



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BFY330-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-05-2023 00:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BFY330 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	202
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7962
----------------------	------

Egenerklæring \*: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

«Fysioterapi og kvinnehelse tilknyttet  
helsestasjonen: Fysioterapeuters erfaringer og  
refleksjoner»

«Physiotherapy and women's health in health  
centers: Physiotherapists' experiences and  
reflections “

## Kandidatnummer 202

Bachelor i fysioterapi, F19

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse og funksjon (IHF)

Innleveringsdato: 15.05.23

Antall ord: 7962

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Jeg er heldig som har fått skrevet bacheloroppgave om et tema som ligger mitt hjerte nært. Utover å ha fordypet meg i selve temaet har jeg opplevd selvutvikling i prosessen å jobbe med prosjektet, og jeg er nå mange erfaringer rikere.

Jeg vil benytte anledningen til å takke mine tre informanter som har bidratt med sin tid, sitt engasjement og verdifulle informasjon. Mange takk skal også rettes til min veileder som har gitt meg god støtte og vært mitt fyrårn når jeg er redevill. Og ikke minst tusen takk til mine nære som har stilt opp for meg i denne arbeidsprosessen.

Jeg håper videre lesing vil vekke engasjement og åpne for nye perspektiver

Bergen, 14. mai 2023

## Sammendrag

**Tittel:** «Fysioterapi og kvinnehelse på helsestasjonen: Fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner»

**Problemstilling:** Hvilken rolle kan fysioterapeuter ha i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen tilknyttet oppfølging av gravide og post-gravide kvinner?

**Metode:** For å besvare problemstillingen ble det benyttet kvalitativ metode. Jeg gjennomførte semistrukturerte intervju med tre kommunale fysioterapeuter fra ulike kommuner, som innehar erfaring med å drive tilbud rettet mot gravide og/eller barselkvinner i primærhelsetjenesten. Intervjuene ble transkribert og analysert i henhold til Malterud (2017) sin metode for systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Norske kommuner har sprikende tilbud til gravide og barselkvinner hvor fysioterapeut er inkludert. Gravide og barselkvinner kan komme i kontakt med fysioterapeuter gjennom lavterskeltilbud på helsestasjonen. Tilbudene som presenteres er gruppetimer, bassengtimer, fødselsforberedende kurs og firemånedersgruppe. Tilbudene varierer fra kommune til kommune og er basert på organisatoriske forhold, ressursprioritering og engasjement. Fysioterapeutene opplever verdi og nytte i å være tilgjengelige for kvinner i denne livsperioden. Samtidig påpekes manglende kunnskap og utilstrekkelighet i møte med gravide og barselkvinner behov.

**Konklusjon:** Kommunefysioterapeuters kvinnehelsekompetanse synes stort sett å være erfaringsbasert og tilegnet grunnet personlig engasjement, selv om evidensbasert kunnskap tilknyttet fysioterapi, svangerskap, fødsel og barsel eksisterer. Erfaringer fra denne studien impliserer derfor mangler i kunnskapsoverføring for fysioterapeuter som skal yte offentlig helsehjelp tilknyttet gravide og barselkvinner. Videre ville det vært interessant å se på fysioterapeuters bidrag for å styrke den tverrfaglige kompetansen rundt svangerskaps- og barselomsorgen på helsestasjonen.

## Abstract

**Title:** “Physiotherapy and women’s health in health centers: Physiotherapists’ experiences and reflections “

**Research question:** What role can physiotherapists have in the multidisciplinary composition at the health center related to the follow-up of pregnant and post-pregnant women?

**Method:** In order to answer the research question, a qualitative method was used. I conducted semi-structured interviews with three municipal physiotherapists from different municipalities, who have experience in running services aiming pregnant and/or maternity women in the primary healthcare service. The interviews were transcribed and analyzed according to Malterud’s (2017) method for systematic text condensation.

**Results:** Norwegian municipalities have varying services for pregnant and maternity women including physiotherapists. Pregnant and maternity women can interact with physiotherapists through low-threshold services at the health centers. The offers presented are group lessons, pool lessons, birth preparation courses and four-month group. The offers vary from municipality to municipality and are based on organizational conditions, resource prioritization and commitment. The physiotherapists experience meaning and resourcefulness in being available to women in this period of life. At the same time, a lack of knowledge and inadequacy in meeting the needs of pregnant and maternity women is pointed out.

**Conclusion:** Municipal physiotherapists' key competence concerning women’s health seems to be mostly experience-based and acquired due to personal commitment, even if evidence-based knowledge related to physiotherapy, pregnancy, childbirth and maternity exists. The study implies deficiencies in knowledge transfer for physiotherapists providing public healthcare related to pregnant and maternity women. Furthermore, it would be interesting to look at physiotherapists' contribution to strengthen the interdisciplinary competence related to pregnancy and maternity care at the health center.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Hensikt og problemstilling	8
1.3 Oppbygging av oppgaven	8
<b>2.0 Teori</b>	<b>9</b>
2.1 Svangerskap, fødsel og barsel	9
2.1.1 Helse situasjonen til norske fødekvinne	9
2.1.2 Fysioterapi og fysisk aktivitet for fødekvinne	10
2.2 Primærhelsetjenestens innhold	10
2.2.1 Fysioterapi i primærhelsetjenesten	10
2.2.2 Helsestasjonens tverrfaglige sammensetning	11
<b>3.0 Metode</b>	<b>12</b>
3.1 Valg av metode	12
3.2 Valg av informanter	12
3.2.1 Presentasjon av informanter	12
3.3 Forberedelse til intervju	13
3.4 Gjennomføring av intervju	14
3.5 Bearbeidelse av data	14
3.5.1 Transkribering	14
3.5.2 Analyse av data	14
3.6 Forforståelse	16
3.7 Ethiske aspekt	17
<b>4.0 Resultat</b>	<b>17</b>
4.1 Tilbud, etableringsgrunnlag og drift	18
4.1.1 Fysioterapeutenes møte med fødekvinne	18
4.1.2 Tverrfaglig samarbeid	19
4.1.3 Engasjement	19
4.1.4 Rekruttering og oppmøte - prisgitt jordmødrene	19
4.1.5 Det sosiale aspektet	20
4.1.6 Firemånedersgruppen	20
4.2 Organisering og struktur	21
4.2.1 Ressursbruk og -prioritering	21
4.2.2 Tjenesteorganisering, retningslinjer og mandat	21
4.2.3 Lokalisering	22
4.3 Verdien av fysioterapeuters fagkunnskap	22
4.3.1 Å bli sett med andre øyne	22
4.3.2 Kompetanse om kvinnehelse	23
4.3.3 Kommunefysioterapeuten som bro til videre helsehjelp	23
4.4 Muligheter for mødrerettet helsehjelp i helsestasjonstjenesten	24
4.4.1 Helsefremming og forebygging for gravide og barselkvinner	24
4.4.2 Små tiltak, store gevinster	25
4.4.3 Sammen om et tverrfaglig tilbud	25

<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>26</b>
5.1 Kommunefysioterapeuters lavterskeltilbud til gravide og barselkvinner .....	26
5.2 Likeverdige tjenester i oppfølging av fødekvinne .....	29
5.3 Behov for å sette fødekvinners helse på agendaen .....	30
<b>6.0 Metodediskusjon .....</b>	<b>32</b>
6.1 Valg av metode .....	32
6.2. Valg av informanter .....	32
6.3 Gjennomføring av intervju .....	33
6.4 Analyse .....	33
6.6 Implikasjoner for fysioterapi praksis .....	33
<b>7.0 Konklusjon .....</b>	<b>34</b>
<b>8.0 Referanseliste .....</b>	<b>35</b>
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....	41
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	44
Vedlegg 3: Transkripsjon av intervju 1 – 10.02.23 .....	47
Vedlegg 4: Transkripsjon av Intervju 2 – 11.02.23 .....	60
Vedlegg 5: Transkripsjon av Intervju 3 – 18.02.23 .....	70
<b>Tabeller og figurer .....</b>	
Tabell 3.2.1: <i>Presentasjon av informanter</i> .....	13
Tabell 3.5.2: <i>Analyseprosessen</i> .....	15
Tabell 4.1: <i>Oversikt over resultatkategoriene og tilhørende subgrupper</i> .....	17

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

2022 gav historiske lave fødselstall, og siden 1970 har fertilitetstallet gått fra 2,5 til 1,4 fødte per kvinne (SSB, 2022). Lav spedbarnsdødelighet og lave dødfødselsrater gjør Norge til et av verdens tryggeste land å føde i (Folkehelseinstituttet, 2018), men i Kvinnehelseutvalgets nylige utredning, «*Den store forskjellen*», beskrives langvarig nedprioritering og manglende anerkjennelse av kvinners særskilte behov som årsak til betydelige mangler og utfordringer i landets svangerskaps-, fødsel og barselomsorg (NOU 2023: 5, 2023).

Stadig ansvarsforflytning til offentlig sektor har medført økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgskomiteen, 2011). En grunnleggende del av dette arbeidet foregår på kommunenes helsestasjoner. Helse- og Omsorgsdepartementet (2022) beskriver Helsestasjons- og skolehelsetjenesten som «...den viktigste tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, gravide og barselfamilier», da tjenestene når bredt ut i befolkningen. For å oppfylle ansvaret om helsefremmende og forebyggende tjenester plikter kommunen å tilknytttes fysioterapeut, likevel er fysioterapeuten kun en bør-tjeneste på helsestasjonen (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, paragr. 3; Helsedirektoratet, 2014). Også i retningslinjene for svangerskaps- og barselomsorgen kommer fysioterapeuten i skyggen, selv om flere anbefalinger omhandler fysioterapeuters fagkompetanse (Helsedirektoratet, 2014, 2019).

Sosiale medier har muliggjort kunnskaps- og informasjonsdeling for behandlere og brukere, og dermed økt søkelyset på manglene rundt kvinnehelsepraktisering. Fysioterapeutene Kari Bø og Britt Stuge har uttalt seg om manglende oppfølging av barselkvinner i primærhelsetjenesten (Mårdalen, 2020a, 2020b). Bø påpeker at fysioterapeuter tilknyttet helsestasjonen blir færre, som dermed medfører nedprioritering av mor til fordel for barnet. Hun angir oppheving av henvisningsordningen i 2018 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021) som en bidragsyter til fysioterapeuters stadige utilgjengelighet for fødekvinne, da de selv må etablere kontakt. Stuge bifaller og mener fysioterapeuters fravær skaper rom for mammabloggere og ufaglærte behandlere uten evidensbasert grunnlag. Organisasjonene «Barselopprøret» (2021a), «Bunadsgeriljaen»(2019) og «Femihelse»(2018) har medvirket for



å tydeliggjøre kvinners stemmer og sammen formulert «10 krav til bedre barselomsorg» (Barseloppørret, 2021b). De etterlyser blant annet styrket oppfølging av mors fysiske og psykiske helse, inkludert en time oppfølging hos fysioterapeut etter fødsel.

Behovet for forebyggende og helsefremmende tjenester har gjennom utdanningsløpet blitt tydeligere for meg. Samtidig oppleves fysioterapeutens rolle i dette arbeidet underkommunisert, noe som også kom frem i en bachelor-oppgave fra 2022 som undersøkte mødrenes erfaringer med fysioterapeuters rolle på helsestasjonen (Norum & Sakshaug, 2022). På bakgrunn av et tydelig behov for fysioterapeuters kompetanse hos gravide og post-gravide, i tillegg til vage føringer for praksis av kvinnehelse i svangerskaps- og barselomsorgen, ble temaet fysioterapi og kvinnehelse på helsestasjonen.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Formålet med prosjektet er å undersøke i hvilken grad kommunefysioterapeuter deltar i det helsefremmende og -forebyggende arbeidet ved helsestasjonens svangerskap- og barselomsorg, og hvilke erfaringer og refleksjoner de har rundt sin rolle i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen når det gjelder gravide og post-gravide kvinner.

