



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Examensarbete

Nivå: Magister

### **Barnmorskors och fysioterapeuters erfarenheter av att möta kvinnor med ökad rectusdiastas efter graviditet**

---

#### **En fokusgruppstudie**

#### **Midwives and physiotherapists experiences regarding meeting women with increased diastasis recti after pregnancy – A focus group study**

Författare: Madeleine Fåhraeus och Chantal Saliba Persson

Handledare: Martin Eriksson Crommert och Catharina Gustavsson

Examinator: Kerstin Erlandsson

Ämne/huvudområde: Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Kurskod: SR3013

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 180530

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

*Uppsatsförfattarna vill rikta ett varmt tack till  
Martin Eriksson Crommert och Catharina Gustavsson  
för deras handledning,  
samt att vi fått tagit del av deras forskningsmaterial,  
som möjliggjort detta examensarbete.*

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Magmuskeldelningen mellan de två rectusbukarna benämns även rectusdiastas (RD) och ökar under graviditeten pga. hormonell och mekanisk inverkan. Återhämtning sker naturligt de första åtta veckorna postpartum men delningen kan kvarstå därefter. I denna studie benämns patologisk diastas för *ökad RD*. Kvinnor kan påverkas fysiskt och psykiskt av ökad RD och barnmorskor ska enligt ICM kunna identifiera tillstånd som avviker från det normala och vid behov kunna samverka och remittera till andra yrkeskompetenser.

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka barnmorskors och fysioterapeuters erfarenheter av att möta kvinnor med ökad rectusdiastas efter graviditet.

**Metod:** Kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Malteruds (2012) analysmetod *Systematisk textkondensering* (STC) utfördes på data från semistrukturerade fokusgruppintervjuer med sammanlagt nio fysioterapeuter och sju barnmorskor runt om i Mellansverige.

**Resultat:** Fyra övergripande områden identifierades; *Ökad kroppsmedvetenhet i dagens samhälle, Syn på ökad RD som symtom på ohälsa, Kunskapsbrist kring ökad RD och inhämtning av kunskap genom eget intresse samt Syn på yrkesansvar och önskan om samarbete och riktlinjer.*

**Slutsats:** Barnmorskor och fysioterapeuter upplever låg erfarenhet och kunskapsbrist gällande ökad RD. För en mer patientsäker vård behövs nationella riktlinjer samt ett bättre samarbete.

**Klinisk tillämpbarhet:** Studien kan inspirera arbetsplatser att satsa på interprofessionell fortbildning samt uppmanar till utformning av riktlinjer som grundas på mer omfattande forskning.

**Nyckelord:** Barnmorska, fysioterapeut, rectus diastas, samarbete

## **Abstract**

**Background:** The abdominal muscle separation between the two rectus abdominis muscles is also known as diastasis recti (DrA) and expands during pregnancy. The duration of the natural recovery takes approximately eight weeks postpartum, but for some people the separation will remain much longer. In this paper, the diastasis will be referred as an increased DrA.

According to ICM, midwives should be able to identify what deviates from normal, and if necessary, to collaborate and refer to other professionals.

**Aim:** The aim of the study was to explore midwives and physiotherapists experiences regarding meeting women with increased diastasis recti after pregnancy.

**Method:** A qualitative content analysis with Malteruds method *systematic text condensation* (STC) of focus group interviews were conducted with a total of nine physiotherapists and seven midwives around Sweden.

**Results:** Four overall areas were identified; *Increased body awareness in today's society, Views of increased DrA as a symptom of illness, The lack of knowledge about increased DrA and the acquisition of knowledge through own interest and Views on professional responsibility and the desire for cooperation and guidelines.*

**Conclusion:** Midwives and physiotherapists say they lack experience and knowledge regarding increased DrA. National guidelines and a more improved collaboration is needed for safer patient care.

**Clinical application:** The study can inspire workplaces to invest in interprofessional training and establish guidelines based on more extensive research.

**Keywords:** midwife, physiotherapist, diastasis recti, cooperation

## **Innehåll**

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
Vad är ökad RD - definitioner och diagnostik	1
Uppkomst, konsekvenser och riskfaktorer av en ökad RD	2
Återhämtning av ökad RD	3
Barnmorskans ansvar och roll	4
<b>Problemformulering</b>	<b>5</b>
<b>Syfte</b>	<b>5</b>
<b>Metod</b>	<b>6</b>
Design	6
Urval	6
Datainsamling	6
Analys	7
Forskningsetiska överväganden	8
<b>Resultat</b>	<b>8</b>
<b>Ökad kroppsmedvetenhet i dagens samhälle</b>	<b>9</b>
Ökade krav på kroppens funktion och förändrade kroppsideal idag jämfört med förr	9
Kroppskänedom ur socioekonomiska och kulturella perspektiv	10
<b>Syn på ökad RD som symtom på ohälsa</b>	<b>11</b>
Skilda åsikter angående om ökad RD är ett problem	11
Observerade besvär orsakade av ökad RD och andra symtom relaterade till ökad RD	11
<b>Kunskapsbrist kring ökad RD och inhämtning av kunskap genom eget intresse</b>	<b>13</b>
<b>Syn på yrkesansvar och önskan om samarbete och riktlinjer</b>	<b>14</b>
Synen inom och mellan professionerna på vem som bär ansvaret för kvinnor med ökad RD	14
Behov av en stöttande organisation, forskning och riktlinjer för att omhänderta kvinnor med ökad RD	15
Begränsningar i att vårda kvinnor med ökad RD	15
<b>Diskussion</b>	<b>16</b>
Sammanfattning av huvudresultat	16
Resultatdiskussion	17
Etikdiskussion	20
Metoddiskussion	20
<b>Slutsats</b>	<b>23</b>
<b>Klinisk tillämpbarhet</b>	<b>23</b>

<b>Förslag till fortsatta studier</b>	<b>23</b>
<b>Referenser</b>	<b>24</b>
<b>Bilaga 1. Informationsbrev</b>	
<b>Bilaga 2. Intervjuguide, delstudie 3</b>	
<b>Bilaga 4. Information till informanterna i studien</b>	
<b>Bilaga 5. Samtyckeformulär</b>	

## Inledning

Begreppet rectusdiastas (RD), även benämnt magmuskeldelning, har fått allt större medial uppmärksamhet på senare tid. I publicerade artiklar och böcker benämns en patologisk magmuskeldelning som RD. Uppsatsförfattarna anser att det är felaktigt uttryckt eftersom en RD egentligen bara betyder att det är ett mellanrum (diastas) mellan rectusmuskelbukarna (recti). Författarna av denna uppsats kommer härfter att använda sig av termen *ökad RD* som uttryck för en ökad magmuskeldelning efter graviditet.

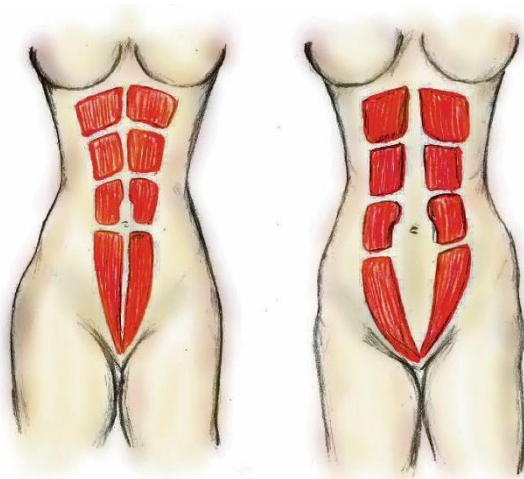
Denna magisteruppsats är en del i ett större forskningsprojekt bestående av tre delstudier, där de ansvariga forskarna har valt att titta på både barnmorskor och fysioterapeuters omhändertagande av kvinnor med ökad RD efter graviditet. De två andra delarna av projektet undersöker kvinnors fysiska- och psykiska upplevelser av ökad RD. Då det har kommit till uppsatsförfattarnas kännedom att kvinnor upplever bristande bemötande kring sin magmuskeldelning önskar vi som barnmorskestudenter att i denna studie undersöka vilka erfarenheter barnmorskor och fysioterapeuter har beträffande att möta kvinnor med ökad RD efter graviditet. En av uppsatsförfattarna har av eget intresse utbildat sig privat inom träning av ökad RD och har erfarenhet av att möta dessa kvinnor.

## Bakgrund

### Vad är ökad RD - definitioner och diagnostik

Det finns fyra magmuskler, de yttersta (m. rectus abdominis), de yttre sneda (m. obliquus externus abdominis), de inre sneda (m. obliquus internus abdominis) och de djupa tvärgående (m. transversus abdominis). Den inre tvärgående muskeln fäster i linea alba och bak mot ryggmusklerna samt nedåt mot bäckenbotten och löper därmed som en gördel runt bålen. Dessa muskler binds samman av en senstruktur, linea alba, som fäster upptill vid bröstbensspetsen (processus xiphoideus) och nere vid pubis symfysen (Parker, Millar & Dugan, 2009). Normaltillståndet för linea alba hos kvinnor som inte varit gravida och fött barn är att de yttre muskelbukarna ligger i parallell (Se Figur 1) och det är fysiologisk normalt med ett avstånd i varierad grad upp till 22 mm enligt Beer et al., 2009. Avståndet linea alba utgör mellan muskelbukarna benämns RD eller magmuskeldelning och ökar under graviditet, framförallt

under tredje trimestern då linea alba tänjs ut (Parker et al., 2009). Det ökade avståndet mellan de två muskelbukarna rectus abdominis, även känt som ”sexpaket” kan kvarstå efter en graviditet (Parker et al., 2009; Spitznagle, Leong & Van Dillen, 2007; Turan, Colluoglu, Turkyilmaz & Korucuoglu, 2011), se Figur 1.



*Figur 1. RD samt en ökad RD efter graviditet. Illustration av Kristin Lundström, Region Örebro län.*

I en meta-analys av Benjamin, van de Water och Peiris (2014) beskrivs olika diagnostiseringsmetoder i form av kaliper och måttband för att identifiera ökad RD. Översiktsstudien uppgav i fem av åtta studier som ingick varierande gränsvärden för diagnos ökad RD mellan >2–3 cm eller en delning på två fingerbredder under utförandet av en sit-up. Mätning över linea alba kan ske på olika ställen: ovan naveln, vid naveln och nedan naveln (Beer et al., 2009).

