

Kandidatnummer: 10066

Kandidatnummer: 10006

## **Fysioterapeutens fremgangsmåte i møte med kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet**

The physiotherapist's approach to women with postpartum pelvic girdle pain

Bacheloroppgave i Fysioterapi

Desember 2022



Kandidatnummer: 10066

Kandidatnummer: 10006

# **Fysioterapeutens fremgangsmåte i møte med kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet**

The physiotherapist's approach to women with postpartum pelvic girdle pain

Bacheloroppgave i Fysioterapi  
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



# **Sammendrag**

## **Hensikt**

Denne oppgaven har til hensikt å vie oppmerksomhet til kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet, og få dypere innsikt i viktige elementer fysioterapeuten har med i tilnærmingen til pasientgruppen.

## **Problemstilling**

*«Hva er de viktigste elementene som bør inngå i fysioterapeutens møte med kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet?»*

## **Metode**

En kvalitativ metode basert på fire semistrukturerte kvalitative intervju ble brukt til å skrive denne oppgaven. Informantene er norske fysioterapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsplager. Intervjuene ble gjennomført både fysisk og digitalt, og det ble tatt notater underveis. Dataene ble analysert med bakgrunn i Malterud (2011) sin analysemetode: systematisk tekstkondensering.

## **Resultat**

Resultatene viser at kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet er en pasientgruppe som ofte kan kjennetegnes med sammensatte psykososiale faktorer. Disse faktorene vil kunne forverre eller opprettholde smertene. Derfor vektlegger informantene aspekter som trygging, økt helsekompetanse, hverdagsmestring og større kroppsbevissthet i tilnærmingen av pasientgruppen. Videre uttrykket informantene at en grundig kartlegging er avgjørende for optimal tilnærming. Avslutningsvis kom det frem at kunnskapen om bekkenleddsplager generelt er lav både blant helsepersonell og i befolkningen.

## **Konklusjon**

Vi fant tre viktige elementer for tilnærmingen til denne pasientgruppen, derav: skape en tillitsfull relasjon mellom terapeut og pasient, heve helsekompetansen hos pasienten og økt kroppsbevissthet. Det kom likevel frem at det finnes flere typer pasienter som vil kunne kreve forskjellige vektlegging av disse tre elementene. Hvor mye fokus de skal ha på hvert element kan bestemmes av hvilket aspekt i den biopsykososiale modellen som har størst betydning for plagene.

# **Abstract**

## **Purpose**

The purpose of this thesis is to highlight women with pelvic girdle pain after pregnancy, and to gain a deeper insight into important elements that the physiotherapist includes in the approach with this patient group.

## **Research question**

*«What are the most important elements that should be included in the physiotherapist's meeting with women with pelvic girdle pain after pregnancy?»*

## **Method**

A qualitative approach based on four semi-structured qualitative interviews was used to write this thesis. The informants are Norwegian physiotherapists with special expertise in pelvic girdle pain. The interviews were conducted both physically and digitally, and notes were taken along the way. The data was analyzed based on Malterud's (2017) analysis method: systematic text condensation.

## **Results**

The results show that women with pelvic girdle pain after pregnancy are a patient group that often can be characterized by complex psychosocial factors. Complex psychosocial factors may cause the pain to be unchanged or worsen. Therefore, the informants emphasize aspects such as , safety, increased health knowledge, coping with everyday life and greater body awareness in the approach of the patient group. Furthermore, the informants expressed that a thorough mapping is crucial for an optimal approach. Finally it appeared that the knowledge of pelvic girdle pain is generally low both among healthcare personnel and in the general population.

## **Conclusion**

We found three important elements for the approach to this patient group, hence: creating a trusting relationship between therapist and patient, raising the patient's health skills and increased body awareness. It nevertheless emerged that there are several types of patients who may require different emphasis on these three elements. How much focus they should have on each element can be determined by which aspect of the biopsychosocial model has the greatest significance for the pain.

## **Innhold**

Introduksjon .....	1
Tema og bakgrunn for oppgaven .....	1
Problemstilling og presisering.....	2
Begrepsavklaringer.....	3
Etiologi og patogenese .....	3
Tidligere forskning på området .....	4
Prinsipper for behandling av bekkenleddsplager ifølge forskningen.....	5
Generelle prinsipper .....	5
Spesifikke prinsipper.....	5
Metode.....	7
Kvalitativ metode .....	7
Utvalg .....	7
Rekruttering.....	8
Intervjuguide og gjennomføring.....	8
Analysestrategi .....	9
Etisk vurdering .....	9
Metoderefleksjon.....	10
Resultater.....	11
Bli tatt på alvor, helsekompetanse og trygging .....	11
Bli tatt på alvor.....	11
Øke helsekompetanse og trygging .....	12
Kroppsbevissthet og hverdagsmestring.....	13
Den spesielle kompetansen på bekkenleddsmerter .....	14
Viktigheten av kartleggingen .....	14
Spre kunnskapen om bekkenleddsplager .....	15
Diskusjon.....	17
Bli tatt på alvor, helsekompetanse og trygging .....	17
Bli tatt på alvor.....	17
Økt helsekompetanse og trygging .....	18
Kroppsbevissthet og hverdagsmestring.....	19
Den spesielle kompetansen på bekkenleddsmerter .....	21
Viktigheten av kartleggingen .....	21
En måte å systematisere kartleggingen på.....	22
Spre kunnskapen om bekkenleddsplager .....	25

Oppsummering av diskusjon.....	26
Konklusjon .....	28
Referanser.....	29
Vedlegg 1 - Informasjonsskriv .....	32
Vedlegg 2 - Intervjuguide.....	33
Vedlegg 3 - Samtykkeskjema.....	35



## Introduksjon

«Kvinner er ikke små menn» skriver Lone Omholt Lossius i Fysioterapeuten. Naturligvis er det forskjeller mellom mann og kvinne, men til tross for dette har kvinnehelsen både blitt neglisjert og forsket mindre på (Norske Kvinners Sanitetsforening, 2018, s. 48). Med manglende kunnskap og mindre fokus på det kvinnelige kjønn i større befolkningsstudier, er det ikke rart at kvinnelige problemer er mindre forstått. Kvinnehelse er et fagfelt med stort potensiale for utvikling og kompetanse der spesielt fysioterapeuten kan spille en viktig rolle (Lossius, 2022).

Faggruppen for kvinnehelse demonstrerte foran stortinget i april 2022 med mål om at mødre skal få bedre oppfølging i barseltiden. Ifølge fysioterapeut Ingeborg H. Brækken er det for få fysioterapeuter med kompetanse på området, og mange nybakte mødre får ikke den oppfølgingen de trenger i barseltiden (Eian, 2022). Barseltiden er en sårbar fase der kvinnekroppen kan ha behov for oppmerksomhet og oppfølging (Helsedirektoratet, 2014, s. 24). Ifølge Oslo Universitetssykehus er bekkenleddsmerter en relativt vanlig tilstand hos norske, gravide kvinner både under og etter svangerskapet. Til tross for at de fleste opplever spontan bedring etter fødsel, er det likevel flere som utvikler bekkenleddsmerter i barseltiden (Oslo universitetssykehus, 2020).

Det finnes evidens for at etiologien bak bekkenleddsmerter er multifaktoriell (Verstraete, Vanderstraeten, & Parewijck, 2013). Oppgaven vil derfor belyse viktigheten av å se pasienten i sin helhet gjennom den biopsykososiale modellen. Vi lurte på hva det er som skiller den allmenne fysioterapeuten fra fysioterapeuten med spesialkompetanse på bekkenleddsplager. Ved å dykke dypere inn i terapeutens tilnærming i møte med pasientgruppen, håper vi å kunne gi både den allmenne fysioterapeuten, annet helsepersonell og befolkningen generelt en bredere forståelse av hvordan bekkenleddsplager bør håndteres.

## Tema og bakgrunn for oppgaven

Etter å ha møtt noen av kvinnene som sliter med disse plagene i praksis, har vi innsett at vi har for lite kunnskap om pasientgruppen og deres plager. I tillegg ble vi inspirert av en tidligere bacheloroppgave som vektla mødres opplevelse av *«fysioterapeutens rolle i arbeidet med kvinner og barn på helsestasjonen»* (Norum & Sakshaug, 2022). Oppgaven belyste blant annet hvordan noen kvinner opplever lite fokus på oppfølging av plagene deres i etterkant av

fødsel på helsestasjon. Dette inspirerte oss til å undersøke temaet nærmere, samt hvilken tilnærming og behandling som er hensiktsmessig for kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet. Vi fant få studier som ble gjort om akkurat dette. Flere av disse var inkonklusive og mente det kreves mer forskning på området. Derfor ble vi nysgjerrige på å undersøke hva fysioterapeutene i Norge faktisk gjør i praksis. På bakgrunn av dette har vi valgt å basere oppgaven på kvalitative intervjuer, der vi snakker med fysioterapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsplager. Etter samtalene endret fokuset seg hovedsakelig til tilnærmingen, kartleggingen og hvordan dette påvirker behandlingsprosessen.

Hensikten med denne oppgaven er derfor å vie oppmerksomhet til kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet, og få dypere innsikt i viktige elementer fysioterapeuten har med i møte med denne pasientgruppen.

## **Problemstilling og presisering**

I denne bacheloroppgaven vil vi intervjuer norske fysioterapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsplager og høre om deres praksis ved bekkenleddsplager etter svangerskapet. Med spesialkompetanse, mener vi fysioterapeuter som er oppført på Norsk Fysioterapiforbund (NFF) sin liste over fysioterapeuter som har oppdatert kunnskap om og spesifikk kompetanse på bekkenleddsplager.

For å avgrense oppgaven, har vi valgt å kun inkludere bekkenleddsplager etter svangerskapet. Slik har vi kommet frem til problemstillingen:

*«Hva er de viktigste elementene som bør inngå i fysioterapeutens møte med kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet?»*

Med dette mener vi hvordan terapeuten tilnærmer seg pasienten. Tilnærming forstås som hvordan terapeuten forholder seg til pasienten, hvordan eller hva han kartlegger, samt hvilken innfallsvinkel han benytter seg av i behandlingsprosessen. Vi har begrenset oppgaven til å omhandle den første perioden av behandlingsprosessen. Varigheten på denne «første perioden» blir ikke definert i oppgaven, da den er individuell. Elementene som kommer frem kan gjelde for hele prosessen, men hvilke som kommer i fokus kan endre seg. Siden man ikke kan forutse om bekkenleddsplagene kommer til å bli langvarige, skiller vi ikke mellom langvarige og kortvarige bekkenleddsplager.