Basert på prosjektets bakgrunn og hensikt utarbeidet jeg følgende problemstilling:

*Hvilken rolle har fysioterapeuter i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen tilknyttet oppfølging av gravide og post-gravide kvinner?*

Det ble i rekrutteringsfasen tydelig at fysioterapiledede tilbud til gravide og barselkvinner i kommunene er sprikende eller manglende, dermed ble problemstillingsformuleringen endret:

*Hvilken rolle kan fysioterapeuter ha i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen tilknyttet oppfølging av gravide og post-gravide kvinner?*

## 1.3 Oppbygging av oppgaven

Innledningsvis blir relevant teori presentert i kapittel 2. Oppgavens metodebeskrivelse med vitenskapsteoretisk perspektiv, presentasjon av informanter og tekstanalyse formuleres i

kapittel 3, mens resultat fra analysen beskrives i kapittel 4. Kapittel 5 består av resultatdiskusjon tilknyttet teori. Deretter fremgår metodediskusjon før oppgaven avrundes med konklusjon.

## 2.0 Teori

### 2.1 Svangerskap, fødsel og barsel

Svangerskap, fødsel og barsel er perioder i kvinners liv som innebærer hormonelle, anatomiske og fysiologiske prosesser med økt sårbarhet og risiko for ulike helseutfordringer. Vanlige plager i svangerskapet er kvalme, oppkast, halsbrann og sure oppstøt, trøtthet, søvnproblemer, humørsvingninger, ødemer, leggkramper, åreknuter og rygg- og bekkenleddsmerter (Helsenorge, 2019b). Flertallet opplever forbigående plager mens andre kan oppleve store helseutfordringer før og etter fødsel. Bekkenleddsyndrom og bekkenbunnsdysfunksjon kan eksempelvis være delvis invalidiserende og smertefullt (NOU 2023: 5, 2023), mens fødselsdepresjon rammer 7-13 prosent av norske kvinner (Folkehelseinstituttet, 2018). Barseltiden er de seks første ukene etter fødsel, hvor kroppen er i en restitusjonsfase, hvor balanse mellom aktivitet og hvile, med gradvis opptrening og bevegelse av kroppen bør vektlegges (Helsenorge, 2019a, 2019b).

#### 2.1.1 Helsesituasjonen til norske fødekvinner

Å kunne bli gravid og bære frem barn er et sunnhetstegn, men med bedre velferd og utvikling av helseteknologiske verktøy er fødepopulasjonen blitt helsemessig mer kompleks (Helsedirektoratet, 2020). Førstegangsfødende var i 2022 gjennomsnittlig 31,7 år (Statistisk Sentralbyrå, 2023), og 38,6 prosent hadde overvekt eller fedme før svangerskapet i 2021 (Medisinsk fødselsregister, u.å.), som resulterer i økt andel kvinner med oppståtte sykdommer før graviditet (Helsedirektoratet, 2020). Alder over 30, høy kroppsmasseindeks, og kjent helseproblematikk medfører økt risiko for komplikasjoner i svangerskap og under fødsel, med større risiko for blant annet svangerskapsforgiftning, svangerskapsdiabetes og operativ forløsning (Folkehelseinstituttet, 2018; Helsedirektoratet, 2020). Kvinner med utfordringer knyttet til psykisk helse, med innvandrerbakgrunn eller med krevende livssituasjoner er økende, og blir betegnet som særlig sårbare fødekvinner (NOU 2023: 5, 2023).

### *2.1.2 Fysioterapi og fysisk aktivitet for fødekvinne*

Fysioterapeuter arbeider helsefremmende, forebyggende og behandlende innenfor kunnskapsfeltet kropp, funksjon og bevegelse (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012). Helsedirektoratet (2021) anbefaler helsepersonell å gjøre gravide bevisst fordelene med fysisk aktivitet gjennom samtale og stimulere til minst mulig stillesitting, da fysisk aktivitet gir gode helsegevinster selv om nivået er under anbefalingene (World Health Organization, 2020). Helsedirektoratet (2021) anbefaler veiledet fysisk aktivitet tilpasset den enkelte gravide, og at gravide med bekkeledd- og/eller ryggsmarter ved behov oppfølges av fysioterapeut. Videre rådes helsepersonell å informere gravide om fordelene med å starte tidlig bekkenbunnstrening, som er godt dokumentert i forebygging og behandling av urininkontinens (Bø, 2020; Helsedirektoratet, 2021). Svangerskap blir påpekt som en mulighet å endre vaner i positiv retning, også med fordel for barnet, dermed anbefales helsepersonell å tilby strukturert samtale for gravide, med mer oppfølging ved behov (Helsedirektoratet, 2021).

## 2.2 Primærhelsetjenestens innhold

I Norge deles helse- og omsorgssektoren inn i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, hvor tjenesteansvaret fordeles henholdsvis kommunene og staten gjennom landets fire helseforetak. Svangerskap- og barselomsorg tilfaller kommunens ansvar om primære helsetjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

### *2.2.1 Fysioterapi i primærhelsetjenesten*

Fysioterapitjenesten er pålagt kommunene for drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid defineres i Ottawa Charteret (1986) som prosessen å gjøre mennesker i stand til å ta kontroll over, og bedre egen helse. Samhandlingsreformen medførte i 2012 økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten med mål om å sikre framtidige helse- og omsorgstjenester som imøtekommer pasientens behov til koordinerte tjenester, samt de store samfunnsøkonomiske utfordringene (*St.meld. nr. 47 (2008-2009)*). Kommunen organiserer fysioterapitjenesten ved å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger eller ved å inngå driftsavtaler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Ifølge Statistisk sentralbyrå var det i

2021 9,6 kommunale fysioterapiårverk per 10.000 innbyggere, altså en økning på 0,6 fra 2015 (Statistisk Sentralbyrå, 2022) For å gjøre fysioterapibehandling mer tilgjengelig ble henvisningsplikten fjernet fra januar 2018, slik at fysioterapeuter kan oppsøkes direkte (Helfo, 2021).

### *2.2.2 Helsestasjonens tverrfaglige sammensetning*

Helsestasjonstjenesten retter seg mot gravide, barselkvinner, deres partnere og barn 0-5 år, og har svært høy oppslutning i befolkningen (Omsorgsdepartementet, 2022).

Helsestasjonens formål er blant annet å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode miljømessige og sosiale forhold, forebygge sykdom og skader og utjevne sosiale helseforskjeller (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Ifølge §3 og 5 har man krav på svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjonstjenesten, med annen helseundersøkelse, rådgivning, oppfølging eller henvisning ved behov.

Tverrfaglig samarbeid fremmer utvikling av felles kompetanse og er en metodikk som kan bidra til mer robuste tjenester ved å utnytte merverdien i kunnskapsdeling (Helsedirektoratet, 2017b). Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er klarhet rundt roller og forventninger internt, at fagpersonell er bevisst egen spesifikke kompetanse og tilgrensende fagkompetanse i teamet, samt tid til refleksjon og evaluering (Helsedirektoratet, 2017b). I veileder for helsestasjonstjenesten (Helsedirektoratet, 2017a) blir fysioterapeutens kompetanse om funksjonsvurdering, motorisk utvikling, fysisk aktivitet og kroppslige uttrykk for psykiske problemer brukt som grunnlag for anbefalingen at fysioterapeuten *bør* bidra med det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom kvalitetssikring (Helsedirektoratet, 2017a). Videre blir det foreslått konkrete tiltak med tverrfaglige, gruppebaserte tilbud tiltenkt barn, mens kvinnehelse og fysioterapeutens rolle i svangerskaps- og barselomsorgen blir utelatt. Forsvarlighetskrav for helsestasjonsdriften tillater interne bestemmelser for tjenestens ytre rammer gjeldende kommunens lovpålagte ansvar om profesjonstverrfaglighetens innhold, som dermed muliggjør ulik integrering av fysioterapeut (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, paragr. 3; Helsedirektoratet, 2014).

## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av metode

Prosjektet har innhentet og fortolket informasjon om kommunefysioterapeuters erfaringer og refleksjoner, og baseres på fenomenologiske og hermeneutiske tradisjoner for kvalitativ metode (Malterud, 2017, s. 28–29). Kvalitative metoder tillater vitenskapelig innsyn i mer enn generaliserbar kunnskap, og tilnærmingen rommer menneskers erfaringer, holdninger, tanker og opplevelser for å utvikle mer nyansert forståelse for fenomenet som blir studert (Malterud, 2017, s. 30). For å innhente kunnskap om kommunefysioterapeuters subjektive erfaringer ble det hensiktsmessig å bruke fenomenologisk tilnærming ved hjelp av kvalitative individualintervju (Malterud, 2017, s. 28,133).

Videre brukes en hermeneutisk tilnærming i analyseprosessen for å presentere datamaterialet. Hermeneutikk omhandler tolkning av meninger i menneskelige uttrykk, og tilnærmingen vektlegger særlig forholdet mellom deler og helhet (Malterud, 2017, s. 28). Dermed er egen forforståelse og selvrefleksjon grunnleggende for konteksten i analyseprosessen, og for reliabiliteten i oppgaven (Dalland, 2017, s. 61).

### 3.2 Valg av informanter

For å innhente relevant data med hensyn til forforståelse, problemstilling og teoretisk referanseramme, etablerte jeg et strategisk utvalg (Malterud, 2017, s. 58). Målet med et strategisk utvalg er å innhente nyansert data om problemstillingen basert på egen innsikt og bestemmelse om hvilket materiale som best kan danne grunnlag for tolkninger og funn angående mitt forskningsspørsmål, og derfra rekruttere informanter (Malterud, 2017, s. 58–59). Inklusjonskriterier for å etablere kontakt med aktuelle informanter var informasjon om fysioterapitjenestetilbud til gravide og/eller barselkvinner på kommunens nettsider, og videre at informanten hadde erfaring med, eller drev tilbudet. Eksklusjonskriteriet var informanter fra samme kommune. For å oppnå variasjonsbredde valgte jeg å rekruttere tre informanter tilknyttet helsestasjoner i kommuner med forskjellig størrelse og i ulik landsdel.

#### 3.2.1 Presentasjon av informanter

Tabell 3.2.1 viser presentasjon av informantenes bakgrunn.

Tabell 3.2.1: Presentasjon av informanter

	Informant 1	Informant 2	Informant 3
Nåværende stilling	Leder for frisklivssentral og for fysio- og ergoterapitjenesten	Kommunal fysioterapeut, voksne	Kommunal fysioterapeut, barn
Erfaring innen	Bedriftshelsetjenesten, ortopedi, barn	Nevrologi, ortopedi og gravide	Barn, fødselsforberedende kurs og firemånedersgruppe
Erfaring med gravide/ barselkvinner	Lengre erfaring med treningsgrupper for gravide og barselkvinner	Lengre erfaring med bassengrupper for gravide	Lengre erfaring med fødselsforberedende kurs og firemånedersgruppe
Engasjement, kurs	Har deltatt på fagdag i kvinnehelse i regi av Norges idrettshøyskole	Grunnet pandemi utgikk planlagt kursdeltakelse	Deltatt på fagkongresser for kvinnehelse. Grunnkurs om trening i svangerskap og barsel. Fysiopilateskurs rettet mot gravide og barselkvinner.
Antall innbyggere i kommunen	Rundt 20 000	Rundt 40 000	Rundt 22 000

### 3.3 Forberedelse til intervju

Som fordypning i prosjektet og forberedelse til intervju leste jeg meg opp på relevant teori. Med dette og min forforståelse som grunnlag ble det utarbeidet en intervjuguide, hvilket tilfører forskningssamtalen visse rammer med rom for nye spørsmål (Malterud, 2017, s. 133). Det ble utført et testintervju før intervjuguiden ble ferdigstilt. Informantene hadde i forkant av intervjuene fått tilsendt informasjons- og samtykkeskjema (Vedlegg 1), samt intervjuguide. Samtykkeskjema ble utskrevet, signert og tilsendt meg av informantene i forkant av intervjuene.

