktlinjer och struktur begränsar vården

Med tanke på hur vanligt förekommande BBD är hos kvinnor efter graviditet och förlossning (5,8,9,10) kan det ifrågasättas att större förbättringar inom förlossnings- och kvinnohälsovården inte gjorts. Enligt informanterna i denna studie finns det flera brister i vårdens uppbyggnad kring och hantering av kvinnor som genomgått en graviditet och förlossning. Även tidigare kandidatuppsatser (14,15) belyser olika brister inom vården av förlossningsskador, bland annat brister i resurser men även kunskap hos personal. Kartläggningen från Socialstyrelsen visar på att det oftast endast erbjuds mer noggranna uppföljningar för de som drabbats av bristningar av grad 3 & 4 (38), vilket även de intervjuade fysioterapeuterna belyser. Enligt informanterna blir därför patienter med bristningar av andra graden ofta de vars besvär har blivit mest förbisedda. I studien från Luthander et al kunde man se liknande problematik där patienter som diagnosticeras med mindre eller inga skador ändå kunde uppleva BBD och därför kan missas i vårdkedjan (62). Även informanterna i denna studie berättar att vårdpersonal oftast enbart utgår från de synliga skador som uppkommit under förlossningen, vilket gör att kvinnans upplevda funktion och problem inte tas på allvar. Det behövs därför riktlinjer som inkluderar alla de kvinnor som upplever besvär efter graviditet och förlossning, oavsett bristningsgrad eller förlossningstyp. Tydliga riktlinjer hade även underlättat för personalen vid remittering, tydliggjort arbetsfördelningen för de olika instanserna samt kunnat påvisa när kirurgi eller konservativ behandling är lämpligast. Dock är arbetet med att införa riktlinjer för förlossningsvården påbörjat (41) och förhoppningsvis kommer de framtagna riktlinjerna att underlätta arbetet för all vårdpersonal och på så sätt bidra till en mer effektiv vård där fler kvinnor får den hjälp de behöver.

Eftersom fysioterapeuternas arbetssätt ser olika ut beroende på vilken kompetens de har och vilken utrustning de har tillgång till samt att det inte finns några riktlinjer kan behandlingen som erbjuds variera och därmed riskera en icke jämlik vård. Exempelvis är den invändiga undersökningen en central del i det fysioterapeutiska arbetet (47) och de fysioterapeuter som saknar kompetens inom detta område får därför inte lika djupgående information om patientens besvär. Detta kan försvåra möjligheten för fysioterapeuten att få en fullgod bedömning, vilket även informanterna bekräftar. Det går därför att misstänka att den vård kvinnor får kan skilja sig åt beroende på var man får hjälp.

Ytterligare en bristande faktor är avsaknaden av fungerande teamarbeten kring patienter med BBD. Samarbeten mellan olika professioner inom kvinnohälsovården är av största vikt för att kunna ge bästa möjliga vård för patientgruppen (6). Även i resultaten av kandidatuppsatserna från Mälardalens högskola och Uppsala universitet belystes vikten av ett bra teamarbete mellan olika professioner (14,15). I denna studie såg samarbetet mellan fysioterapeut och annan vårdpersonal olika ut bland informanterna. Trots att vissa hade bra samarbeten med andra yrkeskategorier önskades mer och förbättrade samarbeten inom kvinnohälsovården. Enligt Davis et al kan negativa följder uppkomma när teamarbetet brister (6). Därav finns belägg för att betona vikten av ett bra samarbete inom kvinnohälsovården. Ett bra samarbete mellan de olika professionerna kan leda till att deras arbete optimeras och blir mer tidseffektivt. De olika yrkenas kompetensområden ger tillsammans en bättre helhetsbild och kan därigenom leda till en bättre vård för patienten.