## Begrepsavklaringer

Bekkenleddsmerter, eller Pelvic Girdle Pain (PGP) er smerter lokalisert rundt bekkenet. Smertene kan affisere ett eller flere av bekkenleddene og nærliggende vev.

Bekkenleddsmerter kan oppleves med eller uten korsryggsmerter, men er ikke det samme som korsryggsmerter. Som oftest fører PGP til funksjonsproblemer som å stå, gå og sitte lenge (Vleeming, Albert, Ostgaard, Stuesson, & Stuge, 2008).

Postpartum Pelvic Girdle Pain (PP-PGP) er bekkenleddsmerter i tiden etter svangerskapet (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022). I oppgaven snakker vi om uspesifikke bekkenleddsmerter som ikke er av skader eller patologiske årsaker (Stuge, 2010; O'Sullivan & Beales, 2007).

Vi benytter både begrepet «bekkenleddsmerter» og «bekkenleddsplager». Når vi bruker begrepet bekkenleddsmerter, omhandler det de konkrete smertene tilstanden medfører. Ved bekkenleddsplager derimot, mener vi konsekvensene av smertene og hvordan de påvirker hele pasientbildet.

## Etiologi og patogenese

Patogenesen bak PP-PGP er et lite forstått fenomen. Foreløpig finnes det begrenset kunnskap om hvorfor noen kvinner utvikler smertene under svangerskap, mens andre utvikler dem i ettertid (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022).

Årsaken til PP-PGP er uklar, men antageligvis sammensatt av flere faktorer. Disse kan deriblant være psykososiale faktorer, hormonelle endringer, inflammatoriske eller biomekaniske faktorer (Stuge, 2019).

En mulig årsaksforklaring til PP-PGP kan ses i sammenheng med bekkenets biomekaniske sammensetning. I 2022 kom det ut nye retningslinjer for klinisk praksis ved bekkenleddsplager etter svangerskapet. De legger frem en klassifisering av PP-PGP basert på en slik biomekanisk årsaksforklaring. Bekkenet overfører kraft mellom overkroppen og underekstremitetene, samt mottar kraften fra underlaget via hoftene. Dette krever stabilitet i bekkenet. Tanken er at bekkenleddsmerter blant annet kan oppstå av en dysfunksjon av bekkenets stabilitetsevne. Denne stabiliteten sikres av både bekkenet og bekkenleddenes utforming, samt bindevev rundt og nærliggende muskulatur. Ved en dysfunksjon i ett eller flere av disse elementene, vil stabilitetsevnen bli svekket eller endret. Dette kan føre til

reduisert motorisk kontroll og muskelkraft. Fokuset i klassifiseringen baserer seg derfor på å identifisere slike eventuelle svekkelser i et eller flere av bekkenleddene. Hvor kommer dysfunksjonen fra av disse tre leddene vil kunne kreve forskjellige type behandlinger (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022).

## **Tidligere forskning på området**

Etter å ha lest artikler om PP-PGP, fant vi hovedsakelig studier basert på etiologi, risikofaktorer, erfaringer og effekt av behandlingstilnærminger. Siden vi ønsket å undersøke hvordan terapeuten bør håndtere PP-PGP, valgte vi å fokusere på artiklene om behandlingstilnærming. Vi fant fire aktuelle randomiserte kontrollerte studier (RCT) (Mens, Snijders, & Stam, 2000; Stuge, Lærum, Kirkesola, & Vøllestad, 2004; Bastiaenen, et al., 2006; Gutke, Sjødahl, & Oberg, 2010). Disse undersøkte effekten av stabiliserende øvelser involvert i behandlingen. De andre artiklene vi fant var oversiktsartikler som baserte seg på disse fire førstnevnte studiene (Ferreira & Albuquerque-SendiN, 2013; Almousa, Lampranidou, & Kitsoulis, 2018; Stuge, Holm, & Vøllestad, 2006; Stuge, 2019). Dette viser at det generelt har blitt gjort lite forskning, samt at det finnes lite nyere forskning på området.

Hovedfokuset har i flere år vært rettet mot stabiliserende øvelser. Studiene hadde likevel motstridende funn og var som oftest inkonklusive. Årsaken til denne uenigheten kan ligge i bruken av ulike intervensjonsmetoder. I metodekritikken til en av studiene kom det frem at årsaken til at det ikke ble noe funnet noe effekt, kunne ses i sammenheng med valg av deltakere i forhold til deres plager. Det ble ikke nøyaktig kartlagt hvilke utfordringer deltakerne hadde utover bekkenleddsmertene. Slik kan det anses at grundig kartlegging og individualisering er viktig i tilnærmingen til pasientgruppen.

En annen mulig feilkilde kan ligge i forskjellen av behandlingstilbud (Stuge, Lærum, Kirkesola, & Vøllestad, 2004). Den ene intervensjonsgruppen i Stuges studie hadde nemlig i tillegg til stabiliserende øvelser, fokus på kroppsbevissthet og mestring av hverdagsaktiviteter. Den andre gruppen hadde ingen av delene (Stuge, Lærum, Kirkesola, & Vøllestad, 2004). Dette tyder på at behandlingen for bekkenleddsplager uansett bør bestå av flere komponenter.

# **Prinsipper for behandling av bekkenleddsplager ifølge forskningen**

I denne delen ønsker vi å sammenfatte noen prinsipper fra litteratur og forskning som er interessant og relevant i forhold til oppgaven.

## *Generelle prinsipper*

### **Biopsykososial modell**

Ifølge dagens retningslinjer bør fysioterapeutens tilnærming basere seg på den biopsykososiale modellen. Både kartleggingen av pasientens situasjon og valg av behandling bør forstås i et biopsykososialt perspektiv. Til tross for at de mener det kreves mer forskning på viktigheten av biopsykososiale faktorer, er det økende evidens for at disse muligens har en større betydning for PP-PGP enn tidligere anslått (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022).

### **Kartlegging**

Dagens retningslinjer baserer årsaksforklaringen sin på biomekanisk grunnlag etter antall og hvilke bekkenledd som er affisert. De mener at affiseringen kan føre til svekkelse i bekkenets stabilitetsevne. Modellen deres baserer seg derfor på identifisering av disse ulike svekkelsene, som vil gi en retning på behandlingstilnærmingen. Likevel presiserer de viktigheten av at terapeuten vurderer flere faktorer, deriblant psykososiale aspekter, for å kunne bestemme riktig tilnærming og behandling (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022).

## *Spesifikke prinsipper*

### **Helsekompetanse**

Et betydningsfullt tiltak er å heve helsekompetansen til pasienten med kunnskapsbasert informasjon og trygging (Stuge, 2010). Informasjonen bør inkludere kunnskap om kvinnens helse etter svangerskapet, mekanismer ved bekkenleddsmerter og forståelse om tilstanden (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022).

### **Trygging**

Trygging kan gjøres ved å forklare om smertemekanismer og finne strategier for å redusere bevegelsesfrykt eller unngåelsesatferd (Aldabe, et al., 2022). Et annet fokus vil også være å gi ergonomiske råd og veiledning i hensiktsmessig kroppsbruk og gode hvilestillinger (Stuge,

2010). Tryggingen vil også oppfylles ved å hjelpe pasienten med å finne smertefrie mestringsstrategier for gjennomføring av hverdagsaktiviteter (Stuge, 2010; Stuge, 2019)

### **Øvelser og trening**

Fysisk aktivitet er vist å være effektivt for å redusere smerte og funksjonsproblemer i denne pasientgruppen (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022). Stuge mener at hvis det er funnet uhensiktsmessig motorisk kontroll, bør behandlingstilnærmingen fokusere på kroppsbevissthet og funksjonell trening. Det er tenkt at disse to elementene skal være med å bedre den kontrollen, slik at også funksjon og smerter forbedres. Hun anbefaler derfor å starte opptreningen med øvelser for bevisstgjøring og kontroll av bekkenet (Stuge, 2010).

Forutsetningen for at fysisk aktivitet gir positive resultater er at aktiviteten gjennomføres uten betydelige smerter (Stuge, 2019). Likevel handler det også om å akseptere og tilpasse seg smerten til en viss grad (Stuge & Bergland, 2011).

## **Metode**

I dette kapitlet presenteres kvalitativ metode for oppgaven, samt utvalg og rekruttering av deltakere. Videre beskrives analysestrategien og hvilke etiske hensyn som ble vurdert.

Kapittelet avsluttes med metodekritikk.

### **Kvalitativ metode**

Siden vi ikke fant tilstrekkelig forskning på området vi ønsket å fordype oss inn, valgte vi å hente kunnskapen hos fysioterapeuter gjennom deres praktiske erfaringer. Derfor var det naturlig å velge et kvalitativt intervju. En slik metode er godt egnet til å fremskaffe beskrivende informasjon og innsikt i erfaringer til informantene (Dalen, 2013, s. 13). Den muliggjør både å få beskrivelser og informantenes tanker rundt problematikken, samt deres erfaringer og opplevelser (Dalen, 2013, s. 15). Slik fikk vi hentet erfaringsbasert kunnskap, når forskningsbasert kunnskap ikke fantes i stor nok grad. Kvalitativ forskning egner seg godt til temaer med lite forskning fra før (Malterud, 2011, s. 29).

Denne metoden tillater en utvikling av forståelse av et fenomen. Hensikten med intervjuet er å få fordypende eller nye kunnskaper. Det forutsetter å ha en førforståelse av temaet som blir snakket om. Avslutningsvis beskrives og tolkes informasjonen. Dette gjøres både gjennom førforståelse og gjennom en mer teoretisk forståelse av fenomenet (Dalen, 2013, s. 17).

### **Utvalg**

Utvalget vårt består av fysioterapeuter fra ulike institusjoner. Dette er for at utvalget skal gi rom for variert og informasjonsrikt innhold slik at problemstillingen kan belyses fra ulike sider (Malterud, 2011, s. 56). Vi har basert utvalget vårt på strategisk utvelgelse. Det innebærer å velge ut personer man mener bærer på relevant erfaring innfor feltet (Malterud, 2011, s. 56). Informantene som ble valgt til å delta på intervju i denne oppgaven er oppført på NFF sin liste over terapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsplager. Alle har tatt kurs om bekkenleddsplager gjennom NFF. I tillegg har alle deltakere jobbet med kvinnehelse i flere år og møter kvinner med bekkenleddsplager nærmest hver dag. De har en genuin interesse for fagfeltet og deltatt på ulike kongresser og seminarer. Dette anser vi som viktige aspekter for å kunne drøfte problemstillingen opp mot materialet fra intervjuene.