### 3.4 Gjennomføring av intervju

Grunnet avstand ble intervjuene gjennomført via Zoom, på et tidspunkt informanten selv valgte. Ved intervjustart minnet jeg informanten om min taushetsplikt, hens rett til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi en grunn, og gjengav problemstillingen for å skape et felles utgangspunkt for kunnskapsutvikling. Det ble tatt lydopptak med privat mobil i flymodus. Intervjuguiden ble brukt som et veiledende verktøy, hvor jeg fokuserte på aktiv lytting og ta notater for oppfølgingsspørsmål for å sikre viktig informasjon. Da intervjuet nærmet seg slutten så jeg over intervjuguiden for å utelukke ubesvarte spørsmål, og informanten fikk anledning til å tilføye eventuelle tilleggsopplysninger avslutningsvis. Intervjuene varte henholdsvis 47 min, 37 min og 57 min. Intervjuguiden ble revidert etter hvert intervju for å endre spørsmålsformuleringen ettersom viktig tilleggsinformasjon oppsto (Malterud, 2017, s. 134).

### 3.5 Bearbeidelse av data

#### 3.5.1 Transkribering

Transkribering av datamaterialet ble gjort fortløpende etter hvert intervju for å ha non-verbale faktorer friskt i minne. Ved skriftliggjøring av tale vil man alltid miste noe informasjon på veien (Dalland, 2017, s. 88) og transkribering vil føre til en viss fordreining datamaterialet, selv ved detaljert nedskrivning (Malterud, 2017, s. 78). Datamaterialet ble i første omgang transkribert ord-for-ord, før jeg i andre omgang leste transkriberingen under avspilling av lydopptakene. Dette for å sikre reliabilitet i datamaterialet ved å korrigere eventuelle feil, og for å inkludere egne notater som føltes viktig for helhetsinntrykket (Dalland, 2017, s. 60). Datamaterialet ble gjentatte ganger gjennomgått for å undersøke usikre momenter og for å sikre anonymisering. For å gjøre datamaterialet analysevennlig ble teksten bearbeidet til en mer skriftlig form, og typiske muntlige tilleggsord ble fjernet (Dalland, 2017, s. 89), deretter ble lydopptakene slettet.

#### 3.5.2 Analyse av data

For analyse av datamateriale ble det benyttet systematisk tekstkondensering, som er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). Systematisk tekstkondensering ivaretar det hermeneutisk-fenomenologiske

perspektivet i prosjektet og tillater tydeliggjøring av den hermeneutiske tilnærmingen hvor man finner deler i teksten og ilegger dem en dypere mening, for så sette dette i kontekst ved å vise til egen tolkning (Malterud, 2017, s. 97). Ved å bli bevisst min forforståelse kan jeg bruke den til min fordel til en viss grad, og aktivt gå inn for å finne motargumenter i min tolkning av datamaterialet (Dalland, 2017, s. 58).

Tabell 3.5.2 beskriver de fire analysetrinnene etter Malteruds metode for tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 97–116):

Tabell 3.5.2: Analyseprosessen

Analysetrinn	Beskrivelse
1	<p><b>Få et helhetsinntrykk</b></p> <p>Etter tekstbearbeidingen under transkriberingen ble det dannet et helhetsinntrykk av datamaterialet og ideer om temaer kom frem. Etter fenomenologiske prinsipper for forståelse gikk jeg på dette trinnet aktivt inn for å sette min teoretiske referanseramme og forforståelse i parentes (Malterud, 2017, s. 28,99). Med problemstillingen i bakhodet leste jeg gjennom det samlede datamaterialet på nytt og identifiserte fire foreløpige temaer.</p>
2	<p><b>Identifisere meningsbærende enheter</b></p> <p>I andre trinn ble data som kunne belyse problemstillingen organisert, mens data vurdert irrelevant ble fjernet. Tekst som kunne belyse min problemstilling ble identifisert som meningsbærende enheter og inndelt i kodegrupper. Kodegruppene ble videre inndelt i subgrupper. Det ble sett hvordan de foreløpige temaene kunne belyse problemstillingen, og med dette som grunnlag ble temaene omformulert til koder som utgangspunkt i å innhente meningsbærende enheter i teksten. Kodene rommer de meningsbærende enheter i kodegrupper, som dermed muliggjorde systematisk kodearbeid av datamaterialet. Kodene ble justert underveis i kodearbeidet for å kunne inkludere de</p>



	meningsbærende enhetene.
3	<p><b>Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene</b></p> <p>På dette trinnet har datamaterialet blitt redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 105). Med sikte på å mest relevant belyse min problemstilling ble kodegruppene videre inndelt i subgrupper, som forteller noe om hovedaspektene til kodegruppen, og som herved er analyseenheten. Fra subgruppens meningsbærende enheter ble det laget et kondensat. Fra hvert av subgruppens kondensat ble det utvalgt et sitat som best mulig illustrerte innholdet.</p>
4	<p><b>Sammenfatte betydningen av dette</b></p> <p>På det fjerde trinnet skal datamaterialet rekontekstualiseres (Malterud, 2017, s. 108). Kondensatene fra hver subgruppe ble brukt til å lage en analytisk tekst, illustrert ved tilhørende sitat fra trinn 3, og det ble formulert passende navn i resultatkategoriene.</p>

### 3.6 Forforståelse

Forforståelsen består av de erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen man har ved starten av prosjektet (Malterud, 2017, s. 45). Min forforståelse er påvirket av at jeg er fysioterapistudent, medmenneske og mamma. Som fysioterapistudent har jeg fått økt kunnskap om helsesektorens oppbygging og ansvarsfordeling, samt oversikt over problemer og sykdomsbildet i befolkningen. I nære relasjoner har jeg opplevd kvinner med problemer de føler avmakt for, men som jeg vet har forebyggings- eller behandlingsstrategier. Jeg har selv gått gjennom et svangerskap, født og opplevd hvordan dette påvirket mitt vesen. Med dette som grunnlag bærer prosjektet preg av personlig engasjement i mine ulike roller for å innhente kunnskap.

### 3.7 Ethiske aspekt

Det er flere etiske aspekter ved kvalitativ forskning, da metoden omfatter innsamling og tolkning av menneskers livserfaringer og tanker. Prosjektet utføres i tråd med Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer, og etter meldeskjema godkjent av Sikt (referansenummer 628074) sine vilkår. Et prinsipielt etisk aspekt ved kvalitativ forskning er ivaretagelse av personvern og anonymitet, og derfor er skriftlig informasjon og informert samtykke en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk strategi (World Medical Association, 2022). Det ble utarbeidet skjema for informert samtykke etter Sikt sine bestemmelser, som inneholdt informasjon rundt prosjektet, intervjuet, informantens rettigheter, personvernstiltak samt kontaktinformasjon. Signert samtykkeskjema ble returnert. Under transkripsjonen ble datamaterialet anonymisert og dermed lagret på privat, passordsikret pc. Etter sensur av oppgaven vil all data bli slettet.

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres resultater fra intervjuene. Analysen gav respektive fire resultat kategorier som belyser problemstillingen, og som videre er oppdelt i subgrupper for å fremheve informantenes erfaringer og refleksjoner:

Tabell 4.1. Oversikt over resultatkategoriene og tilhørende subgrupper.

Resultatkategori	Subgruppe
4.1 Tilbud, etablering og drift	<i>4.1.1 Fysioterapeutenes møte med fødekvinne</i>
	<i>4.1.2 Tverrfaglig samarbeid</i>
	<i>4.1.3 Engasjement</i>
	<i>4.1.4 Rekruttering og oppmøte – prisgitt jordmødrene</i>
	<i>4.1.5 Det sosiale aspektet</i>
	<i>4.1.6 Firemånedersgruppen</i>
4.2 Organisering og struktur i kommunene	<i>4.2.1 Ressursbruk og -prioritering</i>
	<i>4.2.2 Tjenesteorganisering, retningslinjer og mandat</i>

	<i>4.2.3 Lokalisering</i>
4.3 Verdien av fysioterapeuters fagkompetanse	<i>4.3.1 Å bli sett med andre øyne</i>
	<i>4.3.2 Kompetanse om kvinnehelse</i>
	<i>4.3.3 Kommunefysioterapeuten som bro til videre helsehjelp</i>
4.4 Muligheter for mødrerettet helsehjelp i helsestasjonstjenesten	<i>4.4.1 Helsefremming og forebygging for gravide og barselkvinner</i>
	<i>4.4.2 Små tiltak, store gevinster</i>
	<i>4.4.3 Sammen om et tverrfaglig tilbud</i>

#### **4.1 Tilbud, etableringsgrunnlag og drift**

##### *4.1.1 Fysioterapeutenes møte med fødekvinner*

Informantene driver lavterskeltilbud til gravide eller barselkvinner i sin kommune. Informant 1 holder ukentlige treningstimer for gravide og barselkvinner gjennom frisklivssentralen. Gravidtimene er gratis, mens barselkvinnene betaler et mindre beløp for en seks måneders treningsperiode etter fødsel. Informant 2 tilbyr ukentlig bassengtrening for gravide, mot en mindre sum for treningsperioden. Informant 3 møter gravide gjennom å holde fødselsforberedende kurs sammen med jordmor, og mødre på fire måneders gruppe. Begge holdes på helsestasjonen og er gratis. Informant 3 forteller at kommunen også har fysioterapeutledet bassengtrening for gravide, men en annen fysioterapeut leder timene. Informant 1 og 2 forteller at det blir holdt fødselsforberedende kurs i deres kommuner, hvor fysioterapeuter ikke inkluderes.

Informant 1 og 2 forteller at treningstilbudene ble etablert for rundt ti år siden, da for å få henholdsvis midler til frisklivssentralen og gjennom bedriftshelsetjenesten. Informant 3 har tidligere arbeidet for å etablere fødselsforberedende kurs i alle bydelene i sin forrige kommune, men at det allerede var på plass da hun startet på nåværende arbeidsplass.

*«Tanken var jo å forebygge, altså demme opp litt for de som alternativt hadde måtte gått til fysioterapeut, men også å kunne forebygge svangerskapsdiabetes.» Informant 1.*

#### 4.1.2 Tverrfaglig samarbeid

Alle tilbudene beskrives til en viss grad som et tverrfaglig samarbeid. Informant 1 beskriver treningsgruppene i oppstartsfasen som et tverrfaglig lavterskeltilbud fra helsestasjonen med jordmor på gravidtreningene og helsesykepleier på barseltreningene, men at det nå kun er et treningstilbud hvor jordmor henviser gravide. Informant 2 beskriver bassengtreningen som et tverrfaglig samarbeid i den grad at jordmødrene rekrutterer deltakere, og ved hjelp av en prioriteringsnøkkel kan informantene selv prioritere hvem som får plass. På informant 3 sin forrige arbeidsplass var de fødselsforberedende kursene en hel dag i samarbeid med fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier og familieterapeut, mens det på nåværende arbeidsplass er tre timer, uten familieterapeut. Firemånedersgruppen blir holdt sammen med helsesykepleier.