Resultatet från intervjuerna tyder på att fysioterapeuterna har en relativt liknande syn på vad BBD är men beskriver detta på olika sätt. Några informanter nämner problem med avföring och urin samt bäckenbottenprolaps, vilka även används i många vetenskapliga artiklar som exempel på BBD. Andra beskriver besvären utifrån kvinnans perspektiv, att problematiken

ligger i hur hon upplever det. Även detta kan vara en försvårande faktor inom vården, eftersom att missförstånd lätt kan uppstå när det inte finns en tydlig definition. Därför hade, utöver tydliga riktlinjer, någon form av diagnostiska kriterier varit behjälpligt. I andra studier har samma problematik uppmärksammats och man har försökt hitta någon typ av diagnostisk konsensus för problemen och dess behandling (1,49). Trots detta är begreppet fortfarande inte etablerat inom förlossningsvården, vilket kan göra det svårare för vårdpersonal att behandla dessa problem samt att identifiera den stora patientgrupp som finns. Att begreppet BBD användes i denna studie var med syfte att kunna inkludera en större patientgrupp än vad tidigare examensarbeten gjort (14,15). Idag finns heller ingen tillgänglig statistik på hur många som lider av BBD efter graviditet och förlossning i Sverige, vilket skulle kunna vara ett resultat av den oklara definitionen av begreppet. Mer information kring incidens och prevalens av BBD i Sverige hade kunnat vara behjälpligt för vidare forskning och satsningar från samhället.

5.3 Metoddiskussion

Syftet med denna uppsats var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med behandling av BBD hos kvinnor efter graviditet och förlossning. Detta genomfördes med en kvalitativ studiedesign för att kunna få en djupgående och varierad bild av fysioterapeuternas erfarenheter kring deras arbete samt mer beskrivande information där fysioterapeuternas tankar och åsikter inkluderas. Eftersom antalet fysioterapeuter som arbetar med BBD är få hade en kvantitativ undersökning såsom en enkätstudie i detta fall inte gett tillräckligt mycket information för att få ett underlag där relevanta slutsatser kan dras. Dessvärre medför det låga deltagarantalet i denna studie ett resultat som har sämre tillförlitlighet. Att andra kandidatuppsatser fått liknande resultat ökar tillförlitligheten, men fler och större studier av samma karaktär eller kvantitativ ansats hade behövts för att göra resultatet ännu mer tillförlitligt och användbart.

Studieförfattarna valde att inte intervjua patienter som led av BBD då de framför allt ansåg att en etikansökan hade tagit för lång tid att få igenom. Dessutom skulle känsliga ämnen beröras där tabu och skam är vanligt förekommande, vilket skulle kunna leda till svårigheter i att rekrytera studiedeltagare. Därav valde författarna att intervjua fysioterapeuter istället för patienter. Till studiepopulationen valdes informanter från olika arbetsplatser med olika lång erfarenhet inom området. Detta medför en variation av erfarenheter som kan göra resultatet mer nyanserat, men kan samtidigt vara en nackdel då studiedeltagare som har varit verksamma kortare perioder troligen har mindre erfarenhet inom området. Ytterligare ett sätt att få variation var att rekrytera deltagare som arbetar i olika städer runt om i Skåne. Eftersom det som tidigare nämnt är få som arbetar inom området och kompetenskartan för fysioterapeuter inom kvinnohälsa inte är komplett var snowballing en fördelaktig sekundär metod för att kontakta potentiella deltagare.

På grund av pågående pandemi var digitala intervjuer avgörande för att kunna genomföra denna studie och gjorde även intervjuerna både mer kostnads- och tidseffektiva för alla parter. En positiv aspekt med digitala intervjuer kan vara att det möjliggjorde för att fler informanter kunde delta trots att de hade fulla scheman. Nackdelar ses dock i att känslor och kroppsspråk kan vara svårare att uppfatta och tolka. Dessutom varierade miljön informanterna befann sig i under intervjun, vilket kan ha påverkat deras svar på frågorna. Exempelvis kan frågor ha besvarats mer restriktivt om informanten befann sig runt kollegor på arbetsplatsen till skillnad från en mer avskild plats.

Studien genomfördes genom individuella semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide med öppna frågor. Denna metod bidrog till att författarna kunde se till att intervjuerna svarade till syftet samtidigt som informanterna hade en viss frihet i svaren. Detta medförde att resultatet grundades i det informanterna ansåg var viktigt att ta upp och innehöll därför inte alltid det som studieförfattarna förväntade sig. Exempelvis var svaren gällande behandling av BBD inte djupdykande i olika behandlingsmetoder, vilket ledde till att behandling endast var en liten del av resultatet. Möjligen kan frågornas utformning ha påverkat resultatet i studien och skulle vid eventuella vidare studier kunna formuleras annorlunda.