## **Rekruttering**

I oppstarten av oppgaveskrivingen utformet vi et informasjonsskriv (Vedlegg 1) og et samtykkeskjema (Vedlegg 3). Informasjonsskrivet inneholder en kort beskrivelse av formålet med intervjuet, praktisk gjennomføring og hva det innebærer å takke ja til intervjuet. Rekrutteringsprosessen foregikk som snøballutvelgelse (Malterud, 2011). Strategien vi brukte var å kontakte informanter via NFF sin liste over terapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsplager. Vi kontaktet først kun deltakere fra Trøndelag over mail. Siden vi først bare fikk et positivt svar, valgte vi å utvide rekrutteringen til å inkludere hele Norge. Totalt fikk vi seks positive svar. På grunn av tidsmangel, valgte vi å inkludere de fem første som svarte oss. Det første intervjuet ble brukt som pilotintervju.

## **Intervjuguide og gjennomføring**

Før gjennomføringen av intervjuene, utarbeidet vi en intervjuguide (Vedlegg 2) som skulle sikre at alle våre forhåndsbestemte temaer skulle bli dekket. Vi valgte en semistrukturert intervjuform. På den måten hadde vi ett sett med felles hovedspørsmål til alle deltakere, og noen oppfølgende spørsmål vi kunne stille ved behov. (Malterud, 2011, s. 129). Det å stille åpne spørsmål med oppfølgingsspørsmål gir rom for uforventet svar og uforutsette forståelser, samtidig som det er mulig å styre samtalen tilbake til det fokuset vi er ute etter (Malterud, 2011, s. 130). Da vi utarbeidet spørsmålene, spurte vi oss selv om hva vi ville vite om det temaet og hvordan det var nyttig til å besvare problemstillingen. Vi startet med bakgrunnsspørsmål om fysioterapeuten før vi gikk videre til tre temaer som vi hadde valgt å fokusere på. For å avslutte intervjuet, stilte vi et bredt og avsluttende spørsmål for å høre om informanten ønsket å tilføye noe mer (Dalen, 2013, s. 27).

Vi startet med et pilotintervju for å teste ut intervjuguiden. Dette ble gjennomført med en aktuell informant. På den måten fikk vi en realistisk tilbakemelding på hvor god guiden var ved å se reaksjonen til informanten og hva slags svar vi kunne forvente. I tillegg var det en måte å teste oss selv i rollen som intervjuer og skribent.

Deretter intervjuet vi fire fysioterapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsplager i oktober og november 2022. For å unngå å påvirke svarene til informantene, fikk de ikke se intervjuguiden i forkant. De ble derimot informert om problemstillingen og hensikten med oppgaven. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til fysioterapeutene eller på zoom og tok mellom 40 til 50 minutter. En av oss stilte spørsmål og den andre skrev referat. Ingen



lydopptak ble tatt. Renskrivning av referatet ble gjort rett etter hvert intervju for å ha informasjonen så fersk som mulig.

## **Analysestrategi**

Hensikten med analysen er å organisere, fortolke og sammenfatte dataene som ble samlet inn (Malterud, 2011, s. 91). Analysen av kvalitative data kan gjøres på flere måter. Vi valgte å bruke en tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering. Denne analyseprosedyren egner seg nemlig for å sammenfatte informasjon fra flere informanter og utvikling av beskrivelser, slik oppgaven vår skal (Malterud, 2011, s. 98). Dette gjennomføres i fire trinn.

Det første trinnet består av å bli kjent med dataene og få en oversikt over hele innholdet. Vi leste gjennom hele transkripsjonen hver for oss og noterte noen foreløpige temaer som vekket vår oppmerksomhet (Malterud, 2011, ss. 98-99).

Andre trinn handler om å selektere de data som er relevant i forhold til problemstillingen (meningsbærende enheter) og å organisere de i temaene som ble funnet i første trinn (Malterud, 2011, s. 100). Dette trinnet var en prosess der vi overveide og valgte hvor disse meningsbærende enhetene skulle, og om temaene måtte endres eller omformes. Temaene som blir utarbeidet kalles for kodegrupper (Malterud, 2011, s. 102).

Tredje trinn skal gi innholdet i kodegruppene mening. For dette sammenfattet og tolket vi de meningsbærende enhetene. I tillegg førte det til at noen kodegrupper måtte samles, omgjøres eller slettes. Slik fremkom de endelige kategoriene vi presenterte i resultatdelen (Malterud, 2011, s. 105).

I fjerde og siste trinn samlet vi bitene i hver kodegruppe sammen, slik at vi fikk frem hva materialet fortalte (Malterud, 2011, s. 107).

## **Etisk vurdering**

Vi overholdt de etiske retningslinjene for forskere gjennom hele prosessen, med hensikt i å forhindre at sensitiv informasjon skulle komme på avveie (Dalen, 2013, s. 100). Deltakelse i dette intervjuet innebar blant annet å signere et informert samtykke. På den måten var deltakerne klar over at deltakelsen var basert på frivillighet og anonymisering. I tillegg var de selv pliktet til å opprettholde taushetsplikten sin.

## Metoderefleksjon

Denne oppgaven prøver blant annet å få tak i terapeutens erfaringsbaserte kunnskap. Dette er kompetanse som er vanskelig å måle kvantitativt, der informantenes meninger, observasjoner og tanker står sentralt. Derfor anser vi avgjørelsen om å bruke kvalitativ metode som et godt valg for dette temaet. Likevel er utvalget snevert, og forskningsresultatene kan ikke generaliseres. Til tross for dette, er det ikke usannsynlig at flere fysioterapeuter kan ha liknende erfaringer og betraktninger rundt temaet, da flere av utsagnene til informantene samstemte.

Ingen av oss hadde gjennomført et intervju tidligere. Dette er noe som kan ha påvirket datainnsamlingen i form av svekket kvalitet på innhenting og analysering av resultater (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 48). Likevel var vi hele tiden to personer, der den ene transkriberte svarene så ordrett som mulig, og den andre intervjuet. På den måten slipper en person å skulle konsentrere seg om både notering, gi intervjuobjektet oppmerksomhet og stille spørsmål samtidig. I tillegg gjennomførte vi et pilotintervju, noe som førte til en del endringer og antageligvis økte både kvaliteten på intervjuguiden og våre ferdigheter som intervjuere (Dalen, 2013, s. 31). Likevel er det utfordrende å notere ned alt som blir sagt, og det er mulig at noe informasjon kan ha blitt oversett i løpet av intervjuet.

To av intervjuene ble gjennomført på zoom som følge av praktiske årsaker. Dette kan ha svekket intersubjektiviteten (Dalen, 2013, s. 94). Intersubjektivitet handler om samspillet mellom forsker og informant, og «*styrker validiteten i fortolkningen av informantens uttalelser*» (Dalen, 2013, s. 94). Det at noen av intervjuene ble gjennomført digitalt, kan ha påvirket datainnsamlingen i form av at man ikke får tolket kroppsspråk på samme måte som ved et fysisk møte.

Det har også blitt forsøkt å tydeliggjøre forskjellen mellom våre tolkninger og informantenes utsagn i denne oppgaven. Dette er for at vår forforståelse og fordommer i minst mulig grad skulle påvirke informantenes utsagn for å lede frem ny kunnskap (Malterud, 2011, s. 45).

Til slutt bør det nevnes at intervjuguidens utforming kan ha vært av betydning for svarenes retning. Måten vi utformet tema og spørsmål kan ha påvirket fokuset i resultatene.

## Resultater

Dette kapitlet presenteres fire fysioterapeuters fortellinger, erfaringer og tanker om behandling av bekkenleddsplager etter svangerskapet. Informantene vil omtales med fiktive navn i teksten: Eva, Hilde, Anne og Stine.

Resultatene presenteres i tre kategorier som kom frem under analysen: «bli tatt på alvor, helsekompetanse og trygging», «kroppsbevissthet og hverdagsmestring» og «den spesielle kompetansen på bekkenleddsmerter».

### Bli tatt på alvor, helsekompetanse og trygging

#### *Bli tatt på alvor*

Det kom tydelig frem hos alle intervjuobjektene at det å skape trygghet er et betydningsfullt aspekt ved tilnærming til denne pasientgruppen. Tiden etter svangerskapet er en periode fylt med forventninger, og «... mange mødre får en slags prestasjonsangst». Hilde presiserte hvordan tiden etter svangerskapet «... er en sårbar fase av livet å få plager i». Hun erfarer også at mange mødre bærer på dårlig samvittighet for babyen sin, og skammer seg over å ha smerter. Anne og Hilde nevnte blant annet at som nybakt mor er det ofte mest fokus på barnet og mindre fokus på mor. Anne legger til at det er for få som forteller mødrene om hvordan det skal føles og være etter fødsel. Begge terapeutene problematiserer også at mødrene føler de ikke blir tatt på alvor, og mener at det er en pasientgruppe som trenger mer hjelp og forståelse. «Jeg tror det handler om å bli hørt», sier Hilde. Stine sine uttalelser harmonerer med dette, da hun påpeker viktigheten av samtale. Gjennom samtale kan man vise at man forstår at pasienten har det vanskelig, og at det er slitsomt å ha det vondt, mener hun. Hun sier at «ofte er det å vise empati og forståelse nesten nok i seg selv». Vi tolker derfor resultatet slik at det første steget i møtet med disse kvinnene er å ta dem på alvor og forholde seg til dem slik at de føler seg både hørt og sett.

For Anne er det veldig viktig å bli kjent med pasienten og å bruke tid på det. For å kunne hjelpe kvinnen best mulig, vil hun skape et miljø der hun kan åpne seg. Slik kan Anne finne ut mer om pasienten og bidra til at hun føler seg hørt og sett. En fin måte å gjøre dette på er gjennom benkebehandling mener hun. Hun ønsker ikke kun å bli kjent gjennom det som blir sagt, men hun vil også observere, ta på pasienten og kjenne på hennes reaksjon. På den måten får hun lært mer om personen og samtidig lagt til rette for at pasienten kan stille spørsmål og

åpne seg. Det kan også være lettere å komme inn på vanskelige temaer. Det handler om å være ydmyk i møte med pasientene sine ifølge Stine, eller som Eva sier: «*Fysioterapeuten er ofte en tillitsperson for mange*». Dette understreker viktigheten av å skape et trygt forhold til pasienten.