*«Vi har de siste årene hatt et tettere samarbeid på hvordan vi skal effektivisere samarbeidet, for å få et tilbud som dekker de om trenger det i en relativt stor kommune, og vi skal faktisk ha et møte neste uke for å diskutere dette sammen med våre avdelingsledere og en fra rådhuset for å ivareta det juridiske aspektet.» Informant 2*

#### 4.1.3 Engasjement

Informantene beskriver engasjement som en kausalitet til kommunenes fødekvinnetilbud, enten fra dem selv eller annet helsestasjonspersonell. I oppstartsfasen omtaler informant 1 jordmor som pådriver, og forteller om en annen fysioterapeut som var sterkt engasjert til tilbudets innhold. Informant 3 forteller om helsesykepleiere som i flere år har etterspurt barseltrening på helsestasjonen, og poengterer at engasjement på alle nivå i tjenesten er viktig for å drifte et tilbud, men at det er knapt om ressursene: *«Det handler om å kunne ha nok engasjement som fysioterapeut selv, men det går også på totalsituasjonen. Min kollega og meg har jo masse engasjement, men vi har masse vi skal gjøre på jobb.»*

#### 4.1.4 Rekruttering og oppmøte - prisgitt jordmødrene

Informantene beskriver jordmødrenes initiativ som rekrutteringsgrunnlag, og viser til forskjellig grad av oppmøte. Fødselsforberedende kurs og firemånedersgruppen har høy oppslutning forklarer informant 3, som også omtaler bassengtreningen som populær, og berømmer god rekruttering fra jordmor. Informant 2 beskriver bassengtreningstilbudet som

godt synlig for målgruppen, grunnet jordmødrene og kommunens nettsider, og kan vise til lang venteliste. Informanten poengterer likevel at flere gravide blir henvist sent i svangerskapet når plager gjerne oppstår, og derfor ikke rekker å nytte tilbudet, som på et tidligere henvisningstidspunkt kunne vært forebyggende. Informant 1 beskriver at det er varierende oppmøte etter hvor godt jordmor har informert, og basert på instruktørens popularitet, selv om det finnes informasjon om tilbudet på kommunens nettsider og på sykehuset: *«Det er veldig viktig hvordan jordmødrene legger frem treningsopplegget. Jeg har fått noen tilbakemeldinger på at jordmor sier at treningen er så hard, og da er vi dømt til å miste folk i utgangspunktet»*. Informanten beskriver hensikten var å nå gravide med høyest behov, men at man erfaringsmessig vet det er høyere terskel å møte hvis man er på et lavere nivå enn gjennomsnittet i gruppen, noe som forklarer at hovedsakelig de med treningserfaring har deltatt.

#### *4.1.5 Det sosiale aspektet*

Informant 1 og 3 påpeker det sosiale aspektet ved å ha en møteplass, og viktigheten av å treffe andre i samme situasjon. Informant 1 peker særlig på viktigheten av å nå nyinnflyttede som studenter og forsvarsansatte, samt minoriteter og flyktninger, som har behov for nettverksbygging. Informant 3 uttrykker glede for å kunne skape samhold mellom kvinner i en sårbar periode.

*«Senest sist uke traff jeg på ei på som kom til meg med sin baby, som var så fornøyd med bassengtreningen, for det gjorde at hun ble kjent med kvinner som hun senere traff på barseltreff på helsestasjonen og som hun da kjente fra før.» - Informant 3*

#### *4.1.6 Firemånedersgruppen*

Informant 2 og 3 understreker at firemånedersgruppen er eneste gang barselkvinnene har kontakt med fysioterapitjenesten etter fødsel, hvor det her blir tatt opp bekkenbunnstrening, men hovedfokuset er barnets motoriske utvikling og oppstart av fast føde. Informant 3 forteller at hun pleier vise en bekkenbunnsbrosjyre og tematiserer bekkenbunnstrening på firemånedersgruppen, men at det kan være vanskelig å få en dialog rundt dette i gruppesammenheng. Det er tydelig at informant 3 har et hjerte for kvinnehelse, som erfarer bedre dialog rundt tema om hun tar det opp under fire øyne når en

mor kommer inn grunnet barnet: «...*man må jo føle litt an på stemningen da, for de er jo der på grunn av babyen sin, de er ikke der på grunn av seg selv*».

## 4.2 Organisering og struktur

### 4.2.1 Ressursbruk og -prioritering

Utskiftning i helsetjenesten og ressursprioritering går igjen hos informantene som begrensende på tilbudet. Informant 2 beskriver utskiftning i jordmortjenesten som brems på bassengtreningsrekrutteringen, og informant 3 mener stor utskiftning forklarer at man ikke påtar seg oppgaver omhandlende bekkenbunn, som krever trygghet og kompetanse. Informant 1 forklarer nedgang i treningsoppmøte med jordmormangel grunnet sykefravær og pensjonering, og forteller at tverrfagligheten i tilbudet ble borte grunnet andre prioriteringer hos jordmor og helsesykepleier. Informant 2 angir at hun nyter tiden under treningen for å gi faglige tips, men føler ikke tiden strekker til. Videre uttrykker informant 2 ønske om mer ressurser «*Vi skulle gjerne hatt flere tilbud for det er ikke plass til alle, og i en ideell verden skulle vi også vært inkludert i fødselsforberedende kurs, men det bryter ofte ned til ressurser og prioriteringer*».

### 4.2.2 Tjenesteorganisering, retningslinjer og mandat

Hvordan tjenestene organiseres innad i kommunen gjør det krevende å løfte viktigheten av kvinnehelse beskriver informant 3, som er organisert i avdelingen for hjemmebaserte tjenester og rehabilitering: «*i hjemmebaserte tjenester har de et inntrykk av at tidlig forebyggende tiltak er fallforebygging for eldre og forhindre at de blir sykehjemspasienter, men vi vet jo at tidlig forebygging, det starter i mors mage*». Informanten hyller avdelingslederens innsats for å fremme tidlig forebygging, men sier arbeidet er krevende i møte med andre profesjoner «med helt andre briller på hvordan man skal gå frem». Helsestasjonsveilederens innhold tillater å kunne prioritere bort tilbud: «Skal noe bli gjort må det tas med i retningslinjer», uttaler informant 3, som peker på at det ikke er hennes mandat å gjøre undersøkelser, skrive i journal eller være hands-on når det kommer til fødekvinne. Mandat og retningslinjer berører også informant 1 og 2 som viser til private eller avtalefysioterapeuter ved behov, men som informant 2 uttrykker, hender det at hun

gjør unntak: «... så har jeg tatt inn kvinner som trenger hjelpen, og tenkt at det koster meg så lite å gi dem hjelp en gang eller to, og det kan det gi de ganske mye».

#### 4.2.3 Lokalisering

Manglende fysisk tilstedeværelse på, eller nær helsestasjonen er felles for informantene. Informant 1 forklarer at fysioterapeutene en periode var lokalisert langt fra hverandre, men at de nå er i forskjellige etasjer på samme bygg, mens informant 3 beskriver at helsestasjonen ligger en 5-6 minutters kjøretur unna. Treffpunkt er viktig for målgruppen og samarbeidende profesjoner: «har man mange treffpunkt, kommer dialogen» uttaler informant 3, og fortsetter «treffer jeg noen jeg har hatt på fødselsforberedende kurs ved en senere anledning, kommer vi kanskje i prat og får tatt opp ting rundt kvinnehelse når de vet at jeg har kompetanse om dette». Informant 3 påpeker at de viktige treffpunktene er borte: «Vi spiser ikke lunsj sammen lengre, alle disse uformelle treffpunktene og mulighetene til å bli kjent på uformelt vis og opparbeide samhold er viktige».

### 4.3 Verdien av fysioterapeuters fagkunnskap

#### 4.3.1 Å bli sett med andre øyne

Informantene som har treningsgrupper forteller at timene muliggjør veiledning og informasjonsdeling underveis, og gir kvinnene anledning å stille spørsmål under og etter treningen. Informant 1 og 2 forteller at de er nøye med å tilby tilrettelagte øvelser eller vise behjelpelighet til å gi individuell assistanse ved behov. Informant 1 og 3 instruerer bekkenbunnstrening, noe informant 3 dedikerer tid til i fødselsforberedende kurs: «jeg bruker forskjellige uttrykk for å beskrive øvelser og i tillegg får alle deltakerne være med å gjøre øvelsene». Viktigheten av tilpasset gradvis aktivitet etter fødsel blir også vektlagt hos de to informantene. Informant 1 meddeler at særlig de med høyere treningsnivå gjerne har høyere risiko for å pådra seg skader ved å være ivrige etter å komme i form etter fødsel, og vektlegger dermed god informasjonsdeling. Informant 3 forteller at hun har opplevd å kunne gi råd til jordmødre angående gravide med plager, om hun er innom helsestasjonen.

*« Å møte noen som kan se med andre øyne akkurat det som mødrene strever med, som kanskje ikke er så naturlig å ta opp i etterkant hos helsesykepleier, da det helst handler om barnet, tror jeg ville gjort mye». – informant 3*

#### *4.3.2 Kompetanse om kvinnehelse*

Kompetanse om kvinnehelse i primærhelsetjenesten er generelt alt for dårlig, mener informant 2 og 3, som etter hvert har bygget seg opp erfaring og kunnskap i sitt virke med fødekvinne, og ved å bli mødre selv.

*«Vi har fått veldig mye spørsmål opp gjennom, så har vi stått der med halen mellom beina og følt at vi ikke helt kan svare for oss, og det er jo litt dumt, så vi har prøvd å søke informasjonen selv og øke kunnskapen, samle det og gi det til dem slik at, ok dette kan du gjøre for å hjelpe deg selv.» - informant 2*

Informant 1 har bredt erfaringsgrunnlag, men uttrykker økt motivasjonen av nye innspill eller bekreftelse på hennes yrkesutøvelse, slik hun erfarte på fagseminar om kvinnehelse på Norges Idrettshøyskole. Informantene forteller at kurs og deltakelse i faggrupper er på eget engasjement, og ofte dyrt. Kun informant 3 har opplevd å få kurs spandert av kommunen. Informanten har erfart at deltakelse i faggruppe og kurs medfører informasjonsflyt i etterkant, da tilgang til facebook-grupper og interne diskusjoner gir knagger å henge kunnskap på.

#### *4.3.3 Kommunefysioterapeuten som bro til videre helsehjelp*

For gravide som har ytterligere behov, beskriver informantene sin mulighet å vise til avtalefysioterapeuter eller private fysioterapeuter som jobber med kvinnehelse. Informant 1 mener lege og jordmødre henviser til avtalefysioterapeut ved større funksjonsfall, men at de først og fremst anbefaler gravid- eller barseltreningen da den ledes av fysioterapeut som kan ta dette videre. Informant 1 har en avtalefysioterapeut som del av instruktørbemanningen, og peker dermed på god tilgjengelighet til videre oppfølging. Informant 2 deler private fysioterapeuters kontaktinformasjon under bassengtreningene og hvilken helsehjelp de kan bistå, men erkjenner at *«rett etter fødsel så er det utrolig mye som foregår for en kvinne så er det vanskelig å skulle prioritere seg selv og så går det gjerne for lang tid før de får hjelp»*.