### Uppkomst, konsekvenser och riskfaktorer av en ökad RD

Under graviditet ökar olika hormoner, bland annat relaxin, som har till funktion att öka ledlaxiteten för att möjliggöra barnets passage genom bäckenet vid förlossning. Detta kan dock hos vissa ge mer omfattande bäckenrelaterade besvär under graviditet. Desto längre framskriden graviditet desto mer ökar bukdiametern, vilket både försvagar magmuskulatur och ger nedsatt stabilitet i bäckenet (Elden, 2017). Magmuskulaturen har ett synergiskt arbete tillsammans med bäckenbottenmuskulaturen och då en magmuskeldelning uppstår kan ett sämre stöd och funktion uppstå i bäckenbotten (Parker et al., 2009). I studier har man funnit samband mellan ökad RD och framfall, samt urin- och avföringsinkontinens som troligtvis är



relaterad till en försvagad bäckenbottenmuskulatur (Parker et al., 2009; Spitznagle et al., 2007). Enligt en norsk studie har man däremot inte funnit ett samband mellan ökad RD och en försvagad bäckenbottenmuskulatur, urininkontinens eller prolaps (Bø, Hilde, Tennfjord, Sperstad & Engh, 2017). Under slutet av graviditeten samt några veckor postpartum är även förmågan att stabilisera bäckenet från extern belastning nedsatt (Gilleard & Brown, 1996). Det finns även ett samband mellan ökad RD och instabilitet, samt smärtproblematik i rygg och bäcken menar Parker et al. (2009). Vid en samtidig nedsatt funktion i magmuskulaturen skulle det kunna öka risken för ytterligare ländrygg- och bäckensmärta under graviditeten (Elden, 2017). Keshwani, Mathur och McLean (2017) har funnit att magmuskeldelningens bredd har ett samband med upplevelsen av buksmärta hos förstagångsfödorskor under den tidiga postpartumperioden. I samma studie presenterades fynd på ländryggsmärta men var inte tydligt associerat med en större delning. Artikelförfattarna menar att det kan finnas begränsningar med att enbart använda sig utav uttrycket ”smärta” då vissa kvinnor inte identifierar sitt tillstånd med ordvalet. De menar att kvinnorna kanske kunde uppleva obehag men inte associerade det med ordet smärta. Även ett samband mellan vidden på delningen och hur kvinnan såg på sin kropp hittades. I studien fann forskarna att korrelationen mellan en större RD gav en mer negativ kroppsuppfattning postpartum hos kvinnorna (a.a.).

Det var en tydlig korrelation mellan multiparitet och förekomsten av ökad RD efter graviditet i studien av Turan et al. (2011) där man sett 0% av ökad RD i nullipara, 2% hos primipara och 59% hos multipara kvinnor. Ingen signifikant skillnad sågs i relation till förlossningssätt och prevalensen av ökad RD men förekomsten av ökad RD var större hos kvinnor som genomgått två kejsarsnitt. Enligt Lo, Candido och Janssen (1999) har förutom multiparitet även högre ålder, kejsarsnittsfödelse och viktuppgång en betydelse i förekomsten av ökad RD. I samma studie fann artikelförfattarna att kvinnorna med ökad magmuskeldelning hade fött större barn samt att förekomsten av ökad RD var betydligt vanligare vid flerbördsgraviditeter.

### Återhämtning av ökad RD

Man har sett att det finns en naturlig återhämtning av linea alba efter graviditet under de första åtta veckorna (Coldron, Stolkes, Newhamn & Cook, 2008). Enligt Lo et al. (1999) har kvinnor, framförallt multipara, som tränat regelbundet innan och under graviditet en snabbare återhämtning av magmuskulaturen jämfört med de kvinnor som inte tränat tidigare. Artikelförfattarna menar att dessa kvinnor troligtvis har bättre kontakt med sina muskler och

kan således behålla styrka och kontroll av magmuskulaturen under graviditeten och därför uppnår snabbare återhämtning av bäcken- och bålmuskulatur. Översiktsstudien av Benjamin et al. (2014) visar att träning under graviditet kunde minska förekomsten av ökad RD med 35 %. Någon form av träning, oftast bålträning eller styrka, utfördes som intervention under eller efter graviditet i samtliga studier som ingick i översiktsstudien. De påtalar dock att de inkluderade studierna är av dålig kvalitet varför man inte säkert kan säga huruvida en specifik träningsform kan förhindra eller minska ökad RD under- eller efter graviditet.

## Barnmorskans ansvar och roll

Enligt Svenska Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning (2018) som grundar sig på International Confederation of Midwives (ICM)(2014) etiska kod har barnmorskans ett ansvar att arbeta utifrån ett vetenskapligt och erfarenhetsbeprövat sätt som grundar sig på ett holistiskt och etiskt förhållningssätt där vården utformas i samråd med patient och dennes behov.

Till yrkesprofessionen hör att självständigt kunna handlägga en normal graviditet, förlossning och eftervård men också att kunna identifiera tillstånd som avviker från det normala eller personer som är i behov av särskilt stöd och vård. Om något faller utanför barnmorskans kompetens har hen förmågan att kunna samverka med andra professioner för att möta den enskilda kvinnans behov. Genom att arbeta holistiskt med teamsamverkan och andra professioners kunskaper kan en trygg och säker vård ges till patienten och dennes närstående (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018; ICM, 2014).

ICM har som mål att genom utveckling, utbildning och nyttjande av barnmorskors kompetens förbättra vården till kvinnor och deras familjer. Den etiska koden innefattar barnmorskans professionella relationer och ansvar samt professionens verksamhetsområde och utveckling. Inom barnmorskans yrkesansvar ingår det att oberoende av omständigheter möta kvinnans emotionella, andliga, psykiska och fysiska behov med hänsyn till kulturella olikheter. Barnmorskan genomgår intellektuell, personlig och professionell utveckling och interagerar det i yrket. Både den yrkesverksamma barnmorskan och barnmorskeutbildningen har krav på sig att ständigt utvecklas i takt med att vården utvecklas. Hen verkar även för att skydda kvinnliga rättigheter genom utveckling av barnmorskans kunskapsområde samt genom att medverka till hälsofrämjande förbättringsarbete avseende exempelvis framtagande- och införande av riktlinjer och hälsoprogram. Barnmorskans behöver därmed ha förmågan att utvärdera

befintliga rutiner, arbeta informationssökande och bedriva utvecklingsarbete för att vid behov kunna medverka till implementering av ny kunskap (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018; ICM, 2014).

Alla kvinnor erbjuds ett eftervårdsbesök till barnmorskan på mödrahälsovården inom tre månader postpartum. Där kan barnmorskan ställas inför frågor om magmuskeldelning. Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2018) ingår det inte inom barnmorskans kompetensområde att kunna behandla ökad RD men hen ska kunna identifiera tillstånd som avviker från det normala och då kunna samordna vård med andra instanser och yrkeskategorier, som t.ex. en fysioterapeut.

## **Problemformulering**

Barnmorskan följer kvinnan genom hela livscykeln och särskilt under graviditeten och den tidiga postpartumperioden. Alla kvinnor erbjuds ett eftervårdsbesök 6–12 veckor postpartum och barnmorskan kan således vara den första och naturliga yrkesprofessionen som kvinnan vänder sig till angående sin magmuskeldelning eller besvär relaterade till den. Ökad RD har på senare år fått stor uppmärksamhet i media, men problem som kan finnas med i bilden av inkontinens eller prolapsproblematik samt bäcken- och ländryggssmärta, har inte utforskats vetenskapligt i samma omfattning som det uppmärksammats i media. Det har även kommit till uppsatsförfattarnas kännedom genom media och sociala medier att kvinnor upplever bristande kunskap i mötet med sjukvården. Mot denna bakgrund vill uppsatsförfattarna undersöka barnmorskors och fysioterapeuters erfarenheter av att möta kvinnor med ökad RD efter graviditet, för att kunna utveckla och optimera vården.

## **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors och fysioterapeuters erfarenheter av att möta kvinnor med ökad rectusdiastas efter graviditet.

## Metod

### Design

En deskriptiv design valdes för att så textnära som möjligt kunna beskriva fenomenet ökad RD ur barnmorskors- och fysioterapeuters perspektiv genom fokusgruppsintervjuer som har analyserats med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. En kvalitativ metod lämpade sig att använda då syftet var att återberätta människors talade ord för att beskriva en helhetsbild av det som undersökts (Malterud, 2014).

### Urval

Inklusionskriterierna var att informanterna skulle vara legitimerade och verksamma som barnmorskor eller fysioterapeuter inom en verksamhet där de förväntades kunna möta kvinnor med ökad RD. Därmed skickades inbjudan till barnmorskor inom mödrahälsovården och fysioterapeuter på vårdcentraler och privata fysioterapeutmottagningar. Exklusionskriterier var barnmorskor som arbetade inom andra områden än ovan beskrivna. Rekryteringen av barnmorskor och fysioterapeuter sköttes till en början av projektansvariga forskare men då det fanns svårigheter i att rekrytera barnmorskor tog uppsatsförfattarna kontakt med samordningsbarnmorska för mödrahälsovården som förmedlade ännu en inbjudan till studien (bilaga 1) till verksamma barnmorskor inom primärvården. Direktkontakt togs även med avdelningschefer för gynekologisk mottagning och BB-avdelning för rekrytering av ytterligare barnmorskor. Ett bekvämlighetsurval gjordes avseende geografiskt upptag och deltagare rekryterades från olika län i Mellansverige. Slutgiltigt antal informanter var 16 stycken i studien varav nio var fysioterapeuter och sju stycken barnmorskor. En identifierade sig som man och resten som kvinnor. De var mellan 27 och 64 år gamla och hade mellan två och 36 års yrkeserfarenhet.