### *Øke helsekompetanse og trygging*

Både Hilde og Anne opplever at det er for lite fokus på mor etter fødselen, og Anne mener at det i tillegg er for lite kunnskap om bekkenleddsplager generelt. Dette kan føre til uforutsigbare forhold for mødre som ofte blir engstelige og redde for å bevege seg ifølge Eva. Derfor er hun opptatt av å fange opp eventuelle «*katastrofetanker*». Både Eva og Hilde presiserer betydningen av å trygge pasientene ved å normalisere og avdramatisere plagene, men uten å bagatellisere disse. Vi tolker derfor at det neste steget i møtet med disse kvinnene er å heve pasientens helsekompetanse for å øke forståelsen rundt egen situasjon, og dermed skape trygghet.

Alle informantene vektlegger psykososiale forhold og betydningen av å forklare pasienten mest mulig. Stine påpeker at hun er opptatt av «... å ufarliggjøre smerten slik at de ikke blir redd for den». Hun sier det handler om «... å trygge dem i situasjonen de er i». Hilde forteller at hun benytter seg mye av råd og veiledning. Hun understreker at hun prøver «... å få pasienten til å forstå at dette ikke er farlig». Hun opplever at det er mange av pasientene sine som er veldig forsiktige og redde for fysisk aktivitet. De stopper som oftest med en gang de har vondt. Derfor er det av stor betydning å forklare at det ikke er farlig, og at «*det er normalt å få vondt i muskler og leddbånd når man ikke har vært i aktivitet på lenge. Vi må trygge dem på at det er allright og helt normalt*». Likevel handler det om å lytte til kroppen ifølge Eva: «*Jeg prøver alltid å komme med alternativer til hva pasientene mine kan gjøre. De kan gjøre kjempemye! Det handler om å finne riktig kombinasjon mellom aktivitet og hvile*». Anne sine uttalelser samsvarer med dette, hun mener det ikke finnes noen aktiviteter pasienten skal unngå, men at det heller handler om å la vær å gjøre det som provoserer.

For at pasienten skal forstå at tilstanden ikke er farlig, er informasjon- og rådgivning en viktig del av fysioterapeutens tilnærming. Alle informantene understreker dette. Stine sier at hun «... opplever at pasientgruppen trenger mye info og råd». Eva og Hilde gjør for eksempel dette ved å vise bekkenet og forklare hva bekkenleddsmerter er. Hun gir informasjon og trygger ved å inkludere pasienten i planleggingen. I tillegg pleier hun å gå gjennom funnene og behandlingsforløpet sammen med pasienten. Anne har som hensikt å lære pasientene sine

mest mulig. Hun kaller det «... *hjelp til selv-hjelp, der målet er at pasientene skal klare seg selv og inkludere disse teknikkene og verktøyene inn i sin hverdag*». Informantene forklarer at de er opptatt av å formidle hva de gjør og hvorfor de gjør det. Anne forteller at når hun gir pasientene sine øvelser er hun bevisst på at personen skal forstå meningen bak dem.

En annen faktor som er viktig i den tryggende prosessen er å gi pasienten håp gjennom å fortelle at dette går bra. Alle informantene konstaterer at de aller fleste blir kvitt plagene etter behandling, og dette er det viktig at pasienten er klar over.

Hilde oppsummerer dette:

*«Få dem til å forstå at det ikke er farlig, forklar strukturer og hvorfor det gjør vondt. Uten å bagatellisere smerten. Ta dem på alvor og forklar at dette går bra».*

## **Kroppsbevissthet og hverdagsmestring**

En forutsetning for at pasienten skal kjenne eierskap til behandlingsprosessen, er at hun skal bli kjent med kroppen, mener informantene. Den største utfordringen til pasientgruppen er smertene som fører til at de ikke fungerer i hverdagen. Anne legger merke til at når disse kvinnene har hatt mye smerter i magen, bekkenbunn og bekkenet, har de en tendens å neglisjere området. Hun sier det ofte fører til at de har mistet kontakt og motorisk kontroll over området. Derfor liker hun å bruke benkebehandling for å hjelpe pasienten til å bli kjent med kroppen sin. Hun pleier å instruere i en bevegelse og fasilitere mens pasienten utfører den. På den måten kan pasienten lettere gi slipp på anspent muskulatur og skape større bevissthet i bevegelser. Hun legger til: *«Ja, det er viktig å trene, men det hjelper ikke å trene muskulatur man ikke har kontakt med»*. Også Eva påpeker hvordan hun er opptatt av at pasienten skal registrere hvordan bevegelsene kjennes ut ved gjennomføring. Alle informantene sier det er viktig at pasienten finner funksjonelle, smertefrie bevegelser, og kan kjenne at kroppen fungerer. Som Hilde sier: *«De må kjenne at det fungerer og gir smertelindring»*. Likevel nevner de at *«litt smerte»* kan forventes, men ikke er farlig. For å oppnå kroppsbevissthet er refleksjon rundt bevegelsene og det å kjenne etter en viktig del av prosessen, mener Eva og Hilde.

Alle informantene erfarer at pasientgruppen ofte er preget av muskulære spenninger. De legger derfor vekt på at pasienten skal bli bevisst på disse spenningene og lære seg å slappe av. Dette gjør de ved å blant annet veilede kvinnene til å finne gode og smertefrie hvilestillinger.

Noen vanlige smertefulle problemstillinger informantene nevnte, er å gå, å reise seg opp fra en stol og å sitte lenge. Dette er bevegelser som utgjør en stor del av hverdagen, og oppleves derfor som utfordrende. Terapeutene kan bistå pasienten gjennom råd og veiledning slik at pasienten kan finne hensiktsmessige bevegelsesløsninger som fungerer for seg. Stine forsøker å gjøre pasienten til sin egen ekspert og behandler. Dette gjør hun ved å gi kvinnen en bok slik at hun kan prøve ut øvelser og løsninger som fungerer best for seg.

Ifølge informantene består pasientgruppen ofte av travle mødre med høy totalbelastning. Totalbelastning i hverdagen er avgjørende for smerten. Terapeuten skal derfor veilede pasienten til å finne en måte å fungerer i hverdagen på, deriblant som nevnt ved å finne gode bevegelsesløsninger. I tillegg kan de bistå ved å tilpasse totalbelastning og identifisere pasientens ressurser. Aktivitetsregulering i hverdagen er noe Eva er spesielt opptatt av: *«Hverdagen er det jeg bruker mest tid på, og det som har mest effekt for varig endring»*. Hun opplever at det er mange av disse mødrene som må bremses ned. Mange har vært vant til å få til det meste og har en tendens til å øke aktivitetsnivået sitt for raskt. Stine opplever at hvis de presser bekkenleddsmertene for langt, blir de som oftest verre. Hun sier: *«Man må hele tiden se på den totale belastningen og hvilke ressurser pasienten sitter inne med»*. Ifølge Stine handler det om å få bort de største smertetriggerne i hverdagen og bidra til at pasienten finner andre, bedre løsninger. I tillegg synes alle informantene psykososialt liv hos pasienten er et viktig element. De vektlegger støtten pasienten får utenfra og i hvilken grad det kan være med på å avlaste henne.

## **Den spesielle kompetansen på bekkenleddsmerter**

### *Viktigheten av kartleggingen*

Alle terapeutene presiserer viktigheten av god kartlegging. De forteller at pasientenes plager ofte er variert, både i smerteintensitet og -omfang. Anne forteller: *«Noen ganger gir det ikke helt mening hva som gjør vondt eller ikke. Noen har vondt når de går, andre synes det hjelper. Derfor er kartleggingen utrolig viktig»*. Gjennom kartlegging bør man både identifisere smerten, differensiere mellom rygg-, hofte- og bekkenleddsmerter, samt undersøke hvor mange bekkenledd som er affisert. Ut ifra undersøkelsen identifiserer terapeutene hvilken type bekkenleddsmerter det er snakk om, men uten å bevisst kategorisere dem. Type bekkenleddsmerter avhenger av hvor mange og i hvilke bekkenledd smertene sitter. Dette påvirker hvilken behandlingstilnærming informantene velger. For eksempel

nevner de at symfyseplager har best prognose, og at dersom alle tre leddene er affisert, er gjerne pasienten mer smertepreget og har behov for lengre behandlingsprosess. Eva forklarer det ved å si at «... *subgrupper er av betydning for hvordan vi behandler og hva vi gjør*». De ser ikke bare etter hvor mange ledd som er affisert, men også hvilke vev eller struktur som er affisert. Eva sier for eksempel også at hun prøver å finne ut om det er muskler eller ledd som er påvirket. Anne er også opptatt av å se på stressnivået til pasienten og mener at et uhensiktsmessig pustemønster kan bidra til smerte. Dette ses ofte ved et anstrengt pustemønster og økt spenninger i kroppen. Slik mener de at det er mange faktorer som kan påvirke tilstanden, ikke bare rent fysiske elementer. Derfor er samtlige informanter opptatt av å utføre en grundig anamnese ut ifra den biopsykososiale modellen for å undersøke alle aspekter. Både Eva og Hilde fremhever at de bruker mye tid på anamnesen, og at de omtrent kan diagnostisere pasienten ut fra den. Likevel presiserer både Eva og Anne at ikke alle pasientforløp trenger å være komplekse. Eva forteller for eksempel at for noen pasienter er den største utfordringen å ikke kunne være med på de tyngste treningstimene. Anne beskriver det som at «... *det er også noen som er plaget mer rent fysisk og da jobber vi konkret med det*».

Vi tolker det som at det er viktig å finne årsaken til bekkenleddplagene for å kunne gi riktig behandling. Slik kan plagene ses i sammenheng med ulike tendenser og dermed settes i kategorier. Dette vil gi ulike retninger i behandlingen. Som Hilde sier: «*Noen trenger mer ro og hvile, mens andre heller trenger trening*», og Eva: «*Noen behøver mer omsorg og trygghet*».

### *Spre kunnskapen om bekkenleddsplager*

Som nevnt ovenfor, kommer det frem at en grundig kartlegging har stor betydning for å gi best mulig behandling til denne pasientgruppen. Dette er en kompetanse som er viktig, siden det er få som bærer på den, hevder Anne. Samtlige mener at spesialkompetansen en fysioterapeut har på bekkenleddsmerter, skiller seg fra grunnkunnskapen en allmenn fysioterapeut har på flere måter. De sier at som oftest har fysioterapeuten med spesialkompetanse både har mer presis forståelse om bekkenleddsplager, samt dypere grunnkunnskap og mer oppdatert kunnskap. I tillegg har denne terapeuten erfaringer som gir bred dyktighet innenfor feltet. Informantene tenker at den kunnskapen er for lite kjent både blant helsepersonell og i befolkningen. Anne understreker dette ved å si at: «*Det er for lite*

*kunnskap, og for få vet hvordan det skal føles og hvordan det skal være etter fødsel».*

Samtlige informanter mener at temaet bør få større oppmerksomhet.