Informant 3 forteller om at hun ved behov henviser kvinner hun treffer gjennom barnekonsultasjoner til privat fysioterapeut, men forteller: *«Det er vel ingen jeg har truffet som forteller at de har gått til privatpraktiserende fysioterapeut med problemene sine når det kommer til bekkenbunnstrening eller ting de sliter med etter flere fødsler».*

Informantene forklarer at de får ulike henvendelser fra fødekvinner på forskjellige arenaer. På gruppetimene forteller informant 1 at kvinner spør om rectus diastase, bekkenledds- og bekkenbunnsproblematikk. På firemånedersgruppen erfarer informant 3 at kvinner forteller om lekkasjeprosblemer, eller spør om treningsråd i etterkant av fødselsforberedende kurs. Informant 2 beskriver tilfeller hvor gravide haker tak i henne etter bassengtiden for hjelp. Informant 2 og 3 erfarer at kvinner etter fødsel forsvinner fra helsetjenesten, selv om de vet at mange trenger hjelp.

*«Sånn jeg ser det er det litt tilfeldig hvem som får kontakt med hjelpen. Så er nok terskelen ulik for når man oppsøker hjelp også. (..) man må jo vite om tilbudet og det er ikke sikkert at alle vet at fysioterapeuter kan hjelpe med underlivsplager» - informant 3.*

Informant 2 forteller at hun ser et stort behov, men at fysioterapi er for utilgjengelig for gravide og barselkvinner da det er utilstrekkelige tilbud i primærhelsetjenesten. Informant 3 understreker *«Jeg synes at kvinner skulle få muligheten til å få hjelp av fysioterapeuter som jobber kunnskapsbasert».* Informant 2 og 3 påpeker at ventelister og kostnader er et hinder for fødekvinner, og poengterer at det burde blitt gitt lik helsehjelp til alle fødende. Informant 2 mener mødre som mottar tettere oppfølging i svangerskapet gjerne er mer rustet for overgangen til morsrollen og tillegger: *«Jeg tenker det burde vært en selvfølge at vi skulle fulgt opp kvinner på lik linje som vi har barnefysioterapeut i kommunen».*

#### 4.4 Muligheter for mødrerettet helsehjelp i helsestasjonstjenesten

##### 4.4.1 Helsefremming og forebygging for gravide og barselkvinner

Hvordan fysisk aktivitet og kunnskapsformidling kan virke helsefremmende og forebyggende står sentralt hos informantene, sammen med viktigheten av å etablere tidlig kontakt, både i svangerskapet og etter fødsel.

*«Fysisk aktivitet kan virke forebyggende og helsefremmende på så mange måter, så det å gi veiledning til gravide og barselkvinner rundt dette kan gi så masse helsegevinster, for å lette på fysiske plager som korsryggssmerter, leggkramper og vektoppgang, men også bedre psykisk helse». Informant 3*

Informant 2 og 3 er opptatt av å løfte helsefremmende og forebyggende arbeid i et livsløpsperspektiv, hvor informant 3 påpeker viktigheten av tidlig innsats: *«vi vet jo det at om mor har det bra, så får babyen det bra og når vi tenker helsefremming på lang sikt så er det der man må starte»*. Informant 2 tenker at kvinner som aldri har fått oppfølging for plager i graviditeten, kan ha reinsettende, diffuse plager ved menopausen idet hormonelle endringer inntreffer: *«Så jeg ser hvert fall det, den gevinsten, eller den mulige gevinsten i å ha det forebyggende arbeidet med fysioterapien for å kunne redusere disse pasientene»*.

#### *4.4.2. Små tiltak, store gevinster*

Informantene peker på flere av de samme tiltakene for å bedre fødekvinnens tilbud. Å øke synligheten og tilgjengeligheten til tjenesten, med daglige treffpunkt både for samarbeidspartnere og målgruppen går igjen. Informantene peker på helsestasjonen som nærliggende arena for fysioterapeuter å etablere kontakt med kvinnene. Informant 1 og 3 peker på fysisk tilstedeværelse på helsestasjonen, for eksempel én dag i uka, som fordelaktig for foreldre og barn. Informant 3 foreslår faste tidspunkt med åpen dør, med mulighet å bli kjent med tjenesten og stille spørsmål. Informant 1 peker på barselgruppene hvor fysioterapeuten kan innta en informativ rolle: *«Her kunne også dette med kroppsbilde og sosiale medier blitt tematisert»*. Informant 3 nevner trilleturer, barseltrening og gruppetilbud som omhandler kvinnehelse, for å hjelpe mødre med igangsetting av fysisk aktivitet og for å senke terskelen for nødvendig helsehjelp, og uttrykker videre: *«... hvert fall det å være mer synlig og tilgjengelig så blir kanskje veien litt til mens man går også. At man oppdager behov når man blir litt bedre kjent med arbeidsoppgavene»*

#### *4.4.3 Sammen om et tverrfaglig tilbud*

Fysisk tilstedeværelse og mange uformelle treffpunkt beskrives som faktorer til godt tverrfaglig samarbeid. Informant 1 forklarer at barnefysioterapeutene kjører et tverrfaglig

samarbeid med helsesykepleierne angående hva man ser etter, tipser om og henviser tilknyttet barns motoriske utvikling, men at lignende opplegg for mødrenes helse mangler. Informant 3 påpeker samme tilfelle og mener fysioterapeuter her har stort potensiale: «*Spesielt den broen mellom fysisk og psykisk helse som jeg føler at vi fysioterapeuter kan gjøre en god jobb med*». Informant 2 beskriver et ønske om et pakkeforløp med konsultasjon hos fysioterapeut parallelt med svangerskapskonsultasjoner, hvor gravide med behov for ytterligere oppfølging tidlig får påkoblet tjenester. Informant 1 mener øremerkede midler er nødvendig for tverrfaglige tilbud til mødrene. For et varig tilbud utover et periodisk prosjekt, understreker informant 3 at kvinnehelse må bli satt på agendaen som en del av den daglige driften. Viktigheten av et godt kommunikasjonsverktøy som ivaretar de juridiske elementene, påpekes av informant 2.

## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg oppsummere informantenes bidrag for å belyse problemstillingen og tilknytte informasjonen relevant teori for å drøfte betydningen av dette.

### 5.1 Kommunefysioterapeuters lavterskeltilbud til gravide og barselkvinner

Informantene poengterer den helsefremmende og forebyggende effekten fysioterapeutledede treningsgrupper gir fødekvinner. Informant 3 påpeker vansker ved etablering av vaner angående fysisk aktivitet, og nevner gåturer og trilleturer sammen med fysioterapeut som et lavterskeltilbud for å starte. Fysisk aktive gravide har økt fysisk og psykisk velvære, mindre symptomer på angst og depresjon, mindre stress, uro og søvnforstyrrelser og mindre korsryggssmerter (Fridén et al., 2021). Fysisk aktivitet før og under svangerskapet kan redusere risikoen for høy vektøkning i graviditeten, for utvikling av svangerskapsdiabetes hos normalvektige og overvektige samt utvikling av fødselsdepresjon og har en beskyttende faktor for å føde for store barn (World Health Organization, 2020). Informant 1 omtaler kvinner uten treningserfaring som vanskelige å nå grunnet høyere terskel for gruppedeltagelse sammen med godt trente. I en tverrsnittstudie på 467 gravide i tredje trimester (Haakstad et al., 2009) nådde 11 prosent norske anbefalinger om fysisk aktivitet, og årsakene mindre aktive oppgaver var blant annet allmenne svangerskapsplager,

oppstartsvansker, manglende tid, overskudd og interesse og usikkerhet tilknyttet trening og graviditet. Den sterkeste predikatoren for å ikke nå anbefalingene for fysisk aktivitet er inaktivitet før graviditet, og tall viser kun 3,4 prosent av ikke fysisk aktive kvinner økte aktiviteten etter gestasjon (Haakstad et al., 2009). Dette kan tolkes dithen at selv om svangerskap kan gi motivasjon til livsstilsendring, er det fremdeles flere faktorer som drar i negativ retning, og at støtte, veiledning og tilrettelegging vil være viktig. I en oversiktsartikkel om atferdsendring tilknyttet levevaner utpekes suksessfaktorer for langtidsendring bruk av en person-sentrert tilnærming som ivaretar autonomi, i tillegg til å sette konkrete mål med mulighet å måle fremgang og få tilbakemelding (Samdal et al., 2017). Det kan tenkes at fysioterapeuter med sin faglige tyngde har god evne til å nå kvinner med sin formidling. Som informantene opplever, kan fysioterapeuten være en person kvinnen kan kjenne seg fortrolig med angående spørsmål tilknyttet kropp, trening og funksjon. Informantenes erfaring tilsier at noen kvinner trenger mer individuell oppfølging utover et gruppetilbud, men funn tilsier at dette ikke blir tilbudt av kommunefysioterapeuter. Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2021) råder derimot helsepersonell å tilby gravide veiledet fysisk aktivitet basert på en helhetlig og individuell vurdering, og at lite fysisk aktive gravide bør tilbys tilpasset veiledning for gradvis oppbygging til anbefalt nivå. Å etterleve rådene retningslinjene for svangerskapsomsorgen gir virker utfordrende, som kan sees i sammenheng med forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenestens manglende profesjonskrav. Hadde helsestasjonen hatt krav om fysioterapeut for forsvarlig drift, ville man nok sett flere og sterkere kommunale lavterskeltilbud til gravide.

Kvinnens fysiologiske byrde av reproduksjon og gravidens store individuelle utfordringer blir av Kvinnehelseutvalget (NOU 2023: 5, 2023) poengtert som behovsgrunnlag for å styrke kvinnens evne til mestring og opprettholdelse av arbeid gjennom svangerskapet. I en norsk studie oppga de fleste som ikke trener i henhold til anbefalingene å ha bekkenleddsmerter og forskjellige typer inkontinens (Haakstad et al., 2007). Bekkenleddsmerter rapporteres å være en hovedårsak til sykemelding hos gravide, spesielt om smertene vanskeliggjør hverdagsaktiviteter og søvn (Malmqvist et al., 2015). Omtrent 20 prosent lider av bekkenleddsmerter under graviditeten, som for de fleste er forbigående, mens 7-3 prosent rapporterer å ha vedvarende, betydelige smerter (Vleeming et al., 2008). Det mangler

systematiske oversikter om behandling av bekkenleddsyndrom (smerter tilknyttet fysiologisk bekkenløsning), men i en Europeisk retningslinje blir det anbefalt å gi kvinner informasjon og trygging sammen med individuell treningsoppfølging (Folkehelseinstituttet, 2022; Vleeming et al., 2008). Helsedirektoratet (2021) anbefaler gravide med bekkenledd- og/eller rygg smerter oppfølging fysioterapeut ved behov, men man har sett at kommunale helsetjenester som blir levert av aktører utenfor den kommunale organisasjonen, som avtalefysioterapeuter, vanskeliggjør samhandling mellom ulike helsepersonell og et helhetlig behandlingsløp grunnet egne rammebetingelser (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Informant 2 og 3 gir uttrykk for private- og avtalefysioterapeuters manglende tilgjengelighet for fødekvinne. Det stilles dermed spørsmål til dagens retningslinjers evne å fullføres i praksis.