### Datainsamling

Data hämtades från semi-strukturerade fokusgruppintervjuer. Samtalen i fokusgrupperna utgick från en intervjuguide med öppna frågor framtagen av forskarna som är ansvariga för projektet (bilaga 2). De enskilda fokusgrupperna inkluderade en blandning av barnmorskor och fysioterapeuter med olika erfarenheter för att kunna stimulera till diskussion mellan professionerna. Datainsamlingen skedde under mars 2018 genom fokusgruppintervjuer

bestående av fyra deltagare i fyra fokusgrupper, fördelade mellan olika städer i Mellansverige. Fördelningen mellan informanterna i fokusgrupperna var 2+2 förutom en intervju där det var 3+1 (fysioterapeuter och barnmorska). Antalet deltagare i varje fokusgrupp stöds av Wibecks (2010) resonemang där en grupp på tre personer innebär en begränsande diskussion och att en grupp med fler än sex deltagare kan bilda subgrupper. Större grupper kan leda till att det blir svårare att komma till tals och att timida personer inte vågar uttrycka sig.

Kvale och Brinkman (2014) beskriver att fokusgruppintervjuer baseras på att en moderator leder gruppen och presenterar ett diskussionsämne för att låta gruppen utbyta åsikter, erfarenheter och kunskaper. Syftet är alltså inte att nå ett samförstånd utan att stimulera deltagarna att delge egna uppfattningar. Detta lämpar sig särskilt väl gällande mer utforskade områden då en gruppintervju kan locka fram mer spontana och livliga diskussioner än vad en mer strukturerad individuell intervju bjuder in till (a.a.). Fokusgrupperna leddes utav en av forskarna, som är fysioterapeut, som utifrån intervjuguiden strävade efter att inkludera alla deltagare i samtalen för att få en tillräckligt stor bredd av data. En observatör medverkade vid varje intervjutillfälle, vars uppgift var att fånga upp reaktioner och stämninglägen i gruppen samt ställa eventuella kompletterande frågor i slutet. Observatören under tre av fokusgrupperna var fysioterapeut och vid ett tillfälle barnmorskestudent. Fokusgruppintervjuerna ägde rum på vårdcentraler och forskningscentrum och durationen på intervjuerna var mellan 51–67 minuter.

## Analys

En induktiv ansats har använts för att förutsättningslöst analysera data för att hitta mönster i materialet istället för att utgå ifrån en förutbestämd teori. Kvalitativ innehållsanalys syftar till att identifiera och hitta mönster baserade på erfarenhetskunskap och beskrivningar från informanterna. Analysen utgår från berättelser av egna upplevelser där data omvandlas till teoretisk förståelse (Granheim & Lundman, 2017).

Författarna inspirerades av Malteruds (2012) analysmetod systematisk textkondensering (STC) för kvalitativ forskning, som beskrivs i fyra steg. I första steget lästes transkriberingarna förutsättningslöst för att få en övergripande blick. Texterna lästes sedan igen individuellt för att hitta preliminära teman som senare diskuterades mellan författarna. Dessa teman användes som vägledning vid andra steget där författarna genom ytterligare individuell genomläsning identifierade meningsbärande enheter som kodades. Författarna träffades därefter för att presentera, diskutera och sammanställa koderna som skulle ingå i analysprocessen. I det tredje

steget lyftes de kodade meningsbärande enheterna ut ur texten för att med hjälp av temana placeras in i kodgrupper. Varje kodgrupp analyserades för sig och med hjälp av koderna skapades subgrupper (bilaga 3). Kod- och subgrupper namngavs preliminärt men har under analysprocessen varit föränderliga och temana reducerades från åtta till fyra. I slutet av det tredje steget kondenserades innehållet i varje subgrupp och där reducerades samt reviderades antal teman, kod- och subgrupper. I fjärde och sista steget i analysprocessen framställdes, utifrån författarnas textkondensering, en helhet som jämfördes med den ursprungliga rådatan, för att validera fynden.

## Forskningsetiska överväganden

Forskarna för projektet hade gjort en prövning hos Etikprövningsnämnden i Uppsala tidigare och fått ett rådgivande yttrande med diarienummer 2017/316. Författarna av denna magisteruppsats gjorde enligt Högskolan Dalarnas riktlinjer även en etisk egengranskning fastställd av Forskningsetiska nämnden. Enligt Vetenskapsrådets (2003) forskningsetiska principer har hänsyn tagits till *informations-, samtycke, konfidentialitet- och nyttjandekravet* genom att ta ställning till följande:

Enligt PuL (Personuppgiftslagen 1998:204) ska informanternas identitet skyddas för att förhindra kränkning. Informanternas identitet och alla dokument kodades och kodnyckeln förvaras inlåst avskild från handlingar knutna till studien. Materialet förvaras av projektansvariga forskare och uppsatsförfattarna tog del av kodade transkriberingar och därmed har informanternas *konfidentialitet* bevarats.

Alla informanter blev *informerade* genom skrift (bilaga 4) och tal innan de skrev på ett *samtycke* (bilaga 5) om frivilligt deltagande i studien samtidigt som de upplystes om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att uppge orsak. Hänsyn har tagits till *nyttjandekravet* genom att insamlat material endast kommer användas till studiens syfte.

## Resultat

Analysen resulterade slutligen i ett framträdande av fyra övergripande områden, *kodgrupper* och tillhörande dessa sammanlagt sju undergrupper, *subgrupper* (Tabell 1).

**Tabell 1. Resultatsöversikt med kommande över- och underrubriker till resultatspresentationen.**

<b>KODGRUPP</b>	<b>SUBGRUPP</b>
<b>ÖKAD KROPPSMEDVETENHET I DAGENS SAMHÄLLE</b>	Ökade krav på kroppens funktion och förändrade kroppsideal idag jämfört med förr  Kroppskänedom ur socioekonomiska och kulturella perspektiv
<b>SYN PÅ ÖKAD RD SOM SYMTOM PÅ OHÄLSA</b>	Skilda åsikter angående om ökad RD är ett problem  Observerade besvär orsakade av ökad RD och andra symtom relaterade till ökad RD
<b>KUNSKAPSBRIST KRING ÖKAD RD OCH INHÄMTNING AV KUNSKAP GENOM EGET INTRESSE</b>	Brist på kunskap och påverkan på bemötandet  Kunskap genom extern utbildning
<b>SYN PÅ YRKESANSVAR OCH ÖNSKAN OM SAMARBETE OCH RIKTLINJER</b>	Synen inom och mellan professionerna på vem som bär ansvaret för kvinnor med ökad RD  Önskan om ökat samarbete mellan professionerna  Behov av en stöttande organisation, forskning och riktlinjer för att omhänderta kvinnor med ökad RD

## **Ökad kroppsmedvetenhet i dagens samhälle**

Ökade krav på kroppens funktion och förändrade kroppsideal idag jämfört med förr

Informanterna uttryckte att kvinnor överlag idag verkade ha en annan kroppsmedvetenhet samt ställde högre krav på både sig själva och vården. Förr var kvinnorelaterade besvär mer tabu och det fanns en acceptans hos kvinnorna då och en syn att man efter en graviditet skulle vara glad och tacksam. De lyfte även hur kvinnohälsan inte hade prioriterats eller lyfts varken i vården eller samhället och gav exempel på hur sjukvården skilde sig åt bland kvinnor och män.

*”Sedan tänker man på män som på grund av sitt leverne får en stor buk och börjar snarka och får de bekymren men där ska vården gå in och operera och subventionera operationer, men inte kvinnor med de här [ökad RD] bekymren. Och ändå behöver vi kvinnorna också, vi måste ju få barn här i landet också, så... man måste ju... vilja det å.” [A3, Barnmorska]*

Ökad RD var något informanterna upplevde tagit mer plats de senaste åren och att man förr mer konstaterade en magmuskeldelning, om man ens uppmärksammande den. Kvinnor idag efterfrågade allt mer information om ökad RD och hade mer krav på kroppen och dess återhämnning. Detta var något både barnmorskor och fysioterapeuter tydligt tyckte hade ökat de senaste åren. Barnmorskor berättade att frågan brukade komma upp på efterkontroller. Informanterna trodde att den ökade medvetenheten och efterfrågan hos kvinnor påverkades av mediaflödet som sprids men också pga. en annan livsstil som genomsyrar dagens samhälle. Detta påverkade även vårdpersonalens medvetenhet och en informant menade att både genus och generationsskillnader kan påverka vilka som nås av media.

*”Jag tänker lite såhär att vi är ju i barnafödande ålder och så sprids det [information om ökad RD] på sociala medier och då tänker jag; tänk om du är fysioterapeut och så är du kanske en man i 60-års åldern... hur mycket nås du av det då?” [F1, Fysioterapeut]*

Informanterna menade vidare att vi har ett annat leverne idag och är mer aktiva. De kvinnor som efterfrågade information och hjälp gällande ökad RD var ofta högpresterande och ville komma igång med träning snabbt och återfå sin kropp. Detta hade informanterna även sett tenderat leda till för tidig och intensiv träning, vilket de ifrågasatte avseende återhämtning av ökad RD.

### Kroppskännedom ur socioekonomiska och kulturella perspektiv

Socioekonomiska skillnader var något som även lyftes. De såg en koppling till hur kvinnor i utsatta områden hade en sämre kroppskännedom samt mindre medvetenhet om RD och därmed mindre efterfrågan, detta till skillnad från storstäder eller områden med mindre psykosociala problem.

*”... både A1 och jag jobbar i områden där vi kanske inte har så mycket, vad säger man, psykosociala problem så, utan vi har, vad ska jag säga, våra patienter är ganska medvetna.”*  
*[E1, Barnmorska]*

Vissa informanter menade dock att det kanske snarare handlade om kvinnans syn på sin egen kropp oavsett social- eller kulturell bakgrund.



## Syn på ökad RD som symtom på ohälsa

Skilda åsikter angående om ökad RD är ett problem

Informanterna upplevde att de inte hade tillräckligt med erfarenhet för att kunna dra slutsatser gällande korrelationen mellan fysiska besvär och ökad RD. Flera ifrågasatte om man skulle se ökad RD som ett problem och funderade kring om det alltid behövde ge besvär. De menade att en ökad RD borde kunna finnas utan att ge några symtom och fysioterapeuterna fokuserade snarare på bålstabiliteten än bredden på diastasen. Tveksamheter rådde bland båda professionerna om huruvida en ökad RD var ett stort problem och om det inverkar på allmäntillståndet. Barnmorskor hade uppmärksammat magmuskeldelning men valt att inte påtala det med risken att problematisera något som kanske var normalt.