## Diskusjon

### Bli tatt på alvor, helsekompetanse og trygging

#### *Bli tatt på alvor*

Ifølge informantene kan barseltiden være en tøff periode for kvinner med bekkenleddsplager. Det er en travel tid med mange forventninger, der fokuset som oftest er rettet mest mot barnet. Dette gjør at det kan være ekstra vanskelig for disse kvinnene å ha plager i denne perioden, og at de opplever at de ikke strekker til på alt de må gjøre. Samtlige informanter mente også at kvinnene ofte ikke føler seg sett. Det å oppleve at man heller ikke blir sett eller hørt i denne situasjonen kan derfor føles som ekstra utfordrende. På den måten kan det å bli trygget og bli tatt på alvor være god hjelp for å mestre situasjonen bedre.

Det kan tolkes ut ifra fysioterapeutenes uttalelser at de smertepregede kvinnene har for store krav i forhold til egen kapasitet i denne perioden. Dette gir mening med tanke på at det er en tid med mange nye elementer i hverdagen som både må mestres og læres. Det er ekstra energikrevende både fordi hverdagen består av flere utfordringer som mindre søvn, nye oppgaver og en kropp som må bygges opp igjen (Helsedirektoratet, 2014, s. 34). Som Helsedirektoratet (2014) også sier, er «barseltiden en overgangsperiode preget av følsomhet og sårbarhet både hos kvinnen og hennes partner». Dette viser at det kan være lettere for disse kvinnene å føle seg overveldet, hjelpeløse og kanskje alene i sine plager. Derfor vil det å føle seg ivaretatt av en profesjonell som ser og hører deg, kunne tenkes å redusere disse negative følelsene. I 2011 ble det gjennomført en kvalitativ studie som undersøkte «viktige elementer i behandling for kvinner med PP-PGP» etter mødrenes erfaringer. Resultater fra denne studien samsvarer med funnene og tolkningene våre. Mødrene i studiene satt pris på å føle seg hørt og at terapeuten anerkjente deres erfaringer på en empatisk måte. De sa også at det hjalp å føle at terapeutene var støttende underveis og så på helheten (Stuge & Bergland, 2011). Dette samsvarer med dagens retningslinjer som vektlegger viktigheten av å tilnærme seg pasienten med et biopsykososialt perspektiv (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022). Ved å vise interesse for både det fysiske, sosiale og psykiske hos pasienten, kan fysioterapeuten gi omsorg til pasienten ved å få henne til å føle seg hørt og sett. Samtidig får terapeuten et helhetlig bilde av pasientens situasjon. På den måten får terapeuten mye informasjon, og tilrettelegger for at pasienten tør å åpne seg og å snakke om vanskeligere, men vesentlige temaer for kartleggingen.

Som en av informantene sier, blir ofte fysioterapeuten en tillitsperson for mange. Det kan tenkes at det å se, høre og ta pasienten på alvor kan skape denne tilliten. Det kan derfor tolkes som at det å bygge en tillitsfull relasjon er et ekstra viktig aspekt med den pasientgruppen fordi det kan styrke anerkjennelse, hjelpeløshet og eventuelt følelsen av ensomhet i plagene. Dette gjør den biopsykososiale tilnærmingen fra terapeuten ekstra viktig fordi pasientens plager stiller krav om behandling og oppfølging på flere plan enn kun det fysiske (O'Sullivan & Beales, 2007). Den tillitsfulle relasjonen kan på den måten tenkes å spesielt styrke det sosiale planet.

### *Økt helsekompetanse og trygging*

Som nevnt overfor er barseltiden en periode der det kan være lite fokus på mødrene, og hvor de kan føle på mye uforutsigbarhet og utrygghet. En måte å hjelpe dem på er å først ta dem på alvor. Det kom også frem av intervjuene at informasjonsgivning står sentralt i tilnærmingen, slik at pasienten kan forstå sin egen situasjon. Informasjon- og kunnskapsformidling vil også kunne skape trygghet. Å heve helsekompetansen er et betydningsfullt tiltak som en del av behandlingsprosessen (Stuge, 2010; Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022).

Samtlige av informantene var opptatt av å trygge pasientene i det å tørre å bruke kroppen for å redusere bevegelsesfrykten deres. For å oppnå dette vil det være vesentlig å fortelle at smertene ikke er farlige og begrunne hvorfor. Det kan tenkes at det handler om å trygge pasientene og gi dem troen på at det kommer til å gå bra. I tillegg vil det å øke deres forståelse om egen situasjon kunne gi dem økt kontroll og føre til mestring (Tveiten, 2020, s.14). Ifølge Tveiten er det å undervise og gi informasjon til pasienten, også en forutsetning for at personen kan delta aktivt og på en hensiktsmessig måte i egen behandlingsprosess (Tveiten, 2020, s.13).

Studien fra Stuge (2011) understreker hvordan også mødrene er opptatt av at terapeuten kan gi dem økt selvtro gjennom informasjon. De mener at samtale og dialog øker motivasjon og forståelse av egne problemer. Dette fører til økt håp og mestring ved at de klarer å gjennomføre flere aktiviteter enn de selv trodde på forhånd (Stuge & Bergland, 2011).

Kort oppsummert vil det å heve helsekompetansen kunne bidra til å både føle seg tryggere, gi økt kontroll rundt egen situasjon og føre til økt egentro og håp. Disse elementene er antageligvis vesentlig for å bli kvitt plagene (Verstraete, Vanderstraeten, & Parewijck, 2013).

## **Kroppsbevissthet og hverdagsmestring**

Et aspekt som kom frem av intervjuene er at hverdagsmestring vanligvis er hovedfokuset i behandlingsprosessen. Årsaken er at pasientenes plager ofte er et hinder for å få gjennomført hverdagsaktiviteter. Et steg for å mestre disse aktivitetene uten smerter, kan være å lære seg mer egnede bevegelsesløsninger. For å få til dette, kan det å bli mer bevisst på kroppen sin tenkes å være en forutsetning for å finne gode bevegelser. Samtlige informanter mener at det å øke kroppsbevisstheten er en måte å starte behandlingsprosessen på.

Kroppsbevissthet handler om å bli kjent med kroppen sin, og kan ses på som sammenhengen mellom fysisk og kognitiv kroppsoppfatning (Danner, et al., 2017; Haukeland universitetssykehus, 2021). Med det menes det å bli bevisst på, og å registrere hva som skjer innvendig ved ulike bevegelser og stimuli. Dette kan være å kjenne på blant annet muskelspenninger, pust og følelser (Danner, et al., 2017). Alle informantene forteller at kvinnene med bekkenleddsplager etter svangerskapet er en pasientgruppe som kjennetegnes med mye smerter og muskulære spenninger. Hvorvidt smertene eller muskelspenningene opptrer først er usikkert, men de ses ofte i sammenheng. Å ha mye smerter vil også kunne føre til redusert motorisk kontroll (Sterling, Jull, & Wright, 2001). Motorisk kontroll handler om hvordan muskulatur blir rekruttert og benyttet (Pedersen, 2004, ss. 43-44). Ved tilstander med mye smerter, vil muskelrekrutteringen kunne være endret og uhensiktsmessig (Sterling, Jull, & Wright, 2001). Som en av informantene sa, mange av disse mødrene har gått med mye smerter over tid og føler at de har mistet kontakt med området. Med kontakt tolker vi det som evnen til å oppfatte og registrere den mentale koblingen mellom kropp og opplevelse i en bevegelse. Det kan tenkes at redusert motorisk kontroll kan gi en følelse av mindre kontakt og kontroll over egen kropp. Kroppsbevissthet kan være en måte å gi dem denne kontrollen tilbake. Ved å erkjenne og legge merke til tilstanden man er i, kan man lettere få kontakt og forandre den (Danner, et al., 2017).

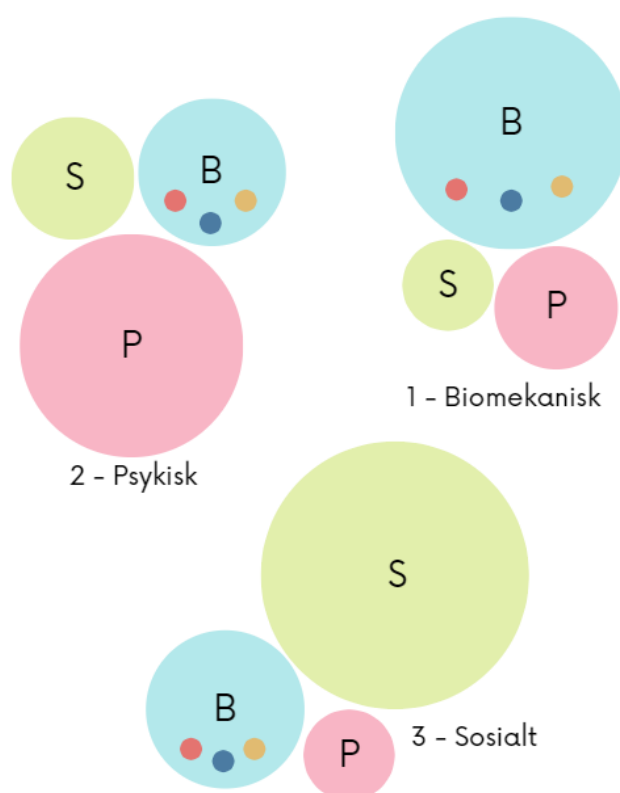
I tillegg kan nedsatt motorisk kontroll gi en følelse av ustabilitet (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022). Sammen med redsel, kan dette resultere i bevegelsesfrykt og unngåelsesatferd (Østerås, 2012). Det kommer frem av resultatene at denne pasientgruppen ofte også preges av engstelse for bevegelse, nettopp fordi de er redde for å få smerter. Dette kan tenkes å føre til uhensiktsmessige bevegelses- og adferdsmønstre som vil påvirke kroppskontroll negativt. Med «uhensiktsmessig» mener vi bevegelsesmønstre som gjør at pasienten utfører en bevegelse på en annen måte enn hun vanligvis ville ha gjort. Dette kan

blant annet kunne kreve mer energi, føles mindre kontrollert og/eller trigge smerter. På lang sikt vil slik uhensiktsmessig kroppsbruk kunne opprettholde smertene (Verstraete, Vanderstraeten, & Parewijck, 2013). Det kan tolkes som at nøkkelen til å bryte smertesirkelen kan være å øke kroppsbevisstheten for å ta kontroll på kroppen sin og smertene igjen.