Kvinnehelseutvalget fastslår styrket lavterskeltilbud som en strategi for å identifisere kvinner med behov for oppfølging etter fødsel, og som forebygging for senere plager (NOU 2023: 5, 2023, avsn. 10.12.3). Det kan tenkes at gravide som har mottatt informasjon og veiledet bekkenbunnstrening enklere vil ta kontakt med fysioterapeut ved behov, da man har fått kjennskap til egen underlivsfunksjon og fysioterapeuters kompetanse. På den andre siden poengterer informantene at man etter fødsel vil finne det vanskelig å prioritere seg selv. Informantene uttrykker alle her et ønske om tidligere innsats før og etter fødsel, eksempelvis ved å delta på fødselsforberedende kurs og seksukers-kontroll med jordmor etter fødsel. Kvinnehelseutvalget påpeker manglete system for å identifisere kvinner med funksjonelle plager eller fødselsskader, da funksjon knyttet til seksualitet, vannlating og avføring er tabubelagt (NOU 2023: 5, 2023, avsn. 10.12.3). Utvalget fremhever viktigheten av lege- eller jordmorkontroll etter fødsel, og foreslår å forlenge oppfølgingstiden med ny kontroll etter 6-12 måneder. I nasjonale retningslinjer for barselomsorgen blir derimot undersøkelse og behandling hos fysioterapeut med spesialkompetanse foreslått for kvinner med vedvarende plager (Helsedirektoratet, 2014). På bakgrunn av blant annet dette, stilles det spørsmål ved at fysioterapeut med spesialkompetanse innen kvinnehelse ikke har vært med på utredningen av NOU 2023:5. Et mulig svar kan være mangelen på kompetanse, da det kun er 19 spesialister på kvinnehelse oppført på NFF sine sider (Norsk Fysioterapiforbund, 2023).

## 5.2 Likeverdige tjenester i oppfølging av fødekvinner

Helsedirektoratets fokus på likeverdige tjenester i barselomsorgen understreker at likeverdig omsorg tar hensyn til barselkvinnens mangfold for å kunne identifisere behovene og tilrettelegge tjenesten individuelt (Helsedirektoratet, 2014). Eksempelvis er graviditet og komplikasjoner ved fødsel risikofaktorer for bekkenbunnsdysfunksjon, og man ser at 1 av 4 kvinner har én eller flere dysfunksjoner tilknyttet bekkenbunn, med økende forekomst ved økende alder (Hage-Fransen et al., 2021). En aldersbetinget forekomst kan relateres til at kvinner ikke får nødvendig oppfølging når de trenger det. Veiledet styrketrening for bekkenbunnsmuskulaturen blir instruert av to informanter og er godt dokumentert forebyggende og behandlende for urininkontinens, samt førstelinjebehandling for underlivsprolaps (Bø, 2020; The National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Det kan være vanskelig å finne bekkenbunnsmuskulaturen etter fødsel, dermed anbefales å begynne treningen i svangerskapet, men det er ingen klare anbefalinger på hvordan etterfølge at styrketreningen blir utført korrekt (Helsedirektoratet, 2021). Informant 3 opplever at tilfeldigheter er bestemmende om fødende får nødvendig helsehjelp. Det kan tenkes at kvinners mottakelse av helsehjelp i kommuner hvor tilbudet til fødekvinner er mindre etablert eller ikke-eksisterende, i større grad avhenger av tilfeldigheter. En forutsetning for at mennesker med et behandlingsbehov tar kontakt med fysioterapeut, er deres kunnskap om hjelpen som ytes, hvem de kontakter og hvilke økonomiske rammer som er satt. Informantene erfarer å senke terskelen for fødekvinners tilgang til avtalefysioterapeuter og privatpraktiserende, selv om det blir poengtert at disse tilbudene er for utilgjengelige på grunn av kostnad, fødekvinners prioriteringsvalg og manglende informasjon.

Alle informantene poengterer at kvinner er informasjonssøkende rundt egen helsetilstand når de først er kommet i kontakt med fysioterapeut. Lange ventelister på bassengtreningene, såkalte «spørsmål på tampen» omhandlende egen kropp og tilbudsetterspørsmål fra helsestasjonspersonell bevitner større behov enn ressursene klarer å dekke. Kvinnehelseutvalget poengterer at sosioøkonomiske forhold er medvirkende for helsetilstanden hos fødekvinner, og at særlig sårbare gravide med minoritetsbakgrunn, psykiske lidelser og utfordrende livssituasjoner vil ha økt behov for helsehjelp, da de er overrepresenterte over depressive symptomer og har økt risiko for svangerskaps- og

fødselskomplikasjoner (NOU 2023: 5, 2023, avsn. 10.6.3). Informant 2 og 3 påpeker sårbarheten i svangerskap og barseltid som generelt medfører økt behov for støtte. Informant 2 mener at kvinner som får tettere oppfølging i svangerskapet blir bedre rustet til å håndtere overgangen til å bli mor. Synkende fertilitetstall kan bevitne mindre grad av sosial støtte i form av nære i tilsvarende situasjon, samt mindre erfaring med graviditet og overgang til morsrollen. Som informant 3 påpeker, har fysioterapeuter bred kompetanse når det kommer til kropp, funksjon og bevegelse, og evner å sammenfatte fysiske og psykiske faktorer som kroppslige og mentale uttrykk. Styrket innsats for å ivareta særlig sårbare gravide blir understreket av utvalget, med bedre samordning og mer kunnskapsbasert praksis i tjenestene (NOU 2023: 5, 2023, avsn. 10.12.4). Informant 2 mener at fysioterapeuter burde vært tidligere påkoblet gravide, mens Informant 3 understreker viktigheten av å ha et godt team også etter fødsel for å kunne fange opp behov for de ulike tjenestene. Resultatene antyder videre at man er avhengig jordmødrenes innsats angående rekruttering til fysioterapeutledede tilbud, hvor dermed kvinner med behov gjerne får avtalefysioterapeutens kontaktinformasjon. Det at fødekvinne må gjennomgå flere ledd for å få behandling kan virke problematisk, da dette både er avhengig av tilfeldigheter som tidligere påpekt, men også kvinnens egen innsats i å orientere seg i helsevesenet. Helsestasjonen har stor oppslutning blant gravide og barselkvinner, hvor informantene påpeker ville vært en nærliggende arena for nettverksetablering og synliggjøring av fysioterapitjenesten gjennom lavterskeltilbud. Også private aktørers innmarsj på kvinnehelseproblematikk, tyder på at offentlige tjenestetilbud ikke er gode nok.

### 5.3 Behov for å sette fødekvinners helse på agendaen

Responsen fra rekrutteringsfasen og funn fra analysen tydeliggjør variasjonen i kommunenes mødrerettede tilbud. Som tidligere nevnt har stadig ansvarsforflytning til offentlig sektor ført til mer komplekse arbeidsoppgaver og økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunale tjenester (Helse- og omsorgskomiteen, 2011). Det stilles dermed større krav til fysioterapeuter som profesjon, da man i primærhelsetjenesten arbeider med befolkningen på et forebyggende og helsefremmende nivå, med pasienter innenfor et bredt spekter hvor flere krever koordinerte tjenester. Grunnet økonomiske insentiver har liggetiden på sykehusene blitt kortere, og dermed vil kommunefysioterapeuter møte

pasienter i mer kritiske situasjoner enn tidligere. På tross av fødekvinners økende helsekompleksitet, ser man kortere liggetid på barselavdelingene, som gir økt behov for en ressurssterk kommunal jordmortjeneste (Helsedirektoratet, 2014, 2020). Gjennomsnittlig liggetid på 2,4 døgn ved vaginale fødsler og 3,6 ved keisersnitt (Medisinsk fødselsregister, u.å.), gjør at kvinnene har mindre mulighet til å stille spørsmål og få veiledning og informasjon på barselavdelingen før hjemreise. Informantene har ønske om å gjøre mer for kvinnene, men angir ressursprioriteringer, kompetanse og organisering som begrensende faktorer. At samme tjeneste skal favne et så bredt brukerspekter kan skape et uheldig prioriteringsmønster, hvor mer akutte oppgaver går ut over forebyggende tiltak. I lys av dette kan man forstå hvorfor det ikke finnes et bedre tilbud til norske fødekvinner, og se sammenhengen i forsker Stuge sitt utsagn om at fysioterapeuter forsvinner fra helsestasjonen (Mårdalen, 2020).

Problematikken med sprikende tilbud i helsestasjonstjenesten ble påpekt i 2011 (Helsetilsynet, 2011), da det kom frem at tjenestene for oppfølging av barselkvinner var mangelfulle og ulikt dimensjonert i forhold til oppgavene helsepersonell er pålagt å løse (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet peker på manglende konkretisering av ansvarsfordeling i de forebyggende tjenestene, og poengterer at nye oppgaver ikke automatisk medfører større ressurser til å løse dem (2014). Ressursmangel kan forklare hvorfor tverrfagligheten rundt tilbudene blir prioritert bort, samtidig som det understreker informantenes faktor av personlig engasjement for å etablere og drifte tilbud til fødekvinner. Så lenge det er kommunen selv som har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenester, i tillegg det interne styringssystemet og det økonomiske ansvaret for tjenestene kan det tenkes at det er utfordrende å heve viktigheten av et mødrerettet tilbud.

Informantene ønsker at fysioterapeuter var mer tilstedeværende på helsestasjonen for kvinnene, men synlighetsproblemet kan også sees i lys av manglende kompetanse hos kommunale fysioterapeuter, da det ikke stilles krav rundt kvinnehelse temaet i dagens retningslinjer. Generell manglende kunnskap om kvinners komplekse helsebilde kan være en faktor til at det er vanskelig å begrunne forebyggende og helsefremmende tiltak, men kvinnehelseutvalget understreker også at hvor kunnskap blir etablert er det manglende kunnskapsbro til fagutøvelse (NOU 2023: 5, 2023). Bemerkelsen kan også overføres å gjelde



fysioterapeuter, da Kvinnehelsefaggruppen tilbyr et bredt kursutvalg angående fysioterapi, svangerskap og barsel (Norsk Fysioterapeutforbund, 2023, 2023). Som informantene poengterer, er kurs kostbart og tas vanligvis på eget initiativ. Om man i tillegg ikke får anvendt og holdt kunnskapen ved like i sin rolle i primærhelsetjenesten, som informant 3 beskriver, blir det lite som forutsetter et fundament for denne kunnskapsbroen til offentlig sektor.

## 6.0 Metodediskusjon

### 6.1 Valg av metode

Kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervju ble valgt for å oppnå et bredt og nyansert innblikk i tre kommunale fysioterapeuters praksis omhandlende fødekviner. Jeg kunne sendt ut spørreskjema til landets kommuner for å kartlegge tilbudet, men ville dermed fått kvantitativt datamateriale og mistet dybden man oppnår med personlige intervjuer. Individuelle semistrukturerte intervju ble valgt for å skape rom for åpen informasjonsflyt med en person-fokusert ramme kontra et fokusgruppeintervju. Fokusgrupper kan bidra til at informantene sammen kan utvikle informasjon, men i dette prosjektet ville samkjøring av informantenes tid og min evne til å lede intervjuet blitt en begrensende faktor (Malterud, 2017, s. 70).

### 6.2. Valg av informanter

Ved å planlegge for et strategisk utvalg tilstrebet jeg god informasjonsstyrke, men også variasjonsbredde i informantene (Malterud, 2017). Det var vanskeligere enn forventet å få kontakt med feltet, samt at færre kommuner enn antatt inkluderte fysioterapeut i sin svangerskap- og barselomsorg. På grunn av tidsrammen ble det derfor rekruttert fortløpende etter hvert som informanter samtykket. Det kan tenkes at de som var først ute var mest engasjert rundt temaet, og dermed hadde visse sammenfallende erfaringer. Jeg oppnådde variasjonsbredde i form av noe ulikt innbyggertall og ulike landsdeler og ved å velge tre informanter i stedet for to, men det kan tenkes at informanter fra små distriktskommuner eller tette, befolkningsrike kommuner kunne gitt større bredde i datamaterialet.