*”Vad ska vi annars göra? Vi kan inte sitta där och göra något sjukligt av det heller”. [M2, Barnmorska]*

*”Baksidan är att vi gör problem av det som är det normala. Och det är det som är den svåra avvägningen. Jag känner att det problematiseras ibland. Det normala som faktiskt hör till att få barn... du är ingen robot, det kommer inte bli som förut...” [E3, Barnmorska]*

Det fanns en åsikt bland vissa informanter att en ökad RD sågs mer som ett skönhetsbekymmer och modedefenomen. Det rådde dock delade meningar och en del ansåg inte att man kunde se ökad RD som enbart ett kosmetiskt besvär då de stött på mycket värkproblematik i samband med det. De konstaterade att det är ett problem om kvinnor har besvär av det och att det då är viktigt att lyssna på kvinnorna och ta dem på allvar. De menade att det är viktigt att ha med ökad RD i beräkningarna under- och efter en graviditet.

*”... det är klart att det är viktigt att lyssna på kvinnorna när de kommer och vi möter ju dem på efterkontrollerna då och sedan när de kommer tillbaka på preventiven. Att någon lyssna och tar kvinnorna på allvar så att man inte bara; ja, men det här är ingenting...” [A3, Barnmorska]*

Observerade besvär orsakade av ökad RD och andra symtom relaterade till ökad RD  
Informanterna upplevde att kvinnor kunde söka specifikt för sin magmuskeldelning men att det oftast kom upp sekundärt under vårdkontakten och att det då kunde vara i samband med andra besvär.

*”Ja, för mig är det mer sekundärt. De söker ofta för ryggproblem och så 'By the way'...” [T1, Fysioterapeut]*

Båda professionerna beskrev att de sett en korrelation mellan ökad RD och bäckenbottenrelaterade besvär. De nämnde tyngdkänsla, prolaps och framförallt urininkontinens.

Fysiska besvär och dess korrelation var något få barnmorskor hade uppmärksammat utan det var nästan uteslutande fysioterapeuter som tog upp det under intervjuerna. Det mest framträdande av symtom var smärta. Det kunde härstamma från höft/bäcken och mage men mest uttalat var ländryggproblematiken som kunde vara allt från trötthetskänsla till kroniska ryggbesvär. Även obehag, instabilitet och känslan av att inte ha kontroll på kroppen samt putande mage, IBS-symtom och bråck nämndes som fysiska besvär som framkommit i patientkontakten.

Båda professionerna berättade att de uppmärksammat en oro hos kvinnor gällande deras magmuskeldelning. De menade att kvinnor som frågade om ökad RD inte alltid hade fysiska besvär utan att de kunde uttrycka en oro och nedstämdhet över att de känt en delning och undrade hur det kunde påverka kroppen och om det var farligt. Kvinnorna visste inte vad de vågade göra och hade en rädsla att förvärra situationen.

*” Jag hade en patient som; 'det känns som, jag vågade inte resa mig upp ur sängen med att flektera, att resa mig rakt upp, för det känns som allting ska, som att hela magen ska rämna, så jag vågade inte lyfta mina barn, jag vågade inte för känslan att' ...” [A2, Fysioterapeut]*

En barnmorska uttryckte hur konsekvenserna av rädsla och oro skulle kunna påverka viljan att våga bli gravid igen.

*”När man nu ser de som får de här väldiga bekymren. Jag menar, det är ju... det medför ju konsekvenser också för framtiden, 'vågar jag en ny graviditet till exempel?' Det kan ju hindra en i barnafödandet och framtiden på det viset...” [A3, Barnmorska]*

## Kunskapsbrist kring ökad RD och inhämtning av kunskap genom eget intresse

Brist på kunskap och påverkan på bemötandet

Det fanns en konsensus bland informanterna att de saknade kunskap om ökad RD, vilket ledde till att de kände sig otillräckliga i mötet med kvinnan och att det begränsade dem i sitt arbete. Barnmorskorna i studien uttryckte däremot att de hade god kunskap kring bäckenbotten och knipförmåga och kände sig trygga att bemöta det, men att det stannade där. De uppgav att det både var svårt att bemöta frågor de fick om ökad RD men även att ställa frågor då de inte visste hur de skulle hantera informationen de kunde få från patienterna.

*”... men det är också ’vilka glasögon man har på sig’. Vad du vill se. Och inte se. Det handlar också om kunskap. Har vi kunskap om något kan man lägga fram det...” [E3, Barnmorska]*

*”... jag tror det är ganska vanligt att vi inte har den här kunskapen, det är jätteviktigt, för att patienterna frågar ju efter den, och vi har den inte, vi kan den inte.” [A1, Barnmorska]*

Kunskap genom extern utbildning

Både barnmorskor och fysioterapeuter beskrev att ökad RD inte togs upp under deras grundutbildning. Den kunskapen de hade grundade sig främst på deras eget intresse att fördjupa sig inom ämnet efter utbildningen. Kunskapen inhämtades från externa kurser, föreläsningar, erfarenhet, media och så kallad ”fekarastkunskap”, kollegor emellan. De kände förtroende för mediaprofiler med akademisk utbildning, men att det ibland kunde vara svårt att bedöma tillförlitligheten i media och böcker och de ifrågasatte om det var vetenskapligt belagt.

*”Men jag vet inte heller vad jag egentligen vet. Det känns som att väldigt mycket bara är eget intresse. Jag har ingen vetenskap tror jag på någonting egentligen.” [J1, Fysioterapeut]*

## Syn på yrkesansvar och önskan om samarbete och riktlinjer

Synen inom och mellan professionerna på vem som bär ansvaret för kvinnor med ökad RD

Båda professionerna kände att de behövde en viss nivå av kunskap för att kunna lugna och trygga kvinnor som hade frågor kring ökad RD och att det var viktigt att kunna fånga upp dem som hade besvär. De ansåg även att de hade ett ansvar att hjälpa kvinnor filtrera i mediaflöden. De flesta informanterna upplevde dock att deras kunskapsnivå inte var tillräcklig.

Det framkom att barnmorskor hade fått frågor om ökad RD, och framförallt träningsrelaterade frågor. Barnmorskorna menade att de först och främst arbetade med bäckenbottenträning och rekommenderade träningsappar utformade för magmuskelaktivering efter graviditet. De ansåg att de hade en viktig roll i att fånga upp kvinnor med ökad RD men att det låg utanför deras kompetens och profession att behandla. Barnmorskorna menade att deras huvudsakliga roll var att hänvisa till rätta instanser, så som fysioterapeut, men en önskan fanns att kunna ge enklare råd.

*”Och jag som barnmorska kan ju tycka att... jag menar att jag kanske inte ska kunna det här, men lite enkla råd... men framförallt det att när jag hänvisar till sjukgymnast så ska jag kunna känna att där kommer kvinnan att få hjälp.” [A3, Barnmorska]*

*”Jag tycker att vi har en superviktig roll. Alltså jag tycker verkligen det och känner mer och mer. Det är ett otroligt skede i livet, man får sina barn, vi har världens chans att inte släppa dom efteråt så där har vi ett ansvar, jag tycker vi har ett superläge alltså. Till oss kommer de INNAN de får besvär. Helst ska de ju inte behöva gå och bli värre, tänker jag.” [E3, Barnmorska]*

Fysioterapeuter påtalade att kvinnor behöver få information om hur en graviditet kan påverka kroppen och vikten av att stärka upp bålen och bäckenbotten postpartum. De såg som sin uppgift att utbilda om kroppskännedom och instruera i att hitta den djupa muskulaturen och bålstabilitet. De menade även att fysioterapeuter kanske borde vara inblandade som en naturlig del i eftervården för att kunna förhindra att kvinnor får besvär av en ökad RD för att de inte har tränat sin bålkontroll.

*”Ja, och jag tror att många behöver få den informationen efter en graviditet, så har man en sämre bålstabilitet, du behöver komma igång med någon form av aktivering av bålen, det känns som att det är DÄR vi skulle ha en viktig del, kan jag känna.” [E2, Fysioterapeut]*

## Behov av en stöttande organisation, forskning och riktlinjer för att omhänderta kvinnor med ökad RD

Båda yrkeskategorierna efterfrågade och var positivt inställda till ett samarbete kring kvinnor under graviditet och postpartum. Det fanns en önskan om att fysioterapeuter skulle ha en naturlig roll på familjecentraler, vilket fanns på enskilda platser och drevs på eget initiativ. De menade att på så vis skulle information kunna nås ut till kvinnor om magmuskeldelning och aktivering av bålmuskulatur och vara mer lättillgänglig för kvinnor under- och efter graviditet. De uttryckte att det hade varit berikande att kunna ta del av varandras kunskaper genom att skapa ett nätverk där man kan få tips och råd av varandra för att främja ett gott samarbete. De menade att ett samarbete även skulle underlätta konsultationer och remittering. Vidare påpekades att det borde finnas en röd tråd mellan olika instanser för att kvinnan ska kunna få så bra vård som möjligt genom livscykeln.

*”... att man behöver nån röd tråd, att olika instanser hjälps åt för att kvinnan ska få så bra hälsa som möjligt under uppväxt, under barnafödande tiden och sedan därefter också. Så att man inte är som olika rivaliserande yrkeskategorier utan att alla samarbetar kring kvinnan...” [A3 barnmorska]*

*”... vi har samma mål men vi går lite olika vägar. Och där tror jag att det skulle vara väldigt berikande om vi samarbetade mer och fick ta del av varandras kunskaper.” [M4, Fysioterapeut]*

## Begränsningar i att vårda kvinnor med ökad RD

Det påtalades att befintlig forskning var begränsad och motsägelsefull. Båda yrkeskategorierna var skolade att arbeta evidensbaserat och ansåg att det gav dem en trovärdighet och styrka i sitt arbete. Dock kunde de känna sig baktundna av att arbeta vetenskapligt. Det menade som exempel att det fanns en viss konkurrens med personliga tränare som inte har samma skyldighet.

*”Jag tror vi känner oss lite baktundna av att det ska vara evidensbaserat och för dem [personliga tränare] är det fritt fram att säga 'så här är det'.” [T1, fysioterapeut]*

Barnmorskorna och fysioterapeuterna arbetade efter den kunskapen de hade, men uttryckte att de önskade tydliga riktlinjer om hur de ska arbeta. De saknade kunskap i vad som är normalt respektive avvikande, hur stor diastas som man kan acceptera och vart de ska dra gränsen. Hur de ska identifiera och behandla ökad RD, och hur deras yrkesroll ska förhålla sig till det samt när de ska remittera vidare. De framkom en hjälplöshet att inte kunna ge tydliga råd då de saknade kunskap och nationella riktlinjer där det är tydligt hur de ska arbeta. De saknade en grund att falla tillbaka på för att kunna bemöta och behandla kvinnor på ett säkert och tryggt sätt.