För att öka arbetets transparens och underlätta eventuellt upprepande av studien har en detaljerad beskrivning av deltagarurval, datainsamling och analysprocess presenterats. Att använda Coreq checklist som stöd är ytterligare en faktor som ökar kvalitén och trovärdigheten i arbetet, då denna är utvecklad för att främja en heltäckande och tydlig rapportering (63). Resultatet är ofrånkomligen beroende av författarnas tolkning, då det är en kvalitativ studie. Ett sätt att kunna undvika eventuella missförstånd hade därför varit att låta informanterna läsa igenom sin intervju efter transkribering, för att få chans att kommentera innehållet. En faktor som därför också kan ha påverkat resultatet är att studieförfattarna inte hade någon tidigare erfarenhet av att utföra semistrukturerade intervjuer, vilket kan påverka tillförlitligheten av resultatet. Därför valde studieförfattarna att båda två skulle delta i varje steg i analysprocessen och att en noggrann bearbetning av materialet skulle göras, vilket styrker studiens tillförlitlighet. Utöver detta så har dialog mellan studieförfattare och handledare varit kontinuerlig under hela arbetets gång. För att ytterligare stärka arbetets trovärdighet och transparens har analysprocessen noga presenterats och exemplifierats i texten och citat från intervjuerna har använts i resultatdelen.

6. Klinisk relevans

Resultatet i denna uppsats visar på att mer forskning behövs inom detta område för att vidare utveckla och förbättra kvinnohälsövården. Det råder en brist i att kunna leverera en jämlik vård där alla kvinnor med graviditets- och förlossningsrelaterade problem kan få professionell hjälp. Fysioterapeuten kan ha en viktig roll i vården av denna patientgrupp, då man dels har en helhetsbild över problemet men också besitter kompetens till anpassning och guidning av fysiskt aktivitet. Därav finns det underlag för att både i grundutbildning och praktik kunna lyfta ämnet och belysa fysioterapeutens roll. Resultatet pekar även på att det finns ett behov och önskemål av fler specialiserade fysioterapeuter inom området, framför allt inom primärvården, för att kunna tillgodose patientgruppens behov. Då detta är en stor patientgrupp kommer även personer utanför specialiserade instanser komma i kontakt med denna typ av problem och det kan därför vara relevant att dessa berörs på grundutbildningar. Både för att få fler fysioterapeuter att specialisera sig inom området, men även för att kunna hantera och bemöta kvinnorna i de sammanhang man som fysioterapeut eller annan vårdpersonal kommer i kontakt med dem.

7. Slutsats

De fysioterapeuter som intervjuats anser att många kvinnor som lider av BBD inte får rätt hjälp samt att fysioterapeutisk behandling är betydelsefull och ger goda resultat. I resultatet framhävs att fysioterapeuter bör ges mer utrymme inom vården av kvinnor med BBD samt att området kvinnohälsa behöver belysas mer på den fysioterapeutiska grundutbildningen. Även möjligheter till vidareutbildning och specialisering kan förbättras för att höja kompetensen inom kvinnohälsövården och göra området mer lättillgängligt. Eftervårdens struktur behöver

ses över och tydliga nationella riktlinjer behövs för att fler kvinnor ska fångas upp samt få ett jämlikt bemötande och lika behandlingsmöjligheter. Alla dessa åtgärder kan i sin tur bidra till att bäckenbottenrelaterade problem blir mindre tabubelagda i samhället och att fler kvinnor söker hjälp för sina besvär.