Ved større kropps kontroll, menes det å ha oppnådd økt motorisk kontroll sånn at man har bedre kontakt med musklene. Slik vil man kunne bruke muskulaturen på en mer hensiktsmessig måte som vil kunne føre til mindre smerter. Dette vil både kunne gjøre hverdagen og trening enklere. Som en av informantene sier «(...) *det hjelper ikke å trene muskulatur man ikke har kontakt med.*». Mødrene i Stuges kvalitative studie (2011) sier at det å ha lært seg å bruke kroppen sin annerledes var en avgjørende faktor for å bli mer aktiv igjen. Når de hadde funnet hensiktsmessige bevegelsesløsninger, følte de seg bedre rustet til å takle hverdagen. Det handler ikke nødvendigvis kun om å finne smertefrie bevegelser, men også om å lære å akseptere noe smerte og tilpasse seg den (Stuge & Bergland, 2011). En annen forskningsartikkel underbygger viktigheten av at terapeuten gir råd- og veiledning i hensiktsmessig kroppsbruk og hvilestillinger (Stuge, 2010). Informantene støtter dette ved å si at det er viktig å finne funksjonelle, smertefrie bevegelser slik at man kjenner på at kroppen fungerer. Slik ser vi at kroppsbevissthet er en måte på å kunne mestre hverdagen på ved å finne egne, hensiktsmessige bevegelsesløsninger. Dette vil også kunne trygge pasienten (Stuge, 2010; Aldabe, et al., 2022).

Informantene nevner også viktigheten av aktivitetsregulering. Som diskutert tidligere, er barseltiden en travel og energikrevende periode, samtidig som smertene kan stjele mye av pasientens ressurser. Å veilede dem til å finne fungerende bevegelsesmønstre vil hjelpe dem å tåle mer uten økte smerter. På den andre siden, er også aktivitetsregulering i form av hvile et viktig aspekt. For å kunne mestre hverdagen, er det viktig å ha nok overskudd og energi. En måte å skape dette på er å slappe av og hvile. Ved å rette bevisstheten og oppmerksomheten mot egen kroppsbruk, kan det føre til økt koordinasjon, motorisk kontroll og funksjon (Serrada, Fryer, Hordacre, & Hillier, 2022). Dette kan tenkes å bidra til at pasienten lærer seg å identifisere spenninger, slippe dem og finne gode hvilestillinger. Når pasienten hviler bedre, skaffer hun større overskudd og kan dermed tåle mer belastning. Dette handler om å finne balanse i totalbelastningen, og er et viktig aspekt for at pasienten skal mestre utfordringene hun opplever i hverdagen. Det bør likevel ses på flere nivåer i tillegg til det fysiske, derav sosialt og psykisk. Eksempelvis kan trygging, som diskutert tidligere, være en måte å redusere stressnivået på og dermed senke den totale belastningen.

Å bli bevisst på kroppen sin, vil kunne hjelpe pasienten til å få økt kontakt med egen kropp slik at hun oppnår større motorisk kontroll. Dette vil tilrettelegge for at pasienten kan finne måter å bruke kroppen sin på som ikke provoserer smertene i for stor grad. I tillegg vil det kunne gjøre det lettere for pasienten å finne gode hvilestillinger, slik at hun får hentet overskudd. På den måten øker man ressursene til å håndtere større totalbelastning i hverdagen. Dette vil også kunne bidra til mestring og til å øke troen på at man kan bli kvitt smertene.



**Figur1:** Illustrasjon av vårt forslag til systematisering. Figuren viser tre ulike patientsituasjoner med ulik vektlegging av de tre kategoriene innenfor den biopsykososiale modell. I tillegg deles det biomekaniske aspektet inn i tre ulike underkategorier basert på retningslinjene (2022).

## Den spesielle kompetansen på bekkenleddsmerter

### *Viktigheten av kartleggingen*

Bekkenleddsplager er en tilstand som kan opptre ulikt hos forskjellige pasienter. Dette krever en grundig kartlegging, og kategorisering av plagene kan være et verktøy fysioterapeuten kan benytte seg av for å oppnå dette. De nye retningslinjene fra 2022 foreslår en kategorisering basert på biomekaniske årsaks mekanismer og ut ifra hvor mange bekkenledd som er affisert

(Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022). Likevel nevner de også at en komplett klassifisering krever at man tar hensyn til flere faktorer, som psykososiale aspekter.

Det kommer frem av informantenes uttalelser at de ikke bevisst setter plagene i kategorier til tross for at de identifiserer dem. Dette gjør de ved å kartlegge hvor mange ledd som er affisert og ved å undersøke for eksempel hvilken type vev som er affisert, muskulære spenninger og motorisk kontroll. Dessuten ser de resultatene i sammenheng med informasjonen som kommer frem i anamnesen. Slik kartlegger de alle aspekter innenfor den biopsykososiale modellen og vektlegger anamnesen i stor grad i tillegg til den fysiske undersøkelsen. Dette er for å avdekke flere elementer enn kun de biomekaniske, hvilket er viktig for videre behandlingsprosess (Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022). Flere av dem mener at de nesten kan sette diagnosen ut ifra anamnesen alene. På den måten kan det tolkes som at en del pasienter kan ha lignende trekk som kan settes i en kategori. Ut ifra funnene og analysen vår tolker vi det som at noen pasienter har mest fysiske utfordringer uten noen betydelige psykososiale faktorer som spiller inn, mens plagene til andre pasienter i større grad er påvirket av psykososiale faktorer. Det virker som at de fleste likevel har en sammensatt situasjon og derfor tilhører den siste gruppen.

#### *En måte å systematisere kartleggingen på*

Som tidligere beskrevet foreslår retningslinjene (2022) en modell som har til hensikt å kategorisere tre typer bekkenleddsplager etter biomekaniske årsaksforklaringer. De sier likevel at det er flere faktorer som må tas hensyn til når det kommer til valg av behandlingstilnærming. I funnene våre kom det tydelig frem at psykososiale faktorer tar stor plass i både kartleggingen og valg av behandlingstilnærming. Derfor ønsket vi å foreslå en måte å systematisere kartleggingen på etter å ha lest retningslinjene og sammenliknet dem opp mot resultatene. Denne systematiseringen ses i sammenheng med retningslinjenes biomekaniske kategorier og den biopsykososiale modellen. Hensikten vår er å i enda større grad inkludere de psykososiale faktorene i kartleggingen for å hjelpe med å velge fokusområde i tilnærmingen. Tanken er å identifisere elementer som bør tas tak i først ut fra en sammensatt situasjon.

Systematisering vår baserer seg på kartlegging ved hjelp av de tre kategoriene i den biopsykososiale modellen. Kategorien pasienten retter seg mot bestemmes ut ifra hvilke faktorer i den biopsykososiale modellen som spiller størst rolle i smertebildet til den enkelte

pasient: biomekaniske, psykiske eller sosiale faktorer. Hvilken kategori pasienten heller mot, vil påvirke tilnærming og behandlingsvalg. Det dominerende aspektet vil være det største fokuset i starten av behandlingen og derfor bestemme fokusområdet i tilnærmingen.

Tanken er at alle pasienter har en biomekanisk grunnleggende årsak til plagene sine (O'Sullivan & Beales, 2007), men noen kan ha påvirkende psykologiske og/eller sosiale faktorer i tillegg. Psykososiale faktorer kan forverre og opprettholde både situasjonen og smertene (Bastiaenen, et al., 2006). Disse opprettholdende faktorene kan tenkes å være av større betydning enn den fysiske, grunnleggende årsaken, og vil dermed være av betydning for behandlingsprosessen.

Systematiseringen vår kan benyttes til å se etter viktige faktorer for triggering eller opprettholdelse av smerten i kartleggingen. Det er tenkt å bidra til å identifisere disse faktorene utfra hvilken kategori i den biopsykososiale modellen de tilhører. I den biomekaniske kategorien, menes det at den underliggende årsaksmekanismen er en fysisk eller fysiologisk forandring som fører til smerte, uten betydningsfulle psykososiale faktorer. I den psykiske kategorien, kan man tenke å se opprettholdende faktorer som for eksempel svekket tiltro til egne ferdigheter, redsel og bekymringer for smertene sine, samt mangel på kunnskap om egen tilstand. Ved den sosiale kategorien derimot, peker det heller i retning av opprettholdende faktorer som mangel på sosial støtte, ingen jobb å komme tilbake til, dårlig økonomi eller andre vanskelige forhold i miljøet rundt pasienten. Likevel er det viktig å presisere at alle tre aspektene er viktige hos alle pasienter. Ingen personer passer rett inn i en kategori, men kan tendere mot en av kategoriene avhengig av hvilket aspekt som dominerer.

De overnevnte kategoriene vil kunne gi en retning på tilnærming og behandling. Det kan tenkes at i den sosiale kategorien, bør fokuset i tilnærmingen ligge på å bygge en tillitsfull relasjon til pasienten. Disse pasientene vil innledningsvis kunne ha størst behov for å føle seg godt ivaretatt, få empati og forståelse. En pasient med dominerende psykiske utfordringer, vil heller først og fremst kunne trenge å øke sin helsekompetanse for å kunne ta kontroll over egen situasjon og bli kvitt frykten. Til slutt vil pasienter i den biomekaniske kategorien, kunne ha størst nytte av å fokusere direkte på kroppen. Å øke egen kroppsbevissthet kan være en måte å ta kontroll over egne smerter og å finne fungerende bevegelsesløsninger slik at de kan begynne med øvelser og trening. I tillegg kan de ha nytte av andre konkrete tiltak som leddmobilisering.

Eksempelvis kan både en pasient med symfysesmerter og en pasient med smerter i høyre IS-ledd være preget av frykt for smerte. Denne frykten vil da tenkes å være en psykisk, opprettholdende faktor. Som nevnt er det tenkt at alle bekkenleddsplager har et fysisk opphav, men at noen påvirkes i større grad av psykososiale faktorer. Disse faktorene kan være med å opprettholde plagene, og bør derfor jobbes med først eller parallelt med de fysiske årsakene. Tilnærmingen for disse to pasientene bør starte med å fokusere på å trygge dem og fjerne frykten. Likevel bør begge få ulik, tilpasset behandling i forhold til deres fysiske plager. Som en informant sier «*trening er viktig, men ofte er det mye annet som må jobbes med først*». Trening og øvelser er ikke de eneste behandlingsmetode for disse fysiske plagene, men dette viser at det fysiske ikke nødvendigvis alltid skal komme først i fokus.

Alle pasientene vil likevel kunne trenge en behandling rettet mot den fysiske underliggende årsaken sin. Derfor vil deretter pasienten underkategoriseres ut fra hvilken biomekanisk årsaksforklaring hun tilhører ifølge retningslinjene. Denne kategoriseringen avhenger som nevnt av hvor mange ledd som er affisert, og vil kunne påvirke denne behandlingen.