Informanterna upplevde att det fanns en negativ attityd bland kollegor och uppifrån kring ökad RD. Det fanns personer som kände att de inte fick fullt stöd och upplevde ett motstånd i sjukvården. De ansåg även att ökad RD inte hade prioriterats, vilket upplevdes härstamma i okunskap och ett ointresse.

*”Men jag kunde även där känna att... ett visst motstånd. Typ; oj, vad det börjar pratas om det här [ökad RD] då, det har väl inte varit något bekymmer tidigare. Lite så där. Och; det ska ju inte vi som barnmorskor hålla på med” [A3, Barnmorska]*

*”Nej, och intresset har inte funnits i vården. Okunskapen liksom har legat här. Ingen har varit intresserad att pytsa in pengar och ställa frågan uppifrån” [T1, Fysioterapeut]*

Informanterna upplevde att sjukvården inte tog dessa kvinnor på allvar då det fortfarande kunde anses som enbart ett kosmetiskt bekymmer. Det fanns personer som belyste att fenomenet ökad RD dock börjat lyftas på arbetsplatser och såg en eventuellt positiv utveckling kring de tidigare negativa attityderna.

## **Diskussion**

### **Sammanfattning av huvudresultat**

Resultatet består av fyra kodgruppen ”Ökad kroppsmedvetenhet i dagens samhälle”, ”Syn på ökad RD som symptom på ohälsa”, ”Kunskapsbrist kring ökad RD och inhämtning av kunskap genom eget intresse”, samt ”Syn på yrkesansvar och önskan om samarbete och riktlinjer”. Barnmorskor och fysioterapeuter upplevde att kvinnors ökade medvetenhet och

kroppskänedom resulterade i en större efterfrågan om information gällande ökad RD. Huruvida ökad RD korrelerade med andra besvär fanns det delade meningar om och informanterna kände sig osäkra i sina observationer. Dock framkom det att de hade sett samband till ländrygg- och bäckenbottenrelaterade besvär samt oro hos kvinnor. Informanterna upplevde att det ställdes högre krav på deras kunskaper, vilka de ansåg bristande och kunde påverka bemötandet. Kunskap saknades från grundutbildningen och inhämtades främst genom eget intresse. Barnmorskor och fysioterapeuter saknade nationella riktlinjer och efterfrågade ett samarbete mellan professionerna för att få till en välfungerande ansvarsfördelning och omhändertagande av kvinnor med ökad RD efter graviditet.

## Resultatdiskussion

Informanterna i studien belyste i kodgruppen ”Ökad kroppsmedvetenhet i dagens samhälle” en tilltagande medvetenhet kring ökad RD hos både kvinnorna och sig själva. En bidragande faktor tros enligt informanterna vara relaterat till den ökade kroppsmedvetenheten idag samt att fenomenet ökad RD lyfts mer i media, socialmedia och i bloggar. Även uppkomsten av träningsappar riktade till kvinnor som genomgått en graviditet har lanserats. Dessa fynd bekräftas i en enkätstudie av Anthenius, Tates och Nierboer (2013) där sociala medier som exempelvis Twitter och Facebook användes för att söka information om sin sjukdom och hälsa (a.a.). Huruvida träningsappar och träningsbloggar kan vara en bidragande faktor till den ökade medvetenheten och det ökade intresset kring ökad RD kan mycket väl avspegla dagens kvinnors kroppsmedvetenhet och den ökade efterfrågan i vad kvinnor önskar i samhället idag och av barnmorskor och fysioterapeuter.

Det framkom i kodgruppen ”Syn på ökad RD som symtom på ohälsa” att det fanns delade meningar huruvida ökad RD korrelerade med fysiska besvär eller om det var av mer kosmetisk karaktär. Enligt en norsk studie av Han, Brewits och Wutich (2016) har viktökning och en negativ kroppsuppfattning en betydande del i att eventuellt utveckla depressiva symtom postpartum och i studien av Olsson, Lundqvist, Faxelid och Nissen (2005) hade förändringar i kroppens utseende efter en graviditet och förlossning en negativ inverkan på kvinnans sexualitet. Skulle en ökad RD enbart vara ett kosmetiskt bekymmer verkar det enligt uppsatsförfattarna ändå kunna påverka kvinnor negativt då oro kring en ökad RD både kan påverka dem psykiskt samt inverka på kroppsuppfattningen efter graviditeten. I och med den ökade medvetenheten och tillgång till information i sociala media finns idag en sannolikhet att

barnmorskor och fysioterapeuter står inför nya frågeställningar som de tidigare inte mött och det bekräftas i tidigare studie (Anthenius et al., 2013).

I kodgruppen ”Kunskapsbrist kring ökad RD och inhämtning av kunskap genom eget intresse”, var professionerna samstämmiga i att de saknade akademisk utbildning kring ämnet ökad RD. Både barnmorskor och fysioterapeuter förmedlade den rådande kunskapsbristen i ämnet och en osäkerhet i sina observationer. Det stöds av kunskapsöversikten av Benjamin et al. (2014) där vidden på ökad RD varierade i objektiva termer men träning under graviditet minskade förekomsten av ökad RD med 35%. Träning under- och efter graviditet kan även minska delningens bredd (a.a.). Barnmorskor bör med hänvisning till sådana fakta eftersträva och stödja kvinnan att efter bästa förmåga träna i någon form. Eftervårdsbesöket hos barnmorskan kan vara den första vårdkontakten som kvinnan har där hon kan ta upp frågor och funderingar kring en eventuell ökad RD. Träningsprogram till kvinnor kan vara en väg att stödja kvinnor postpartum. Barnmorskorna önskade att de kunde identifiera en ökad RD och ge enklare råd. De önskade kunna remittera till fysioterapeut.

I kodgruppen ”Syn på yrkesansvar och önskan om samarbete och riktlinjer” framkom att barnmorskorna hade en viktig roll att lugna och ge stöd åt oroliga mödrar angående en eventuell ökad magmuskeldelning. Barnmorskans yrkesansvar är uttalat i ICM (2014) kompetensbeskrivning för barnmorskor där det fastställs att det ligger inom barnmorskans yrkesansvar att medverka till hälsofrämjande förbättringsarbeten. Träningsprogram för ökad RD kan ses som hälsofrämjande. Att förmedla träningsprogram och kontakt med fysioterapeut ligger således inom barnmorskans yrkesansvar men frågan är om barnmorskan har kompetensen. Att implementera evidensbaserade riktlinjer på arbetsplatser ligger även det enligt ICM (2014) inom barnmorskans yrkesansvar. Barnmorskorna i föreliggande uppsats önskade samarbeten med fysioterapeuter samt riktlinjer. Implementering av evidensbaserade riktlinjer på arbetsplatser styrs av högre organs attityder till att tillämpa nya behandlingar, insatser och metoder (Döpp, Graff, Rikkert, Van der Sanden & Vernooij-Dassen, 2013; Upton & Upton, 2006) och sjukvårdsorganisationen styr därmed på lokal nivå barnmorskans yrkesansvar. I arbetet med ökad RD behövs riktlinjer för samarbete med fysioterapeuter. Det kan stödja barnmorskan i hennes hälsofrämjande arbete med ökad RD. Det stöds av Bahtsevani, Willman, Stoltz och Östman (2010) som menar att riktlinjer bidrar till bättre vård till patienter



genom att det vidgar kunskaperna samt att det bringar självförtroende i arbetet hos vårdpersonalen. Barnmorskor behöver således riktlinjer för sitt arbete med ökad RD.

Uppsatsförfattarna anser att barnmorskan bör kunna identifiera en ökad RD och fånga upp kvinnor som har besvär, om de så är av fysisk eller psykisk karaktär, för att sörja för kvinnans behov av vård. Enligt ICM (2014) och Svenska Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning (2018) har barnmorskan förmågan att identifiera tillstånd som avviker från det normala och samverkar med andra professioner när hens kompetens överskrids. Ett samarbete mellan barnmorskor och fysioterapeuter, för att tillgodose kvinnan genom livscykel, var något som efterfrågades hos informanterna. Det ligger i linje med både den internationella och den nationella kompetensbeskrivningen (ICM, 2014; Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). En viss erfarenhet av samarbete fanns enligt informanterna då vissa fysioterapeuter hade medverkat vid föräldragrupper. Tanken om samarbete stöds av Keleher (1998) som beskriver att ingen profession inom hälso- och sjukvården är multikompetent, varför samarbeten fordras mellan disciplinerna på en komplex nivå där flera individers kunskaper interageras. Förmågan till samarbete mellan professionerna påverkar vårdkvaliteten patienten erhåller. Keleher (1998) tar upp att genom att tillvarata resurser inom sjukvården placeras fokus på att förbättra vården av kvinnor och deras nyfödda. Författarna av föreliggande examensarbete funderar på om ett mer utvecklat samarbete mellan fysioterapeut och barnmorska skulle kunna stödja barnmorskan i sin yrkesroll att arbeta hälsofrämjande för att optimera vården för den enskilda kvinnan och hennes behov. Detta resonemang stöds av Heatley och Kruske (2011) som i en Australiensk metasyntes presenterade att barnmorskor och läkare ansåg att mödravården ska vara kvinnocentrerad ur ett holistiskt synsätt. Det betyder att omvårdnaden kring kvinnan ska anpassas efter alla hennes individuella behov för att hon ska erhålla den mest ultimata vården under den barnafödande tiden. Att arbeta kvinnocentrerat kan förhindra barriärer i samarbeten mellan professionerna och kräver både organisatoriskt och professionellt engagemang (a.a.). Uppsatsförfattarna anser att professionernas önskemål i föreliggande uppsats om ett samarbete borde eftersträvas med stöd av Kelehers (1998) resonemang om att genom ett interprofessionellt samarbete sätts patienten i fokus med en kontinuitet i vården, vilken ger ökad tillfredsställelse hos både patient och sjukvård. Därmed menar uppsatsförfattarna att fysioterapeuter borde ha en naturlig plats inom mödravården för att stödja hälsofrämjande träning till godo för hela återhämtningsprocessen efter graviditet. Detta för att kunna främja en god sexuell-, reproduktiv- och perinatal hälsa före-, under- och efter en graviditet (ICM, 2014).