Referenser

- 1) Pannu K, Javitt M, Glanc P, Bhosale P, Harisinghani M, Khati N et al. ACR Appropriateness Criteria pelvic floor dysfunction. J Am Coll Radiol. 2015;12(2):134-42.
- 2) Hadizadeh-Talasaz Z, Sadeghi R, Khadivzadeh T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019;58(6):737-47.
- 3) Dufour S, Vandyken B, Forget MJ, Vandyken C. Association between lumbopelvic pain and pelvic floor dysfunction in women: A cross sectional study. Musculoskelet Sci Pract. 2018;34:47-53.
- 4) Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001;12(3):178-86.
- 5) MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG. 2000;107(12):1460-70.
- 6) Davis K, Devinder K, Stanton S. Pelvic floor dysfunction: the need for a multidisciplinary team approach. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2003;9(1):23-36.
- 7) Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda [Internet]. Stockholm:Socialstyrelsen;2018 [uppdaterad datum 2021-09-14; citerad datum 2022-03-10]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/graviditeter-förlossningar-och-nyfodda/>
- 8) Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA. 2008;300(11):1311-6.
- 9) Islam RM, Bell RJ, Billah B, Hossain MB, Davis SR. The prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in women in Bangladesh. Climacteric. 2016;19(6):558-64.
- 10) Kepenekci I, Keskinilic B, Akinsu F, Cakir P, Elhan AH, Erkek AB et al. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. Dis Colon Rectum. 2011;54(1):85-94.
- 11) Thulin Bratten J. Emma, 36, bajsade på sig hela tiden - efter sin förlossning [TV-program] Stockholm: TV4; 5/12/2021. [citerad 29/3/2022]. Hämtad från: <https://www.tv4.se/artikel/3nbxRQEX2dANib3A66Gprw/emma-drabbades-av-foerlossningsskada-vill-bryta-tabu>
- 12) #Alltserfintut. Om #alltserfintut. [Internet]. [citerad 20/01/2022] Hämtad från: <https://alltserfintut.se/om>
- 13) Åhlund S. Bäckebotten dysfunktion efter vaginal förlossning. Stockholm:Svenska barnmorskeförbundet;2020 [citerad 17/03/2022]. Hämtad från: <https://barnmorskan.se/backebotten-dysfunktion-efter-vaginal-forlossning/>
- 14) Arvidsson C, Jaehnke K. Fysioterapeutisk undersökning och behandling av förlossningsskada i bäckenbotten [examensarbete på Internet]. Västerås:Mälardalens universitet;2020. [citerad 29/03/2022]. Hämtad från: <http://mdh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1462403/FULLTEXT01.pdf>
- 15) Svensson M, Rokkones J. "En förlossning är ett trauma mot bäckenbotten" Fysioterapeuters upplevelser och erfarenheter av att arbeta med kvinnor som har förlossningsskador [examensarbete på Internet]. Uppsala;Uppsala universitet;2021 [citerad 29/03/2022]. Hämtad från: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1517068/FULLTEXT01.pdf?fbclid=IwAR2kSx1cEyZOEI14U6-UxF6Zgm7jtJgpDudqrFSqF4nAiEOF2trl8a0hzvo>

- 16) Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci.* 2007;1101:266-96.
- 17) Bi X, Zhao J, Zhao L, et al. Pelvic floor muscle exercise for chronic low back pain. *J Int Med Res.* 2013;41(1):146-52.
- 18) Raizada V, Mittal RK. Pelvic floor anatomy and applied physiology. *Gastroenterol Clin North Am.* 2008;37(3):493-7.
- 19) Ashton-Miller JA, Delancey JO. On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. *Annu Rev Biomed Eng.* 2009;11:163-76.
- 20) Urbankova I, Grohregin K, Hanacek J, Krcmar M, Feyereisl J, Deprest J et al. The effect of the first vaginal birth on pelvic floor anatomy and dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2019;30(10):1689-96.
- 21) Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bø K. Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *Int Urogynecol J.* 2011;22(12):1497-1503.
- 22) Li H, Wu RF, Qi F, Xiao AM, Ma Z, Hu Y et al. Postpartum pelvic floor function performance after two different modes of delivery. *Genet Mol Res.* 2015;14(2):2994-3001.
- 23) Rørtveit G, Hannestad YS. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2014;134(19):1848-52..
- 24) Barbosa AM, Marini G, Piculo F, Rudge CV, Calderon IM, Rudge MV. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(2):95-9.
- 25) Sze EH, Sherard GB, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002;100(5):981-6.
- 26) Wijma J, Weis Potters AE, de Wolf BT, Tinga DJ, Aarnoudse JG. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *BJOG.* 2001;108(7):726-32.
- 27) Manning J, Eysers AA, Korda A, Benness C, Solomon MJ. Is there an association between fecal incontinence and lower urinary dysfunction?. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(6):790-8.
- 28) van Veelen GA, Schweitzer KJ, van der Vaart CH. Ultrasound imaging of the pelvic floor: changes in anatomy during and after first pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;44(4):476-80.
- 29) Thabet AA, Alshehri MA. Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2019;19(1):62-8.
- 30) Routzong MR, Rostaminia G, Moalli PA, Abramowitch SD. Pelvic floor shape variations during pregnancy and after vaginal delivery. *Comput Methods Programs Biomed.* 2020;194:105516.
- 31) Dietz HP, Eldridge A, Grace M, Clarke B. Does pregnancy affect pelvic organ mobility?. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2004;44(6):517-20.
- 32) Olsson A, Lind C, Fernando M, Rotstein E. *Bäckenbotten och förlossningsskador: handbok för barnmorskor. 1:a upplagan.* Stockholm:Gothia Fortbildning;2020.
- 33) Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;101(1):19-21.
- 34) Lien KC, Morgan DM, Delancey JO, Ashton-Miller JA. Pudendal nerve stretch during vaginal birth: a 3D computer simulation. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1669-76.
- 35) Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift S, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society