Bekkenleddsplager er en tilstand som kan være preget av ulike faktorer som vil kreve forskjellige tilnærminger i behandlingsprosessen. Som tenkt overfor, vil en kategorisering kunne hjelpe til å finne en optimal tilnærming. Det er viktig å presisere at en pasient kan ha ulike innslag av faktorer fra de tre forskjellige kategoriene. Dermed kan det være vanskelig å bestemme hvilken kategori som er viktigst, da pasienten kan rette seg i omtrent like stor grad mot to kategorier.

Vi ser likevel at klassifisering av bekkenleddsplager er sammensatt, og at informantene ikke utfører noen konkret kategorisering. Tanken bak forslaget vårt er ikke å lage en ny modell, men å tydeliggjøre viktigheten av psykososiale aspekt i terapeutens kartlegging for videre tilnærming. Dette er naturligvis viktig ved alle kroppslige plager, men kan anses som ekstra viktig for denne pasientgruppen. På den måten kan terapeuten følge opp pasienten med en individuell tilpasset plan, noe også kvinnene vektlegger som betydningsfullt (Stuge & Bergland, 2011).

I tillegg underbygger en informant viktigheten av en nøye kartlegging ved å si: «*det gjør ikke alltid mening hva som gjør vondt*» og «*noen er i overkant stabile, noen er for lite stabile*». Dette viser at selv om pasienter kan rette seg mot samme kategori, er det fortsatt flere individuelle elementer som må tas hensyn til.



### *Spre kunnskapen om bekkenleddsplager*

I funnene kom det frem at den spesielle kompetansen på bekkenleddsmerter er en kompetanse som tilegnes både gjennom kurs, forskning, teori og erfaring. Informantene mener at det både er få terapeuter som har kompetansen, og for få som vet om den. De sier at bekkenleddproblematikken etter svangerskapet bør få større oppmerksomhet. Det kan tenkes at dersom flere hadde visst om terapeuter med spesialkompetanse på bekkenleddsplager, kunne dette ført til at flere hadde kontaktet hjelp tidligere. Resultatene gir oss inntrykk av at dersom helsepersonellet som er i kontakt med kvinner både under og etter svangerskapet hadde vært bedre informert om tilstanden, kunne de ha veiledet eller sendt pasienten videre med en gang hun hadde kjent på smerter. Dette kunne trolig ha fjernet unødvendig bekymringer og ført til raskere behandling hos pasientene. Dette samsvarer med Verstraete (2013) sin artikkel om tverrfaglig samarbeid rundt PP-PGP som mener at alt involvert helsepersonell har et visst ansvar for disse kvinnene. Hvis de både hadde hatt mer kunnskap om tilstanden og gitt tidlig informasjon til dem, kunne de ha bidratt til å dekke deres behov for forståelse og erkjennelse, slik at de kunne føle seg hørt og sett. Dessuten er det også en mulighet for å øke deres helsekompetanse tidligere og redusere frykt. Forfattere spekulerer også i om tidligere informasjon- og rådgivning kan føre til at kvinnene blir kvitt smertene raskere og at prevalensen for langvarige PP-PGP kan reduseres (Verstraete, Vanderstraeten, & Parewijck, 2013).

At hele befolkningen bør få vite om tilstanden derimot, kan være vel optimistisk og kanskje unødvendig. Siden tilstanden er relativt sjelden, er det viktig å ikke skape unødvendig engstelse i forkant av svangerskapet. Likevel burde tilstanden bli snakket om i større grad i forbindelse med svangerskap, slik at den enkelte vet hva hun bør gjøre og hvem hun skal kontakte dersom plagene oppstår. Det tyder på at jo tidligere tilstanden er behandlet jo bedre prognose (Verstraete, Vanderstraeten, & Parewijck, 2013; Simonds, Abraham, & Spitznagle, 2022). Derfor kan man tenke at hvis flere gravide kvinner visste om at bekkenleddsplager finnes, at det ikke er noe farlig og at de kan få behandling som gir god effekt, kunne færre følt seg redde, alene og hjelpeløse. Dette kunne ha fjernet et element som mange i denne pasientgruppen er kjennetegnet med, og antageligvis ha ført til mindre plager. Med mindre plager menes det ikke færre tilfeller, men at plagene kunne ha vært av mindre grad og gått raskere over. Vi tolker det som at økt kunnskap alene kan bidra til mindre plager.

## Oppsummering av diskusjon

Tanken bak denne oppgaven var å sammenfatte de viktigste elementene som bør inngå i møte med kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet. Ut ifra funnene våre kom det frem flere elementer som ser ut til å være av stor betydning for pasientgruppen. Disse er basert på typiske kjennetegn som var fremtredende hos pasientgruppen ut ifra intervjuene. Dette var kjennetegn som blant annet usikkerhet og bekymring rundt smertene i forbindelse med den nye situasjonen som mor, følelse av hjelpeløshet, engstelse for bevegelse, lav kunnskap om tilstanden og smerter, samt ubalanse mellom belastning og ressurser.

Med dette grunnlaget kom vi frem til at den generelle tilnærmingen bør handle om å trygge pasienten, hjelpe henne til å mestre situasjonen sin og gi henne håp og tro på at det kommer til å gå bra. Dette kan gjøres ut ifra tre elementer: skape en tillitsfull relasjon mellom terapeut og pasient, heve helsekompetansen og øke kroppsbevissthet hos pasienten.

Vi så at smertene i bunn og grunn har sitt opphav i biomekaniske forandringer, men at det psykososiale kan ha mye å si for graden og varigheten av smerten. Derfor er det viktig med en grundig kartlegging for å finne ut av hvilke faktorer som påvirker eller opprettholder smertene. Hvilke faktorer som er dominerende vil bestemme hvilket av de tre elementene nevnt overfor som bør være i fokus under tilnærming. Dette kan forstås som at pasienter med størst andel sosiale, opprettholdende faktorer vil kunne ha mest nytte av en tillitsfull relasjon. Videre vil en kvinne med mer psykiske opprettholdende faktorer som bevegelsesfrykt, kunne trenge større fokus på å øke sin helsekompetanse og kunnskap. Til slutt vil pasienter med hovedsakelig fysiske utfordringer, kunne ha størst utbytte av fokus på økt kroppsbevissthet.

### **1) Skape en tillitsfull relasjon**

- Pasienten føler seg sett, ivaretatt og tatt på alvor
- Møte pasienten på flere plan

### **2) Heve helsekompetansen**

- Ta kontroll over egen situasjon
- Øke trygghet og forståelse rundt helse, smerte og egen tilstand
- Øke håp og egentro, hvilket er nødvendig for å bli bra

### **3) Øke kroppsbevissthet**

- Ta kontroll over egen kropp og redusere bevegelsesfrykt
- Legge merke til og erkjenne egen tilstand for å kunne skape endring
- Øke ressursene i hverdagen ved å finne hensiktsmessige bevegelsesmønstre og hvile mer effektivt
- Trene seg opp uten betydelige smerter

Avslutningsvis kom det frem at spredning av kunnskapen om bekkenleddsplager kan ha noe å si for prognosen av plagene på gruppenivå. Hadde informasjonsflyten om tilstanden vært større, kunne det ført til mulighet for behandling tidligere i forløpet, og dermed ha redusert unødvendig bekymring, uvitenhet og utrygghet. Dette kunne ha fjernet noen psykososiale faktorer som er med å forsterke smertene og dermed muligens også kunnet redusere disse smertene.

## **Konklusjon**

Vi fant tre viktige elementer for tilnærmingen til denne pasientgruppen, derav: skape en tillitsfull relasjon mellom terapeut og pasient, heve helsekompetansen hos pasienten og økt kroppsbevissthet. Det kom likevel frem at det finnes flere typer pasienter som vil kunne kreve forskjellige vektlegging av disse tre elementene. Hvor mye fokus de skal ha på hvert element kan bestemmes av hvilket aspekt i den biopsykososiale modellen som har størst betydning for plagene. En grundig kartlegging er derfor også et viktig element for å identifisere disse aspektene i en sammensatt situasjon. Til slutt kom det frem at økt kunnskap om bekkenleddsplager kan spille en rolle for prognosen på gruppenivå. Vi oppfordrer derfor til å spre kunnskapen om bekkenleddsplager.

## Referanser

- Aldabe, D., Lawrenson, P., Sullivan, J., Hyland, G., Bussay, M., Hammer, N., . . . Woodley, S. (2022). Management of women with pregnancy-related pelvic girdle pain: an international Delphi study. *Physiotherapy*(115), 66-84.  
doi:10.1016/j.physio.2021.09.002
- Almoussa , S., Lamprianidou, E., & Kitsoulis, G. (2018). The effectiveness of stabilising exercises in pelvic girdle pain during pregnancy and after delivery: A systematic review. *Physiother Res Int.*, 23(1). doi:10.1002/pri.1699
- Bastiaenen, C., De Bie, R., Wolters, P., Vlaeyen, J., Leffers, P., Stelma, F., . . . Van den Brandt, P. (2006). Effectiveness of a tailor-made intervention for pregnancy-related pelvic girdle and/or low back pain after delivery: Short-term results of a randomized clinical trial. *BMC Muskuloskelet Disord.*(7), 19. doi:10.1186/1471-2474-7-19
- Dalen, M. (2013). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Danner, U., Avian, A., Macheiner, T., Salchinger, B., Dalkner, N., Fellendorf, F., . . . Reininghaus, E. (2017, Oktober 16). "ABC" - The Awareness-Body-Chart: A new tool assessing body awareness. *PLUS ONE*, 12(10).  
doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186597
- Eian, Ø. (2022). Kvinnehelse-fysioterapeuter krever bedre barselomsorg - demonstrerer foran stortinget. *Fysioterapeuten*.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ElDeeb, A., Abd-Ghafar, K., Ayad, W., & Sabbour, A. (2019). Effect of segmental stabilizing exercises augmented by pelvic floor muscles training on women with postpartum pelvic girdle pain: A randomized controlled trial. *J Back Muskuloskelet Rehabil.*, 32(5), 693-700. doi:10.3233/BMR-181258
- Ferreira, C., & Albuquerque-SendiN. (2013). Effectiveness of physical therapy for pregnancy-related low back and/or pelvic pain after delivery: a systematic review. *Physiother Theory Pract.*, 29(6), 419-31. doi:10.3109/09593985.2012.748114
- Gutke, A., Sjødahl, J., & Oberg, B. (2010). Specific muscle stabilizing as home exercises for persistent pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized, controlled clinical trial. *J Rehabil Med.*, 42(10), 929-35. doi:10.2340/16501977-0615
- Haukeland universitetssykehus. (2021, April 14). *Helse-Bergen*. Hentet fra Kroppsbevissthet: <https://helse-bergen.no/avdelinger/rehabiliteringsklinikken/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering-poliklinikk/kroppsbevissthet>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet.  
Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20>