### 6.3 Gjennomføring av intervju

Som enslig intervjuer mistet jeg muligheten å ha en med-tolkende person for å stille oppfølgings spørsmål (Malterud, 2017, s. 100). Selv om videokorrespondanse kontra fysisk tilstedeværelse kan øke risikoen for misoppfattelse fra begge sider, vurderer jeg meningsinnholdet som ivaretatt da jeg hadde anledning til å høre lydopptaket gjentatte ganger og notere underveis i intervjuet.

### 6.4 Analyse

Før man intervjuer lønner det seg å tenke over hvordan intervjuene skal analyseres (Dalland, 2017, s. 88). Dette kom frem i analysedelen, som opplevdes krevende. Det kan tenkes at forarbeidet kunne blitt styrt mer effektivt med analysemetoden i bakhodet. Også i analyseprosessen vil jeg poengtere svakheten ved å være én, hvor jeg dermed mistet muligheten til å skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2017, s. 100).

For å ivareta prosjektets interne validitet poengteres viktigheten av refleksivitet i analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 19, 194–195). Med min forforståelse som grunnlag rettet jeg kritisk oppmerksomhet til produsert kondensat i analysetrinn 3. Utover dette ble datamaterialet ved iterativ prosess gjennomgått gjentatte ganger (Malterud, 2017, s. 113). For å skape en prosjektlogg ble det laget et nytt dokument ved hvert steg av analyseprosessen for å kunne gå tilbake i datamaterialet hvis jeg mistet oversikt eller ble usikker på mine valg.

I datamaterialet ved kvalitative forskningsstrategier vil det finnes ulike nyanser som oppfanges ulikt ut ifra leserens bakgrunn (Malterud, 2017, s. 25), og det vil alltid være faktorer som påvirker mine beslutninger jeg ikke kan redegjøre. Ved å fremheve min forforståelse, nøye beskrive bearbeidelse av datamateriale, redegjøre for valg i analyseprosessen og drøfte svakheter ved oppgaven har jeg tilstrebet transparens.

### 6.6 Implikasjoner for fysioterapi praksis

Tre informanter er ikke representative for hvordan utøvelsen er i resten av landet, men kan sammen med teorien fremheve viktig elementer som preger fysioterapeutens rolle i møte med dagens fødekvinne, som også var prosjektets mål. Relevante funn tyder på svært ulik

inkludering av fysioterapeuter i dagens svangerskaps- og barselomsorg ved norske helsestasjoner. Videre ser fysioterapeuter behovet og ønsker mer bidragsytelse, samtidig som kunnskapsbasert praksis rundt kvinnehelse bør styrkes og tilrettelegges av strukturelle føringer.

## 7.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å besvare problemstillingen: Hvilken rolle kan fysioterapeuter ha i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen tilknyttet gravide og post-gravide kvinner?». Problemstillingen belyses ved hjelp av tre informanter med erfaring å tilby gruppetilbud til fødekvinne og relevant teori.

Fysioterapeuters rolle på helsestasjonen tilknyttet gravide og barselkvinne oppleves som ulik eller ikke-eksisterende i forskjellige kommuner. Faktorer som spiller inn på fysioterapeuters inkludering i svangerskaps- og barselomsorgen ser ut å være personlig engasjement hos helsepersonell, kommunens ressursprioritering, lokalisasjon og manglende kompetanse om kvinnehelse. Generell manglende kunnskap om kvinnehelse kan medføre systemisk vage føringer i retningslinjer og veiledere. Lite konkretiserte tiltak kan sees i sammenheng med fødepopulasjonens store variasjon i individuelle utfordringer og stadig mer komplekse helsebehov. Komplekse utfordringer krever samkjøring av bred tverrfaglig kompetanse, som vanskeliggjøres med lite tildeling av ressurser. Å kunne etablere og opprettholde tverrfaglige helsefremmende og forebyggende tiltak ser ut å være et overskuddsarbeid. Avslutningsvis konkluderer alle informantene nødvendigheten av å heve kunnskapen om kvinnehelse i primærhelsetjenesten.

Fysioterapeuters helsefremmende og forebyggende arbeid i svangerskaps- og barselomsorgen ser ut å kunne ha betydelige helsegevinster for fødepopulasjonen. Kommunefysioterapeuters kvinnehelsekompetanse synes derimot å være erfaringsbasert og tilegnet grunnet personlig engasjement, mens evidensbasert kunnskap omhandlende fysioterapi, svangerskap og barsel er tilgjengelig. Erfaringer fra denne studien impliserer derfor mangler i kunnskapsoverføring for fysioterapeuter som skal yte offentlig helsehjelp

tilknyttet fødekvinne, hvilket igjen kan gi et skjevt tilbud dersom behovet i økende grad skal dekkes av private aktører. I det videre arbeidet med forskning på kvinnehelse og utforming av retningslinjer ville det vært interessant å se på fysioterapeutens mulige bidrag for å styrke den tverrfaglige kompetansen rundt svangerskaps- og barselomsorgen på helsestasjonen og bedre tilbudet til fødekvinne.

## 8.0 Referanseliste

Barseloppørret. (2021a, februar). *Om oss*. Barseloppørret. <https://barselopporet.no/om-oss>

Barseloppørret. (2021b, mars 24). *Krav*. Barseloppørret. <https://barselopporet.no/krav>

Bunadsgeriljaen. (2019). *Medlemsorganisasjon som kjemper for føden | Bunadsgeriljaen | Møre og Romsdal*. Bunadsgeriljaen. <https://www.bunadsgeriljaen.no>

Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.). Gyldendal Akademisk.

Femihelse. (2018). *Femihelse*. Femihelse. <https://www.femihelse.com>

Folkehelseinstituttet. (2018, mai 29). *Helse under svangerskap og fødsel. Folkehelse rapporten—Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>

Folkehelseinstituttet. (2022, mai 18). *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2022/forskningskart-om-behandling-av-sykdommer-hos-kvinner/>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-

2018-10-19-1584). Helse og -Omsorgsdepartementet.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

Fridén, C., Haakstad, L. A. H., Bø, K., & Josefsson, A. (2021). Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande under och efter graviditet. *FYSS 2021*.

Hage-Fransen, M. A. H., Wiezer, M., Otto, A., Wieffer-Platvoet, M. S., Slotman, M. H., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Pool-Goudzwaard, A. L. (2021). Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, *100*(3), 373–382. <https://doi.org/10.1111/aogs.14027>

Helfo. (2021, oktober 25). *Regelverk for fysioterapeut*. Helfo - for helseaktører.

<https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-fysioterapeut>

Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2021, juni 1). *Offentlig fysioterapitjeneste*

[Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>

Helse- og omsorgskomiteen. (2011, juni 9). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*

[Inns]. Stortinget; helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/?lvi=0>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

(*LOV-2011-06-24-30*). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)

Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien—Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet.

<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-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20Oretningslinje%20(fullversjon).pdf

Helsedirektoratet. (2017a). *Fysioterapeut: Helsesykepleier og lege bør samarbeide med fysioterapeut*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar/fysioterapeut-helsesykepleier-og-lege-bor-samarbeide-med-fysioterapeut>

Helsedirektoratet. (2017b). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsedirektoratet. (2019). *Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving*.

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/levevaner-hos-gravide-tidlig-samtale-og-radgiving>

Helsedirektoratet. (2020, mars). *Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre/behov-for-jordmodre/endringer-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning>

Helsedirektoratet. (2021, november 10). *Levevaner hos gravide. Tidlig samtale og rådgiving*.

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/levevaner-hos-gravide-tidlig-samtale-og-radgiving>

Helsenorge. (2019a, mars 13). *Keisersnitt—Planlagt eller akutt.*

<https://www.helsenorge.no/fodsel/keisersnitt/>

Helsenorge. (2019b, oktober 29). *Gravid—Vanlige plager.*

<https://www.helsenorge.no/gravid/vanlige-plager-under-graviditeten/>

Helsetilsynet. (2011). *Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida?*

<https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/2011/hvordan-ivaretar-fodeinstitusjon-helsestasjon-barselkvinnens-barnets-behov/>

Haakstad, L. A. H., Voldner, N., Henriksen, T., & Bø, K. (2007). Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, *86*(5), 559–564.

<https://doi.org/10.1080/00016340601185301>

Haakstad, L. A. H., Voldner, N., Henriksen, T., & Bø, K. (2009). Why do pregnant women stop exercising in the third trimester? *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, *88*(11), 1267–1275. <https://doi.org/10.3109/00016340903284901>

Malmqvist, S., Kjaermann, I., Andersen, K., Økland, I., Larsen, J. P., & Brønnick, K. (2015). The association between pelvic girdle pain and sick leave during pregnancy; a retrospective study of a Norwegian population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*, 237. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0667-0>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.). Universitetsforlaget AS.

Medisinsk fødselsregister. (u.å.). *Medisinsk fødselsregister—Statistikkbank*. Hentet 13. desember 2022, fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Mårdalen, I. (2020, september 29). *Kommer fysioterapeuter i skyggen av mammatrenere og bloggere?* <https://www.fysioterapeuten.no/bloggere-britt-stuge-kari-bo/kommer-fysioterapeuter-i-skyggen-av-mammatrenere-og-bloggere/127002>

- Norsk Fysioterapeutforbund. (2012). *Hva er fysioterapi?* www.fysio.no. <https://fysio.no/hva-er-fysioterapi>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2023). *Kurskalender*. <https://fysio.no/kurskalender>
- Norsk Fysioterapiforbund. (2023, februar 12). *Kvinnehelse*. f. <https://fysio.no/kvinnehelse>
- Norum, T. C., & Sakshaug, E. K. (2022). *Fysioterapeutens rolle i tilknytning til kvinne og barn på helsestasjonen. En kvalitativ studie med bakgrunn i mødres opplevelser* [Bachelor thesis, NTNU]. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2982243>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen—Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
- Omsorgsdepartementet, H. (2022, august 24). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no). <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/id426268/>
- Ottawa Charter*. (1986). <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G., & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>
- Statistisk Sentralbyrå. (2022, mars 9). *Økt fruktbarhet for første gang på 12 år*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/okt-fruktbarhet-for-forste-gang-pa-12-ar>



Statistisk Sentralbyrå. (2022). *11995: Fysioterapeutårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter region, statistikkvariabel og år*. Statistikkbanken. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/system/>

Statistisk Sentralbyrå. (2023). *05530: Foreldrenes gjennomsnittlige fødealder, etter statistikkvariabel og år*. Statistikkbanken. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/05530/tableviewlayout1/>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

The National Institute for Health and Care Excellence. (2019, april 2). *Recommendations | Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management | Guidance | NICE*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/Recommendations#physical-therapies>

Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Stureson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, *17*(6), 794–819. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>

World Medical Association. (2022). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

## **Vil du delta i bachelorprosjektet «Fysioterapi og kvinnehelse på helsestasjonen»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer i møte med gravide og postgravide kvinner på helsestasjonen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med prosjektet er å undersøke i hvilken grad kommunefysioterapeuter deltar i det helsefremmende og -forebyggende arbeidet ved helsestasjonens svangerskap- og barselomsorg, og hvilke erfaringer og refleksjoner de har rundt sin rolle i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen når det gjelder gravide og post-gravide kvinner. Problemstillingen jeg ønsker å besvare er: *“Hvilken rolle kan fysioterapeuter ha i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen tilknyttet oppfølging av gravide og post-gravide kvinner?”*

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi. Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring innen primærhelsetjenesten.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Jeg vil starte med å stille spørsmål om din yrkesbakgrunn og arbeidserfaring, og har dermed spørsmål om dine erfaringer og refleksjoner innen temaene “Kvinnehelse”, “Helsefremmende og forebyggende arbeid” og “Tverrfaglig samarbeid”. Intervjuet vil ta deg ca 45-60 min. Jeg tar lydopptak fra intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun jeg som student vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettes etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2023).