- (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5-26.
- 36) Noren L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J.* 2002;11:267– 71.
 - 37) Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Geirsson RT, Halldorsson TI, Aspelund T, Bø K. Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(3):247-8.
 - 38) Socialstyrelsen. Vård efter förlossning - En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. Stockholm:Socialstyrelsen;2017. [citerad 27/09/2021]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf>
 - 39) Vårdanalys. Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa [Internet]. Stockholm:Myndigheten för vård- och omsorgsanalys;2020. [citerad 29/03/2022]. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2020/09/Rapport-2020-11-F%C3%B6rl%C3%B6sande-f%C3%B6r-kvinnoh%C3%A4lsan.pdf>
 - 40) Rydin K, Österberg M. Prioriterade forskningsområden inom prevention, diagnostik och behandling av förlossningsskador [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [citerad 29/03/2022]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/prioritering-av-vetenskapliga-kunskapsluckor/prioriterade-forskningsomraden-inom-prevention-diagnostik-och-behandling-av-forlossningsskador/>
 - 41) Socialstyrelsen. Uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer för förlossningsvården (2021). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49e71e/contentassets/847417c715fc465d93672debe345a8a3/uppdrag-till-socialstyrelsen-att-utarbeta-nationella-riktlinjer-for-forlossningsvarden.pdf>
 - 42) Arkel E, Neymark Bachmeier H, Rikner Å, Rydhög S, Torell K. Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur [Internet]. Stockholm:Fysioterapeuterna;2013. [citerad 29/03/2022]. Hämtad från: https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kliniska-riktlinjer/dokument/lrs-riktlinjer-for-sjukgymnastisk-behandling-av-patienter-med-obstetrisk-analsfinkterruptur.pdf?fbclid=IwAR32TAstfAigbAi0s4_xXAMB1fc2CVDV1FM0TRiam19pVVTrIk5s0eWUIJU
 - 43) Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Säker vård efter förlossning Rekommendationer för vård efter förlossning för modern och barnet [Internet]. Stockholm:Svensk förening för obstetrik och gynekologi;2013. [citerad 29/03/2022]. Hämtad från: https://www.sfog.se/media/154226/s_ker_v_rd_efter_f_rlossningen_2013.pdf
 - 44) Fridén C, Haakstad L, BØ K, Josefsson A. Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande under och efter graviditet. I: FYSS 2021: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 1:a upplagan. Stockholm: Läkartidningen förlag AB;2021. S. 93-104.
 - 45) Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health.* 2018;63(4):410-7.
 - 46) Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc.* 2012;87(2):187-93.