## Etikdiskussion

Forskarna bakom projektet hade sedan tidigare erhållit ett rådgivande yttrande med diarienummer 2017/316 från Etikprövningsnämnden i Uppsala. De dokumenten har uppsatsförfattarna tagit del av för att bli medvetna om vilka etiska utgångspunkter projektet vilar på. Dock ansåg författarna att det var viktigt att göra egna etiska överväganden inför uppsatsen varför en etisk egengranskning enligt Högskolans Dalarnas riktlinjer även utfördes. Vidare har Vetenskapsrådets (2003) rekommendationer följts för förståelse av och med hänsyn till de forskningsetiska principerna.

Data har insamlats av projektansvariga forskare och material förvaras av dessa under pågående projekt. Materialet som delgivits uppsatsförfattarna mottogs kodade, vilket innebar att det inte varit möjligt att härleda vilka individer som deltagit vid de olika intervjuerna eller koppla enskilda uttalanden i transkriberingarna till specifika personer under analysen. Ett undantag fanns avseende en fokusgruppintervju där en av uppsatsförfattarna deltog som observatör och den personinformationen behandlades också konfidentiellt därefter. Vid presentation av citat i resultatet har författarna valt att visa yrkeskategori utöver den kodade identiteten. Koden användes för att bevara anonymiteten hos informanterna och samtidigt för att styrka att det var olika informanter som yttrade sig. Att presentera yrket i samband med citaten valdes för att visa eventuella perspektiv inom yrkesområdena då två olika professioner ingick i studien.

Då det berörda ämnet inte ansågs vara av känslig karaktär bedömdes det föga troligt att informanterna skulle påverkas negativt av att ha delgivit sina erfarenheter och tankar under gruppintervjuer. Däremot reflekterade författarna huruvida det hade kunnat uppstå en känsla av otillräcklighet hos informanterna om det skulle framkomma att de inte kunde arbeta så de önskade på grund av begränsningar i organisation eller evidens. För att försöka förhindra den eventuella känslan förtydligades det att deras kunskap och handlande inte skulle bedömas eller kritiseras. Risken att det skulle komma att påverka informanterna avsevärt bedömdes ändå som liten i förhållande till de eventuella fördelarna det skulle kunna ge att ta del av andras erfarenheter och kunskaper.

## Metoddiskussion

För att visa på trovärdigheten i ett resultat bör en forskare enligt Granheim och Lundman (2017) vidta vissa åtgärder. Trovärdigheten påverkas av den förförståelse som forskaren har och den

kan påverka tolkningar av materialet men samtidigt ge forskaren en djupare förståelse. För att bedöma trovärdigheten kan bedömningar göras utifrån följande fyra begrepp: *giltighet*, *tillförlitlighet*, *delaktighet* och *överförbarhet* (a.a.).

*Giltighet:* För att ett resultat ska kunna anses som giltigt bör det finnas data som täcker tillräcklig variation i materialet (Graneheim & Lundman, 2017). Det kan därför ses som en styrka att uppsatsförfattarna undersökt två yrkeskategorier, med anledning av att det framförallt var dessa två som kunde tänkas möta kvinnor med ökad RD efter graviditet. Författarna ansåg även att det var en styrka att informanterna kom från olika städer runt om i Mellansverige, vilket innebar att dessa kom från olika landsting och det gav variation i materialet. En förhoppning var även att uppnå en bredd i ålder, år i yrket och kön hos informanterna med blandade erfarenheter och kunskaper inom ämnet. Fokusgrupper skapar en annan dynamik än enskilda intervjuer och olika erfarenheter och åsikter inspirerar och stimulerar till diskussion (Graneheim & Lundman, 2017). Individuella intervjuer hade möjligen resulterat i mindre fördjupning av informanternas erfarenheter, eftersom diskussioner mellan deltagarna i grupperna fördjupade och utvecklade ämnen vidare när fokusgruppsdeltagarna interagerade med varandra. Informanterna ställde frågor till varandra och kunde således även lära av varandra, vilket gav möjlighet till ett interprofessionellt lärande. Vidare genom att beskriva urval och analysprocess samt komplettera resultat med citat ges en möjlighet för läsaren att avgöra giltigheten (Graneheim & Lundman, 2017). Uppsatsförfattarna har valt att presentera citat som styrkte det som framkom under fokusgrupperna för att ge liv till texten och visa på giltigheten i materialet. Citaten presenterades från flera olika deltagare för att belysa olika åsikter, dock fanns det en informant som upprepade gånger i det transkriberade materialet utmärkte sig genom beskrivande och välformulerade ord. Denne persons åsikter avvek inte från övriga deltagare men det skulle för läsaren av denna uppsats kunna uppfattas som att hans överrepresenterade citat bara belyste en individuell vinkling. Författarna vill betona att så inte var fallet.

*Tillförlitlighet:* Val av design och metod utgör en styrka. Kvalitativ design gav ett mer innehållsrikt och talande resultat än vad en kvantitativ metod hade kunnat ge. Genom att författarna gemensamt analyserat material, diskuterat och reflekterat över grupperingar och kategoriseringar ökar tillförlitligheten i resultatet samt att en noggrann analysprocess presenterats (Malterud, 2014). En svaghet är småskaligheten i kvalitativ forskning och uppsatsförfattarna kan inte tala om en uppnådd mättnad då begreppet talar för en slutgiltig

beskrivning som inte kan ges (a. a.). Författarna valde att låta sig inspireras av Malteruds (2012) analysmetod systematisk textkondensering som innefattade dekontextualisering (bryta ner en text under analysen) och rekontextualisering (jämföra det framkomna i analysen med originaltexten). Enligt Malterud (2014) är hennes analysmetod lämpad för nybörjare inom forskning samt att den uppfattades av uppsatsförfattarna som lätt att förstå och arbeta med. Metoden passande sig även för en analys som i föreliggande uppsats, då syftet var att analysera vad som sades istället för som i andra likande analysmetoder även tolka in undermeningar i vad sägs, vilket kan ses både som en svaghet och en styrka.

*Delaktighet:* Författarna har varit medvetna om sin delaktighet under analysen genom att medvetandegöra sin förförståelse. Malterud (2014) beskriver att identifiering av mönster i material är en sorts tolkning av forskaren och influeras av dennes bakgrund. Därför är det av vikt att forskaren är medveten om sin förförståelse och sitt förhållningssätt till forskningen som utförs. Förförståelsen kan riskera att inverka på datainsamlingen och analysen om forskaren har svårt att lägga tidigare erfarenheter och hypoteser åt sidan och riskerar då att inte låta sig läras av det insamlade materialet. Genom att istället medvetandegöra sin förförståelse kan den istället fungera drivande och närande till projektet (a.a.). En viss förförståelse för ämnet fanns hos en av författarna då denne sedan tidigare har arbetat med identifiering och träning för kvinnor med ökad RD efter graviditet. Den andra författaren hade ingen erfarenhet eller större kunskap om ämnet sedan tidigare. Med vetskapen om att det fanns en risk för ena författaren att vara influerad i tidigare tankebanor gällande ökad RD har särskilt stor vikt lagts vid att eftersträva en så neutral och sanningsenlig analys som möjligt. Det kan dock också ses som en styrka att det fanns en förförståelse hos en av författarna då denne hade insyn och förståelse för fenomenet samt att det kunde balanseras upp av den andre författarens nya introduktion till ämnet.

*Överförbarhet:* Det handlar om huruvida resultatet är överförbart till en annan befolkning, kön osv. Läsaren kan själv avgöra överförbarheten i ett resultat genom att forskaren redogör för vilka förutsättningar som finns för det. Resultatet gav en betydelsefull inblick i hur barnmorskor och fysioterapeuter såg på sin kunskap och yrkesroll i mötet med kvinnor med ökad RD efter graviditet i Sverige och kan överföras till liknande kontext.

## **Slutsats**

Barnmorskor och fysioterapeuter möter allt fler kvinnor med frågor om magmuskeldelning idag jämfört med tidigare. Fysiska förändringar på kroppen efter en graviditet såsom ökad RD verkar kunna ge både fysiska och psykiska besvär. I och med att informanterna upplevde låg erfarenhet av och stor kunskapsbrist gällande fenomenet ökad RD kan det påverka mötet och omhändertagandet av kvinnan negativt. Det fanns en önskan om nationella riktlinjer och ett bättre utvecklat samarbete mellan professionerna. Ett interprofessionellt samarbete mellan barnmorskor och fysioterapeuter behövs för att kunna optimera en god- och säker kvinnocentrerad vård samt att implementering av riktlinjer skulle innebära en trygghet för vårdpersonal och en jämlikare vård som i sin tur skulle kunna öka patientsäkerheten.

## **Klinisk tillämpbarhet**

Föreliggande studie beskriver ett behov av samarbete mellan barnmorskor och fysioterapeuter för att kunna optimera vården för kvinnor med ökad RD. Arbetsplatser kan behöva satsa på interprofessionell utbildning för att öka den interprofessionella kompetensen hos medarbetarna. Det innebär att göra sig införstådd med andra yrkens kompetenser för att kunna lära av varandra samt att nyttja resurserna i teamsamverkan för att möta kvinnors behov på bästa möjliga vis med en säker och god vård. Studien kanske också kan inspirera till att utforma riktlinjer som grundar sig på mer omfattande forskning för att främja ett bättre omhändertagande av kvinnor med ökad RD efter graviditet.

## **Förslag till fortsatta studier**

Uppsatsförfattarna upplever att forskning kring ökad RD i stort är begränsad och i synnerhet ur kvinnans perspektiv. Genom media och socialmedia har kvinnor uttryckt ett bristande bemötande kring ökad RD. Ytterligare forskning som berör kvinnors upplevelser av att leva med ökad RD samt hur de upplever bemötandet i sjukvården är angeläget att studera och undersöks i skrivandets stund som en delstudie till detta projekt. Vidare forskning kring dessa ämnen skulle kunna gynna både mötet mellan vårdpersonal och patient samt behandling av kvinnor med ökad RD.