Oretningslinje%20(fullversjon).pdf/\_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Lossius, L. O. (2022, Mars). *Kvinner er ikke små menn*. Hentet fra <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/kvinner-er-ikke-sma-menn/132555>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mens, J., Snijders, C., & Stam, H. (2000). Diagonal trunk muscle exercises in peripartum pelvic pain : a randomized clinical trial. *Phys Ther*, 80(12), 1164-73. doi:10.1093/ptj/80.12.1164
- Norske Kvinners Sanitetsforening. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse?* Oslo: Kilden kjønnsforskning.
- Norum, C. T., & Sakshaug, E. K. (2022). Fysioterapeutens rolle i tilknytning til kvinne og barn på helsestasjonen. *En kvalitativ studie med bakgrunn i mødrenes opplevelser*.
- Oslo universitetssykehus. (2020, Desember 9). *Bekkenleddsmerter*. Hentet fra Helsenorge: <https://www.helsenorge.no/sykdom/svangenskap/bekkenleddsmerter/>
- O'Sullivan, P. B., & Beales, D. J. (2007). Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders - Part 1: A mechanism based approach within a biopsychosocial framework. *Manual therapy*, 2(12), ss. 86-97. doi:10.1016/j.math.2007.02.001
- Pedersen, A. (2004). Motorisk kontroll. I H. Sigmundsson, & M. Haga, *Motorikk og samfunn* (ss. 41-61). SEBU Forlag.
- Serrada, I., Fryer, C., Hordacre, B., & Hillier, S. (2022, Mars 4). Can body awareness training improve recovery following stroke: A study assess feasibility and preliminary efficacy. *Sage journals*, 36(5). doi:<https://doi.org/10.1177/02692155221083492>
- Simonds, A. H., Abraham, K., & Spitznagle, T. (2022). Clinical Practice Guidelines for Pelvic Girdle Pain in the Postpartum Population. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 46(1), ss. 1-38. doi:10.1097/JWH.0000000000000236
- Sterling, M., Jull, G., & Wright, A. (2001). The effect of musculoskeletal pain on motor activity and control. *The Journal of Pain*, 2(3), 135-145. doi:10.1054/jpai.2001.19951
- Stuge, B. (2010). Diagnostikk og behandling av bekkenleddsplager. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 130(21), ss. 2141-5. doi:10.4045/tidsskr.09.0702
- Stuge, B. (2019). Evidence of stabilizing exercises for low back- and pelvic girdle pain – a critical review. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 23(2), 181-186. doi:10.1016/j.bjpt.2018.11.006
- Stuge, B., & Bergland, A. (2011, November). Evidence and individualization: Important elements in treatment for women with postpartum pelvic girdle pain. *Physiotherapy Theory and Practice*, 8, ss. 557-65. doi:10.3109/09593985.2010.551802

- Stuge, B., Holm, I., & Vøllestad, N. (2006). To treat or not to treat postpartum pelvic girdle pain with stabilizing exercises? *Manual Therapy*, 11(4), 337-343.  
doi:10.1016/j.math.2005.07.004
- Stuge, B., Lærum, E., Kirkesola, G., & Vøllestad, N. (2004). The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 29(4), 351-9.  
doi:10.1097/01.brs.0000090827.16926.1d
- Stuge, B., Veierød, M., Lærum, E., & Vøllestad, N. (2004). The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a two-year follow-up of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 29(10), E197-203. doi:10.1097/00007632-200405150-00021
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Verstraete, E., Vanderstraeten, G., & Parewijck, W. (2013). Pelvic Girdle Pain during or after Pregnancy: a review of recent evidence and a clinical care path proposal. *Facts Views Vis Obgyn*, 5(1), 33-43.
- Vleeming, A., Albert, H., Ostgaard, H., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.*, 17(6), 794-819.

## Vedlegg 1 - Informasjonsskriv



### Informasjon om deltakelse til intervju

Vi er to fysioterapistudenter på siste året ved NTNU som skal skrive bacheloroppgaven vår dette semesteret. Vi har stor interesse for kvinnehelse og føler at det er et tema som får for lite oppmerksomhet. Derfor vil vi gjerne få dypere kunnskap om det. Vi er spesielt interessert i å fordype oss inn i bekkenleddsplager etter svangerskapet. For å finne ut av det ønsker vi gjerne å intervju deg.

### Formål

Formålet med bacheloroppgaven er å få innblikk i hvilke erfaringer fysioterapeuten har i praksis med kvinner med bekkenleddsplager etter svangerskapet. Vi ønsker også å se nærmere på hvilke tilnærming og behandling som blir benyttet.

### Hvorfor får du spørsmål om å bli intervjuet?

Vi ønsker å intervju fysioterapeuter i Norge med kompetanse og erfaring innenfor bekkenleddsplager. Ved å delta vil vi bruke dine erfaringer som en del av bacheloroppgaven vår. Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan når som helst trekke tilbake samtykket uten å oppgi årsak. Dersom du velger å trekke deg, vil all informasjon du har gitt oss bli slettet. All rådata vil bli slettet etter oppgaven er levert. Intervjuet har ingen intensjon om at du skal føle deg presset til å si noe taushetsbelagt, men du er selv ansvarlig for å opprettholde taushetsplikten dersom en slik situasjon oppstår.

### Gjennomføring

Intervjuet vil vare i 40-500 minutter på zoom eller fysisk på ditt arbeidsted. All informasjonen vi får av deg vil bli anonymisert og det vil ikke bli tatt opptak. Det vil kun være oss to og deg som er til stede underveis. Vi er fleksible, men tenker å få gjennomført det i uke 43, 44 eller 45.

Vi håper du ønsker å hjelpe oss med å realisere dette prosjektet. Dersom du ønsker å delta, send oss gjerne en e-post med forslag til dato og tidspunkt som passer deg.

### Kontaktinformasjon

Navn : Student1 & Student2

E-post : [student@stud.ntnu.no](mailto:student@stud.ntnu.no)

Tlf : 12345678



## Vedlegg 2 - Intervjuguide

### Tusen takk for at du stiller opp!

Vi setter stor pris på ditt engasjement, og ved å delta muliggjør du bacheloroppgaven vår. Dette er et intervju som kun foregår mellom oss, og det blir ikke tatt lydopptak. Den ene av oss kommer til å stille spørsmålene, mens den andre noterer. All informasjon vi får av deg er anonymt og blir benyttet på et overordnet nivå. Disse vil ikke være tilgjengelige for andre enn oss og veilederen og blir makulert etter at bacheloroppgaven er levert.

Intervjuet varer i 30 minutter. Hensikten er å undersøke hva som blir gjort i praksis med de kvinnene som har bekkenleddsplager etter svangerskapet. Er det noe du lurer på før vi begynner?

### Innlendende spørsmål

#### 1) Kan du starte med å fortelle litt om bakgrunnen din som fysioterapeut?

- Oppfølgingsspørsmål om : utdanningsnivå, kurs, tidligere jobber, nåtidens jobb
- Hvor har du fått din kompetanse på bekkenleddsmerter fra ?
  - *Hensikt: finne ut av hvor kompetansen på bekkenleddsmerter kommer fra*

#### 2) Kan du fortelle litt om pasientgruppen?

- Hvilke typiske symptomer/vansker har de?
- Hva er den største utfordringen disse kvinnene har?
  - *Hensikt: Finne ut av om det er noen elementer som fysioterapeuten skal være obs på i behandlingen og noen elementer som vi bør undersøke for å svare på problemstillingen vår, om det er noen typiske tegn som gjør at behandlingen skal skille seg fra en tradisjonell tilnærming*

### Tematiserte spørsmål

#### Kartlegging

#### 3) Hvordan kartlegger du situasjonen til pasienten?

- Hva er de viktigste elementene du ser etter i anamnesen?
- Hva er de viktigste elementene du ser etter i den fysiske undersøkelsen?
  - *Hensikt: finne ut av hvilke elementer fysioterapeuten vurderer i kartleggingen*

## Tiltak

### 4) Kan du fortelle litt om de ulike behandlingsmetodene du benytter deg av på denne pasientgruppen?

- Hva gjør du for å heve helsekompetansen til pasienten?
- Hvilke aktive tiltak har du?
- Hvilke passive tiltak har du?
  
- Vi har lest i forskning at noen deler bekkenleddsplager i subgrupper avhengig av hvor mange ledd som er affisert eller mekanismen som ligger bak – er det noe du tar hensyn til ?

*Tabellen skal brukes som hjelpemiddel for å kunne spørre nærmere om spesifikke elementer dersom de ikke dukket opp naturlig i samtalen. Denne tabellen blir ikke vist til informantene.*

- Tiltak for å heve **helsekompetanse**/empowerment
  - ➔ Informasjon/mestringsstrategier/ ergonomiske råd
  - ➔ Bevegelsesfrykt/unngåelsesatferd
  - ➔ Kroppsbevissthet
  
- Aktive/passive tiltak
  - ➔ Trening
    - Generell aktivitet
    - Tøyning
    - Styrkeøvelser
    - Stabiliserende øvelser
  - ➔ Leddmobilisering
  - ➔ Massasje/avspenning
  - ➔ Akupunktur
  - ➔ Hjelpemidler (eks: bekkenbelte eller krykker)

### 5) Hvordan tar du hensyn til psykiske og sosiale faktorer hos pasienten ?

- Hvordan inkluderer du det i behandlingen?

### 6) Har du noen forsiktighetsregler for pasienten?

## Avsluttende spørsmål

- Hvis du skulle oppsummere : hva er det som skiller en fysioterapeut med kompetanse på bekkenleddsplager og en allmenn fysioterapeut ?
- Har du noen flere tanker før vi runder av?

## Vedlegg 3 - Samtykkeskjema



### **Samtykkeskjema for deltakelse i intervju om fysioterapeutens erfaringer med bekkenleddsplager etter svangerskapet**

Jeg har lest informasjonsskrivet og har dermed forstått informasjon om prosjektet.

Jeg samtykker til å deltakelse i intervju som en del av denne bacheloroppgaven.

Navn : \_\_\_\_\_

Sted og dato : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

E-post : \_\_\_\_\_

Underskrift : \_\_\_\_\_