- 47) DeBevoise T, Dobinsky A, McCurdy Robinson C, McGee C, McNeely C, Sauder S et al. "Pelvic floor physical therapy: More than Kegels." *Womens Health* 2015; 3(2):34-41.
- 48) Hermansen IL, O'Connell B, Gaskin CJ. Are postpartum women in denmark being given helpful information about urinary incontinence and pelvic floor exercises?. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(2):171-4.
- 49) Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2017;28(2):191-213.
- 50) Bergman I, Female pelvic floor disorder - clinical aspects on surgical treatments. [doktorsavhandling på internet]. Stockholm:Karolinska institutet;2020. [citerad 11/4/2022] Hämtad från: https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/47010/Thesis_Ida_Bergman.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- 51) Broberg C, Lenné R. Fysioterapi profession och vetenskap [Internet]. Stockholm: Fysioterapeuterna;2016. [citerad 29/03/2022]. Hämtad från: <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>
- 52) Okonofua F, Balogun J, Odunsi K, Chilaka V. Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology. I: *Contemporary Obstetrics and Gynecology for Developing Countries*. 2:a upplagan. Indiana:Springer;2021. s.553-69.
- 53) Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003;25(6):487-98.
- 54) Marques J, Botelho S, Pereira LC, et al. Pelvic floor muscle training program increases muscular contractility during first pregnancy and postpartum: electromyographic study. *Neurourol Urodyn*. 2013;32(7):998-1003.
- 55) Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med*. 2008;148(6):459-73.
- 56) Gordon J, Quinn L. *Guide to Physical Therapist Practice 3.0*. APTA. 2003;81(13):133-43
- 57) Meister MR, Shivakumar N, Sutcliffe S, Spitznagle T, Lowder JL. Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(5):497-513.
- 58) Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(6):485-93.
- 59) Romeikienė KE, Bartkevičienė D. Pelvic-Floor Dysfunction Prevention in Prepartum and Postpartum Periods. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(4):387.
- 60) Wagg AR, Kendall S, Bunn F. Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. *Prim Health Care Res Dev*. 2017;18(5):448-62.
- 61) Wei JT, Dunn R, Nygaard I, et al. Development and Validation of a Quantitative Measure of Adaptive Behaviors in Women With Pelvic Floor Disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017;23(4):232-7.
- 62) Luthander C, Emilsson T, Ljunggren G, Hammarström M. A questionnaire on pelvic floor dysfunction postpartum. *Int Urogynecol J*. 2011;22(1):105-13.

- 63) 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;19(6):349-57
- 64) Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-12.
- 65) Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstet Gynecol.* 2020;135(4):e178-e188.

Bilagor

Bilaga 1 - Intervjuguide

- Berätta om din väg till att arbeta med kvinnohälsa
- Vad är dysfunktionell bäckenbotten för dig?
- Vilka patienter är det som söker vård för bäckenbottenbesvär? Berätta om dem.
- De kvinnor du möter med bäckenbottenproblematik, vad har de berättat om hur de upplever sina besvär?
- Vad anser du är viktigt vid första mötet med patienten?
- Hur lägger du upp behandlingen för dysfunktionell bäckenbotten?
- Vilka resultat brukar du se av behandlingen? Berätta.
- Berätta om styrkor och svagheter med de behandlingar av dysfunktionell bäckenbotten som du utför.
- Hur ser du på din roll som fysioterapeut och dina arbetsuppgifter gällande behandling av bäckenbottenproblematik?
- Vad anser du saknas inom behandlingsområdet idag?
- Vad känner du till om hur vården är organiserad för att möta dessa kvinnors behov vad gäller bäckenbottenbesvär?
- Är det något du hade förväntat dig att vi skulle fråga som inte tagits upp?

Bilaga 2 - Coreq checklist

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Bilaga 3 - Informationsbrev till deltagare



MEDICINSKA
FAKULTETEN

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAĞARE

Institutionen för hälsovetenskaper

Fysioterapeuters erfarenheter av behandling vid dysfunktion i bäckenbotten efter graviditet och förlossning - en intervjustudie

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Bakgrundsinformation

Dysfunktion i bäckenbotten är ett tämligen vanligt förekommande problem hos kvinnor efter graviditet och förlossning. Forskning har visat att dessa patienter globalt sett har för lite kunskap om bäckenbottenbesvär och de behandlingsalternativ som finns. Enligt Socialstyrelsen är tillgängligheten av eftervård i Sverige bristfällig och det saknas tydliga riktlinjer för vård av denna patientgrupp. Därför finns det anledning att tro att flera kvinnor inte får tillräcklig hjälp med sina besvär och att det behövs mer forskning inom området. Syfte med denna studie är därför att undersöka fysioterapeutens roll vid behandling vid dysfunktion i bäckenbotten efter graviditet och förlossning.