## Referenser

- Antheunis, M. L., Tate, K., & Nieboer, T. E. (2013). Patients' and health professionals' use of social media in health care: Motives, barriers and expectations. *Patient Education and Counselling*, 92(3), 426-431. doi: <http://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.020>
- Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P., Östman, M., Sektionen för hälsa & Blekinge Tekniska Högskola. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 514-522. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00743.x>
- Beer, G. M., Schuster, A., Seifert, B., Manestar, M., Mihic-Probst, D., & Weber, S. A. (2009). The normal width of the linea alba in nulliparous women. *Clinical Anatomy (New York, N.Y.)*, 22(6), 706-711. doi: <http://doi.org/10.1002/ca.20836>
- Benjamin, D. R., van de Water, A. T. M., & Peiris, C. L. (2013;2014;). Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: A systematic review. *Physiotherapy*, 100(1), 1-8. doi: <http://doi.org/10.1016/j.physio.2013.08.005>
- Bø, K., Hilde, G., Tennfjord, M. K., Sperstad, J. B., & Engh, M. E. (2017). Pelvic floor muscle function, pelvic floor dysfunction and diastasis recti abdominis: Prospective cohort study. *Neurourology and Urodynamics*, 36(3), 716-721. doi: <http://doi.org/10.1002/nau.23005>
- Coldron, Y., Stokes, M. J., Newham, D. J., & Cook, K. (2006;2008;). Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging. *Manual Therapy*, 13(2), 112-121. doi: <http://doi.org/10.1016/j.math.2006.10.001>
- Döpp, C. M. E., Graff, M. J. L., Rikkert, M. G., Sanden, M. W., & Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2013). Determinants for the effectiveness of implementing an occupational therapy intervention in routine dementia care. *Implementation Science*, 8(1), 131. doi: <http://doi.org/10.1186/1748-5908-8-131>
- Elden, E. (2017). Bäckensmärta i samband med graviditet. I Lindgren H., Christensson, K. & Dykes, Ak-K. (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s. 393-398). Lund: Studentlitteratur.
- Gilleard, W. L., & J Mark M Brown. (1996). Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate postbirth period. *Physical Therapy*, 76(7), 750-762. doi: <http://doi.org/10.1093/ptj/76.7.750>
- Granheim, U. H. & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

Han, S., Brewis, A. A., & Wutich, A. (2016). Body image mediates the depressive effects of weight gain in new mothers, particularly for women already obese: Evidence from the Norwegian mother and child cohort study. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-10. doi: <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3363-8>

Heatley, M., & Kruske, S. (2011). Defining collaboration in Australian maternity care. *Women and Birth*, *24*(2), 53-57. doi: <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.02.002>

International Confederation of Midwives (ICM). (2014). Etiska internationella koden för barnmorskor. Hämtad 2018-05-18 från [https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf)

Keleher, K. C. (1998). Collaborative practice. characteristics, barriers, benefits, and implications for midwifery. *Journal of Nurse-Midwifery*, *43*(1), 8-11. doi: [http://doi.org/10.1016/S0091-2182\(97\)00115-8](http://doi.org/10.1016/S0091-2182(97)00115-8)

Keshwani, N., Mathur, S. & McLean, L. (2018). Relationship between interrectus distance and symptom severity in women with diastasis recti abdominis in the early postpartum period. *Physical Therapy*, *98*(3), 182-190. doi: <http://doi.org/10.1093/ptj/pzx117>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Lo, T., Candido, G. & Janssen, P. (1999). Diastasis of recti abdominis in pregnancy: risk factors and treatment. *Physiotherapy Canada*. (51)32-37. [https://www.researchgate.net/publication/285872235\\_Diastasis\\_of\\_the\\_recti\\_abdominis\\_in\\_pregnancy\\_Risk\\_factors\\_and\\_treatment](https://www.researchgate.net/publication/285872235_Diastasis_of_the_recti_abdominis_in_pregnancy_Risk_factors_and_treatment)

Lundström, K. Illustration rectusdiastas samt en ökad rectusdiastas efter graviditet. Region Örebro län.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, (40)795-805. doi: <http://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion* (3., [uppdaterade] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *19*(4), 381-387. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x>

Parker, M. A., Millar, L. A. & Dugan, S. A. (2009). Diastasis Rectus Abdominis and Lumbo-Pelvic Pain and Dysfunction-Are They Related? *Journal of Women's Health Physical Therapy*. 33(2), 15-22.

[https://journals.lww.com/jwhpt/Abstract/2009/33020/Diastasis\\_Rectus\\_Abdominis\\_and\\_Lumbo\\_Pelvic\\_Pain.3.aspx](https://journals.lww.com/jwhpt/Abstract/2009/33020/Diastasis_Rectus_Abdominis_and_Lumbo_Pelvic_Pain.3.aspx)

Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Hämtad från Riksdagens webbplats:

[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.

Hämtad 2018-05-18 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Spitznagle, T., Leong, F. & Van Dillen, L. (2007) Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *International Urogynecology Journal*. (18), 321-328.

doi: <http://doi.org/10.1007/s00192-006-0143-5>

Turan, V., Colluoglu, C., Turkyilmaz, E. & Korucuoglu, U. (2011). Prevalence of diastasis recti abdominis in the population of young multiparous adults in Turkey. *Ginekologia Polska*.

(82)817-821. [https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_polska/article/view/46265/33053](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46265/33053)

Upton, D., & Upton, P. (2006). Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. *Journal of Allied Health*, 35(3), 127-33.

[https://www.researchgate.net/publication/6758047\\_Knowledge\\_and\\_use\\_of\\_Evidence-based\\_practice\\_by\\_Allied\\_Health\\_and\\_Health\\_Science\\_professionals\\_in\\_the\\_United\\_Kingdom](https://www.researchgate.net/publication/6758047_Knowledge_and_use_of_Evidence-based_practice_by_Allied_Health_and_Health_Science_professionals_in_the_United_Kingdom)

Vetenskapsrådet. (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wibeck, W. (2010) *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.



## Bilaga 1. Informationsbrev

Hej,

Vi är två barnmorskestudenter, Chantal Persson och Madeleine Fåhraeus, som ska skriva magisteruppsats under våren 2018. Vi vill undersöka vad barnmorskor har för kunskap, erfarenhet och upplevelse av att möta kvinnor med rectusdiastas (magnuskeldelning) efter graviditet och hur barnmorskor eventuellt samarbetar med andra professioner.

Vi handleds av forskarna Catharina Gustavsson (fysioterapeut) och Martin Eriksson Crommert (sjukgymnast) som har ett pågående forskningsprojekt med flera delstudier inom detta område varav ett vi som barnmorskestudenter kommer att medverka i.

Det har tidigare gått ut en inbjudan till barnmorskor och fysioterapeuter/sjukgymnaster om deltagande i studien i form av intervjuer i fokusgrupper som kommer hållas under februari/mars 2018. Responsen från barnmorskornas sida har varit låg, därför skickar vi denna förfrågan och vädjan om deltagande för att lyfta detta aktuella och viktiga ämne för att framöver förhoppningsvis kunna möta dessa kvinnor med mer kunskap och stöd.

Din medverkan är av stor betydelse för vår uppsats oavsett tidigare erfarenhet. Vi vill prata både med dig som anser dig ha stor eller liten kunskap och erfarenhet av begreppet rectusdiastas. Det är viktigt för resultatet att vi intervjuar vårdpersonal med blandat kunnande.

Mer information från forskarna om studien finns bifogat i separat dokument.

Kan Du tänka dig att delta? Mejla då till [ufcadmin@regionorebrolan.se](mailto:ufcadmin@regionorebrolan.se)

Vid frågor går det även bra att ta kontakt med oss barnmorskestudenter, se mejl nedan.

Med vänliga hälsningar

Chantal Persson, barnmorskestudent Högsolan Dalarna  
Landstinget Dalarna  
[h17cpers@du.se](mailto:h17cpers@du.se)

Madeleine Fåhraeus, barnmorskestudent Högsolan Dalarna  
Landstinget Dalarna  
[madeleine.fahraeus@ltdalarna.se](mailto:madeleine.fahraeus@ltdalarna.se)

Hej,

Det har blivit ett allt större intresse medialt och i sociala medier angående råd och träning efter graviditet. Framför allt i relation till rectusdiastas ("delade magmuskler"). Vi genomför ett forskningsprojekt där vi försöker få en bättre uppfattning om just fenomenet rectusdiastas. Dels ur ett medicinskt perspektiv där vi undersöker hur olika fysiska och psykologiska faktorer hänger samman med diastas, men också genom att intervjua drabbade kvinnor. En ytterligare del i detta projekt är att vi gärna vill veta hur ni som träffar dessa kvinnor inom hälso- och sjukvården tänker kring omhändertagande och behandling.

Detta kommer att ske i form av fokusgruppsintervjuer vilket innebär att grupper, bestående av 5-6 personer, träffas tillsammans med två av oss i projektgruppen och samtalar kring de här frågorna i ca 45 min till 1 h. Det är viktigt att påpeka att samtalen inte är någon form av utvärdering av någons insats eller bedömning av vad som är rätt och fel i det här sammanhanget utan endast en möjlighet att få delge sina upplevelser samtidigt som man får ta del av kollegors erfarenheter. Samtalen kommer att ske under februari och mars månad i Falun och/eller Borlänge.

Tycker du det låter intressant? Skicka då ett mail till: [ufcadmin@regionorebrolan.se](mailto:ufcadmin@regionorebrolan.se), gärna innan fredagen 19/1, och ange namn, yrke, arbetsplats och en grov uppskattning av hur många kvinnor med rectusdiastas du träffar, t.ex. 1 var fjortonde dag. Denna information behövs för att sätta ihop grupperna lite lättare. Det finns inget krav att man har träffat ett visst antal kvinnor med rectusdiastas för att vara med utan vi vill gärna att alla som är intresserade hör av sig. Beroende på intresse kanske inte alla kan erbjudas plats vid samtalen men vi kommer att höra av oss med besked till samtliga som visar intresse.