Om intervjuerna

Vi skulle vilja göra en intervju med dig. Frågorna kommer att beröra ditt arbete som fysioterapeut och dina **erfarenheter av behandling av graviditets- och förlossningsrelaterad dysfunktion i bäckenbotten**. Intervjun beräknas ta mellan 45-60 minuter och genomförs av Erica Sigvardsson och Lykke Sigurd, som studerar termin fem på fysioterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Studien genomförs i form av en kandidatuppsats. Vi kommer att utföra intervjuerna via Zoom i och med den rådande pandemin.

Intervjuerna kommer att spelas in. Inspelningen kommer att sparas på ett USB-minne och förvaras i ett låst säkerhetsskåp på Institutionen för hälsovetenskaper. Insamlat material kommer att förstöras efter godkänd examination.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen enskild person eller enhet kommer att kunna identifieras när arbetet sammanställs och presenteras.

Om du vill delta ber vi dig underteckna samtyckesblanketten, scanna som ett dokument och tillbaka till oss via mail.

Har du frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Erica Sigvardsson
Studerande på
fysioterapeutprogrammet e-post:
er7047si-s@student.lu.se

Lykke Sigurd
Studerande på
fysioterapeutprogrammet
e-post:
ly2053si-s@student.lu.se

Handledare
Kjerstin Stigmar
e-post:
Kjerstin.stigmar@med.lu.se

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. *Besöksadress:* Baravägen 3, Lund *Telefon:* 046-222 00 00 vx. *Telefax* 046-222 18 08

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien *Fysioterapeuters erfarenheter av behandling vid dysfunktion i bäckenbotten efter graviditet och förlossning - en intervjubaserad studie.*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer

Bilaga 4 - Informationsbrev till verksamhetschef



MEDICINSKA
FAKULTETEN

INFORMATIONSBREV TILL
VERKSAMHETSCHEF

Institutionen för hälsovetenskaper

Fysioterapeuters erfarenheter av behandling vid dysfunktion i bäckenbotten efter graviditet och förlossning - en intervjustudie

För din kännedom vill vi meddela om att en av dina anställda kommer att delta i en intervju för ovanstående studiestudie. Nedan finner du information om studien och deltagandet. Vänligen hör av Dig vid eventuella frågor eller funderingar.

Bakgrundsinformation

Dysfunktion i bäckenbotten är ett tämligen vanligt förekommande problem hos kvinnor efter graviditet och förlossning. Forskning har visat att dessa patienter globalt sett har för lite kunskap om bäckenbottenbesvär och de behandlingsalternativ som finns. Enligt Socialstyrelsen är tillgängligheten av eftervård i Sverige bristfällig och det saknas tydliga riktlinjer för vård av denna patientgrupp. Därför finns det anledning att tro att flera kvinnor inte får tillräcklig hjälp med sina besvär och att det behövs mer forskning inom området. Syfte med denna studie är därför att undersöka fysioterapeutens roll vid behandling vid dysfunktion i bäckenbotten efter graviditet och förlossning.

Om intervjuerna

Vi kommer att göra intervju med en av dina anställda. Frågorna kommer att beröra deltagarens arbete som fysioterapeut och de **erfarenheter** som personen har **inom behandling av graviditetsrelaterad dysfunktion i bäckenbotten**. Intervjun beräknas ta mellan 45-60 minuter och kommer att genomföras av Erica Sigvardsson och Lykke Sigurd, som studerar termin fem på fysioterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Studien genomförs i form av en kandidatuppsats. Intervjuerna kommer att utföras via Zoom i och med den rådande pandemin.

Intervjuerna kommer att spelas in. Inspelningen kommer att sparas på ett USB-minne och förvaras i ett låst säkerhetsskåp på Institutionen för hälsovetenskaper. Insamlat material kommer att förstöras efter godkänd examination.

Deltagaren behöver ge samtycke till studieförfattarna innan intervju sker. Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att personen behöver ange varför. Den information som ges kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen enskild person eller enhet kommer att kunna identifieras när arbetet sammanställs och presenteras.

Har du frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Erica Sigvardsson
Studerande på
fysioterapeutprogrammet e-post:
er7047si-s@student.lu.se

Lykke Sigurd
Studerande på
fysioterapeutprogrammet
e-post:
ly2053si-s@student.lu.se

Handledare
Kjerstin Stigmar
e-post:
Kjerstin.stigmar@med.lu.se

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. *Besöksadress:* Baravägen 3, Lund *Telefon:* 046-222 00 00 vx. *Telefax* 046-222 18 08