Vänliga hälsningar

Martin Eriksson Crommert, sjukgymnast, med dr  
Olaus Petri vårdcentral/Universitetssjukvårdens forskningscentrum  
Region Örebro län

Catharina Gustavsson, fysioterapeut, med dr  
Jakobsgårdarna vårdcentral/Centrum för klinisk forskning  
Landstinget Dalarna

Karolina Petrov Fieril, sjukgymnast, med dr  
Fysioterapimottagningen Gripen  
Landstinget i Värmland

## Bilaga 2. Intervjuguide, delstudie 3

Inledning: Syftet med det övergripande projektet där den här fokusgruppsintervjun ingår är att bättre förstå fenomenet med rectusdiastas efter graviditet. I den här intervjun är jag intresserad av att ta del av era upplevelser, erfarenheter och tankar i ett relativt brett perspektiv relaterat till att möta kvinnor med rectusdiastas och ge råd eller behandla dessa kvinnor för eventuella besvär relaterade till rectusdiastasen.

Jag kommer att agera moderator idag vilket innebär att jag kommer att sätta igång samtalet i gruppen. Jag vill att ni känner att allas röst är lika mycket värd när ni samtalar och att ni ska kunna prata öppet utan att filtrera det ni säger. Det är bland annat därför som ni i samtycket skrev under på att inte föra vidare information från idag rörande specifika individer i gruppen. Min kollega kommer att vara en s.k. bisittare, vilket innebär att hon i stort sett ska vara passiv under samtalet men ha möjlighet att fånga upp och fråga efter eventuella trådar som vi andra kanske missat under tiden vi samtalat. Intervjun kommer att spelas in på band så att jag ska kunna koncentrera mig samtalet och inte behöva ta anteckningar och den beräknas ta mellan 30 och 60 minuter. Intervjun kommer efteråt skrivas ut i text och då kommer alla namn som nämns tas bort. Alla uppgifter i vårt material som kan kopplas till er som individer kommer att tas bort och ersättas med en kod. Kodnyckeln kommer att förvaras inlåst och åtskilt från bandinspelningarna och utskriften. Detta görs för att alla ska vara säkra på att det inte ska gå att känna igen någon individ eller koppla något svar till någon individ när vi presenterar resultaten. Ni har innan denna intervju fått skriftlig information om studien och gett ert skriftliga samtycke till att delta, stämmer det? (Invänta svar från informanterna) Om någon under intervjun vill avbryta eller ta en paus, så säger ni bara till. Har någon några frågor innan vi börjar?

- Berätta om när ni första gången kom i kontakt med rectus diastas
- Upplever ni att kvinnor som fött barn kontaktar er specifikt för att de har rectus diastas?  
- Om ej vanligt, hur brukar det komma upp? Kvinnorna själv eller ni som frågar efter det?
- Hur upplever ni er egen kunskap när det kommer till att råda och behandla kvinnor med rectus diastas?
- Var har ni fått er kunskap ifrån?  
- Vilken kunskap saknar ni?
- Hur upplever ni att media t.ex. bloggar och träningsappar påverkar kvinnor med rectus diastas?
- Hur upplever ni att rectus diastas hör ihop med andra symtom?  
- Finns det symtom av annan karaktär?
- Hur viktigt problem anser ni att rectus diastas efter förlossning är?

*(Frågeguide utformad av Martin Eriksson Crommert och Catharina Gustavsson)*

## Bilaga 3. Exempel från analysprocessen

En tabell över framtagande av subgrupper med hjälp av koder och kodgrupper.

KODGRUPP	SUBGRUPP	KODER
ÖKAD MEDVETENHET KRING KROPPEN I DAGENS SAMHÄLLE <i>ELLER</i> DAGENS SAMHÄLLE OCH DESS PÅVERKAN PÅ KROPPSMEDVETENHETEN		-Informanternas syn på den ökade <i>medvetenheten idag</i> jämfört med <i>förr</i> . - <i>Kvinnor efterfrågar</i> mer information om RD. - <i>Kvinnofällan</i> . Hur informanterna pratar om kvinnofällan. - <i>Överträning</i> . Informanternas reflektioner på för tidig och intensiv träning postpartum. - <i>Medias inflytande</i> på samhället och medvetenheten. - <i>Socioekonomiska skillnader/kultur</i> och dess påverkan på medvetenheten.
PROFESSIONERNAS SYN PÅ RELATERADE BESVÄR		- <i>Besvär?</i> Åsikter huruvida RD är ett problem eller inte.  - <i>Fysiska</i> . - <i>Psykiska</i> . -RD, <i>primär eller sekundär kontaktorsak</i> .
PROFESSIONERNAS KUNSKAP OM RECTUSDIASTAS		- <i>Akademisk utbildning</i> . Otillräcklig kunskap i sin utbildning angående RD. - <i>Okunskap</i> . Bristen på kunskap kring RD hos informanterna. - <i>Inhämtad information</i> . Var informanterna fick sin nuvarande kunskap ifrån. - Kunskap inhämtat pga. ett <i>Eget intresse</i> att arbeta med RD.
ANSVAR OCH YRKESROLL		-Hur <i>professionerna arbetar</i> - <i>Fysioterapeuternas syn</i> på sin respektive barnmorskans roll - <i>Barnmorskornas syn</i> på sin respektive fysioterapeuternas roll  - <i>Samarbete</i> . Önskan om ett samarbete mellan professionerna. - <i>Forskning</i> . Skyldigheten att arbeta evidensbaserat och bristen på forskning. - <i>Riktlinjer</i> . Önskan om tydliga riktlinjer att arbeta utifrån. - <i>Organisation</i> . Stöd och motstånd på arbetsplatsen.

## **Bilaga 4. Information till informanterna i studien**

### **Information till dig som är intresserad av att delta i studien "Hur hänger det ihop?" Delstudie 3**

#### **Syfte**

Syftet med detta projekt, som totalt består av tre olika delstudier, är att öka kunskapen kring fenomenet med rectusdiastas efter förlossning. Specifikt för denna delstudie (delstudie 3) är att öka förståelsen för hur vårdpersonal (barnmorskor och fysioterapeuter i primärvården) som träffar kvinnor med rectusdiastas upplever omhändertagandet och behandlingen av dessa kvinnor.

#### **Förfrågan om deltagande**

Utifrån att du uttryckt intresse via svaret på det mail som projektgruppen skickat ut tidigare kontaktas du härmed angående deltagande i denna delstudie som är en del i ett större projekt. De övriga delstudierna i projektet är riktade mot kvinnor med rectusdiastas.

#### **Hur går studien till?**

Ett deltagande innebär att man är med i en fokusgruppsintervju. Då deltar man i ett gruppsamtal med 4-5 andra individer som leds av projektansvarig forskare Martin Eriksson Crommert och en ytterligare forskare i projektgruppen. Intervjuerna beräknas ta ca 60 min och de kommer att bandinspelas, för att kunna analyseras i efterhand.

#### **Vilka är nackdelarna med deltagande?**

Det finns inga kända nackdelar med att delta i denna studie.

#### **Finns det några fördelar?**

Genom att delta bidrar du med dina erfarenheter vilket hjälper oss att få en djupare förståelse för omhändertagandet och behandlingen av kvinnor med rectusdiastas efter förlossning. Du kommer också att få ta del av andra personers erfarenheter och på så sätt bredda/fördjupa ditt eget förhållningssätt till kvinnor med rectusdiastas.

#### **Hantering av data och sekretess**

Det som kommer upp i fokusgruppsintervjun kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det. Bandinspelningarna från intervjun kommer att skrivas ut i sin helhet och eventuella namn tas bort ur texten. Inspelade band och utskrivna intervjuer kodas och kodnyckeln kommer

att förvaras inlåst i kassaskåp separat från övrigt material. Det kommer inte att utifrån publicerade resultat gå att identifiera enskilda individer. Inga personuppgifter kommer att sparas.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Resultaten kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter och presenteras vid vetenskapliga konferenser. Du är även välkommen att höra av dig till projektansvarig forskare Martin Eriksson Crommert (se kontaktuppgifter nedan) om du är intresserad av att få ta del av studiens resultat.

### **Frivillighet**

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att känna tvång att motivera ditt ställningstagande.

Om du har några frågor, tveka inte att höra av dig till någon av oss.

Vänliga hälsningar,  
Martin Eriksson Crommert  
Universitetssjukvårdens forskningscentrum  
Region Örebro län

Medverkande forskare i projektet:

Martin Eriksson Crommert, leg sjukgymnast,  
med dr  
Universitetssjukvårdens forskningscentrum  
Region Örebro län  
Box 1613  
701 16 Örebro  
Tel: 019-602 57 85  
E-post: [martin.eriksson-  
crommert@regionorebrolan.se](mailto:martin.eriksson-crommert@regionorebrolan.se)

Catharina Gustavsson, leg fysioterapeut,  
med dr  
Centrum för klinisk forskning  
Landstinget Dalarna  
Box 712  
791 29 Falun  
e-post: [catharina.gustavsson@ltdalarna.se](mailto:catharina.gustavsson@ltdalarna.se)

Karolina Petrov Fieril, leg sjukgymnast, med dr  
Fysioterapimottagningen vårdcentralen  
Gripen  
Landstinget i Värmland

Ida Flink, leg psykolog, docent  
Institutionen för juridik, psykologi och  
socialt arbete  
Örebro universitet

## Bilaga 5. Samtyckeformulär

### SAMTYCKE – Delstudie 3

Jag har muntligen och skriftligen informerats om det aktuella forskningsprojektet "Hur hänger det ihop? Förhållandet mellan en delning av magmusklerna efter graviditet och muskelfunktion, samt kvinnors och vårdpersonals upplevelse av att ha och att behandla detta fenomen." Jag har även givits tillfälle att ställa frågor.

Genom min underskrift samtycker jag till:

- Att delta i delstudie 3 av ovanstående projekt där jag tillsammans med 5-6 andra blir intervjuad i grupp angående mina erfarenheter av att utifrån mitt yrke träffa och ge råd/behandla kvinnor med rectusdiastas.
- Att mina personuppgifter behandlas så som beskrivits i informationsbrevet
- Att inte föra vidare information från samtalet idag som gör att någon individ i gruppen kan identifieras.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt samt att jag när som helst och utan att ange orsak kan avbryta mitt deltagande utan att det påverkar relationen med projektansvariga.

---

Forskningspersonens underskrift

---

Ort och Datum

---

Namnförtydligande

Jag har förklarat studiens upplägg och syfte för ovanstående forskningsperson

---

Kontaktperson

---

Ort och datum