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent: Kari Otilie Hodne , 93643546
- Veileder: Mariya Stoyanova Bikova, [mariya.stoyanova.bikova@hvl.no](mailto:mariya.stoyanova.bikova@hvl.no), 55587522
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, [mokra@hvl.no](mailto:mokra@hvl.no)
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, [personvernombudet@hvl.no](mailto:personvernombudet@hvl.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på tlf: 53 21 15 00

Med vennlig hilsen

*Mariya Stoyanova Bikova*  
(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

*Kari Otilie Hodne*  
(Student)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Fysioterapi og kvinnehelse på helsestasjonen”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledningsvis: Først vil jeg takke for at du stiller til som informant til dette intervjuet. I mitt bachelorprosjekt ønsker jeg å svare på problemstillingen: «*Hvilken rolle kan fysioterapeuten ha på helsestasjonen tilknyttet oppfølging av gravide og post-gravide kvinner?*»

### Introduksjonsspørsmål

- Kan du fortelle litt om din bakgrunn som fysioterapeut?

Stikkord

- Utdanning, kurs, evt faggruppe
- Tidligere arbeidserfaring
- Lengde på arbeidsforholdet i denne kommunale helsetjenesten og tilknyttede erfaringer og arbeidsoppgaver
- Evt. andre engasjement

### Tverrfaglig samarbeid

- Hvilken erfaring har du med tverrfaglig samarbeid om gravide og barselkvinner på helsestasjonen i din kommune?

Stikkord:

- Barselgrupper, fødselsforberedende kurs, svangerskapskurs, turgrupper, ammekurs, felles kompetansedager for helsestasjonstjenesten (foreslått i retningslinjer for helsestasjonstjenesten)
- Hvem deltar i det tverrfaglige samarbeidet?
- Hvordan opplever du at det tverrfaglige samarbeidet fungerer?
- Har du erfaring med et opplegg som har funket bra?
- Opplever de ulike faggruppene godt orientert om hverandres kompetanseområder?
- Hvis negativ respons:
  - Vet du hvorfor det ikke er etablert et tilbud?
  - Har du forslag på hvordan man kunne arbeidet tverrfaglig for å gi et tilbud til denne gruppen?
- Hva mener du skal til for et godt tverrfaglig samarbeid?

**Kvinnehelse i primærhelsetjenesten**

- Hvilken erfaring har du med gravide og barselkvinner som fysioterapeut?
- Kjenner du deg trygg på å gi helsefremmende og forebyggende tiltak til gravide og barselkvinner?

Stikkord:

- Veilede fysisk aktivitet og trening i svangerskap (inkludert i svangerskap med komplikasjoner)
- Opptrening etter fødsel (keisersnitt, arrbehandling, rifter, inkontinens, underlivs prolaps)
- Ved bekkenledd- og korsryggsmerter
- Bekkenbunnstrening (før fødsel som forebyggende, etter fødsel som forebyggende/behandlende)
- Vanlige graviditetsplager som kvalme, vekt oppgang, utmattelse

Hvis negativ respons:

- Tenker du at helsefremmende og forebyggende tiltak angående disse problematikkene er noe en fysioterapeut tilknyttet helsestasjonen bør ha kunnskap om?

**Helsefremmende og forebyggende arbeid**

- Ser du et behov for fysioterapeut tilknyttet mødrene i svangerskaps- og barselomsorgen?
- Opplever du at gravide eller barselkvinner blir henvist fra helsestasjon eller at de tar kontakt med fysioterapitjenesten selv? Hvem blir de i så fall henvist til?
- Hvordan opplever du kontakten og behandlingen av gravide og barselkvinner har forandret seg i løpet av ditt arbeidsliv?
- Hva tenker du om tilgjengeligheten til fysioterapitjenesten for gravide og barselkvinner?
- Kunne mer blitt gjort for denne gruppen mtp helsefremmende og forebyggende arbeid?
- Hva må til for å kunne gi fødekvinne et helsefremmende og forebyggende tilbud?

- Hva kunne fysioterapeutens rolle vært for fødekvinnen i forbindelse med svangerskaps- og barselomsorgen?

**Avslutningsvis**

- Nå har vi snakket om gravide og nybakte mødres helse, hvordan helsefremmende og forebyggende arbeid blir utført for denne gruppen ifm. helsestasjonstjenesten, samt hvilken fagkompetanse og rolle fysioterapeuten har for dette arbeidet. Er det noe mer du vil tilføye som er viktig for temaene vi har snakket om?

**Vedlegg 3: Transkripsjon av intervju 1 – 10.02.23**

*Sånn, så begynner vi med noen introduksjonsspørsmål først, så da lurer jeg på om du kan fortelle meg om bakgrunnen din som fysioterapeut?*

- Ja, jeg er fysioterapeut og har vært det i ganske mange år. Har jobba innen forskjellige områder innen fysioterapi. Starta egentlig å jobbe med barn i en nyoppretta forebyggende stilling, for barn under seks år. Etter det har jeg jobba på sjukehus, litt med barn der også, men da var det mest ortopedi. Etter det har jeg jobba med arbeidsrettet rehabilitering, også har jeg jobba i bedriftshelsetjeneste, og nå de siste ti årene har jeg jobba i frisklivssentralen.

*Ok, så det er de siste ti årene du har vært i kommunene? Primærhelsetjenesten?*

- Ja

*Ja, så da har du vært alle de årene i frisklivssentralen?*

- Ja, det var det jeg starta, var med å starte frisklivssentralen her etter det da, og nå jobber jeg også som leder i fysio/ergoterapitjenesten, i kommunen.

*Har du noen andre kurs eller engasjement i faggruppe for eksempel?*

- Ikke nå nei. Den barnegruppa var jeg vell med i, i sin tid, så var jeg vel også med i idrettsfysioterapigruppa en periode, men nå er jeg ikke det. Jeg er ikke med i faggrupper, jeg er ikke medlem i forbundet, for å si det sånn. Er ikke medlem i fysioterapeutforbundet, og da kan man heller ikke være medlem av faggruppene.

*Så tenker jeg vi kan gå over på temaet kvinnehelse i primærhelsetjenesten. Og da lurer jeg på hvilken erfaring du har med gravide og barselkvinner som pasientgruppe?*

- Ja, altså, jeg har jo ikke egentlig kontakt med de som pasientgruppe, men kontakt med dem som friske deltakere. For jeg behandler dem jo ikke, verken gravide eller barselkvinner, men jeg tilbyr trening som i utgangspunktet er forebyggende. Og der legges selvfølgelig en tilrettelegging hvis det er problemer med bekken eller diverse plager, at man kan veilede de til alternative øvelser i en gruppetrening, men det er jo ikke behandling, det er mer en sånn hjelp til å, for å si i påvente av å føde eller de starter opp i etterkant. Vi anbefaler jo gjerne å vente seks uker før de starter opp på den treninga, sånn at de får de første seks ukene til å både bli kjent med barnet og bli kjent med egen kropp før de starter opp med trening her da.

*Hvor lenge har dere hatt dette tilbudet til gravide og barselkvinner?*



- Vi starta med tilbudet til gravide når frisklivssentralen starta. Målet var å ha et tilbud til gravide i samarbeid med jordmor på helsestasjon, så vi starta det som et samarbeidstilbud. Det var veldig populært det var mange som deltok og mange var veldig fornøyd med å kunne få trene frem mot fødsel og ønska gjerne å trene når de hadde født, så jeg tror vi oppretta to grupper, sånn at alle skulle få et tilbud. Men etter hvert så... Ja, det er jo liksom nyhetens interesse, også sank det jo litt, interessen. Også gjorde vi om den ene gruppa til barselgruppe, så da hadde vi en gruppe for gravide og en gruppe for barseltrening. Jeg vet ikke, det var kanskje et halvt år etter at vi starta opp da, så det var kanskje høsten 2013 så starta vi opp med en gruppe for gravide og en gruppe for barselkvinner.

*Så dere har hatt det tilbudet i ti år?*

- Ja vi har hatt det i ti år nå, tror faktisk vi starta februar, mars i 2013.

*Så bra at dere har kunne hatt oppslutning så lenge, tenker jeg.*

- Ja, det har vært varierende oppmøte, det skal sies. Men det har vært litt med hvem som har vært jordmor, hvor mye de har vært på å anbefale, og så har vi hatt forskjellige instruktører. De har vært flinke alle sammen altså, og jeg har selv vært av og på i hele forløpet. Det har alltid vært en fysioterapeut som har ledet gruppetreningene, og det har vært litt av det som har vært kriteriet, at det alltid skal være fysioterapeut som er instruktør. Vi har en avtalefysioterapeut som har jobba mye med bekkenbunnsproblematikk og bekkenleddsplager, så det var det hun som på en måte har spesialisert seg litt på det, og vi tenkte ved å få de gravide inn på gruppe så kunne vi kanskje forebygge litt, så de kanskje slapp å gå privat til avtalefysioterapeuten. At de kunne få svar på en del spørsmål, og gi de litt tips og sånn i den gruppesammenhengen, så sånn sett forebyggende. For da måtte de jo henvises også, nå er det jo ikke sånn. Så da fikk de hjelp og tips og råd som et lavterskeltilbud der.

*Ja, det er jo kjempefint. Du da som har vært litt av og på som instruktør, opplever du at kvinner har brukt den muligheten, at det har blitt aktivt brukt at du er fysioterapeut og kan svare?*

- Ja, litt begge deler egentlig. De som lurer på noe, spør jo gjerne. Men jeg tror nok både jeg og de andre som har vært instruktører opplever å kunne gi en del råd underveis. De som har bekkenbunnsproblematikk, bekkenleddsplager eller

rektusdiastase, spør de som regel hvis det er noe. De som har mest bekkenleddsproblematikk har jo gjerne en oppfølging hos fysioterapeut, gjerne hvis det har vart en stund. Men tanken var jo å forebygge, altså demme opp litt for de som alternativt hadde måtte gått til fysioterapeut, men også å kunne forebygge svangerskapsdiabetes var målet ved oppstart.

*Ja, og når dere startet opp, på hvilket grunnlag startet dere opp? Tenker på, det er jo i retningslinjene for svangerskapsomsorgen og barselomsorgen at målgruppen er gravide og det står noe om fysisk aktivitet og hva som blir anbefalt å informere om, men fulgte dere retningslinjene eller så dere et behov i kommunen?*

- Egentlig så ble nok dette tenkt litt på før jeg startet opp, for det var nok litt i begrunnelsen for å få midler til frisklivssentral. Og vi hadde en jordmor som var veldig engasjert på de gravide sine vegner da. Forebygging ligger jo i frisklivssentralens konsept så det var nok i hovedsak det jeg tenkte på. Men jeg tror nok sånn i bunn, selv om jeg ikke var så bevisst på det, så fulget nok jordmor og kommunelegen tenker jeg, som også var med på å planlegge frisklivssentralen, de retningslinjene som gjaldt da. Jeg tror hvert fall at jordmødrene, hvert fall de som var da, de informerer jo alltid om fysisk aktivitet og kosthold til de gravide.

*Og de som kommer på treningene, er det en viss type gravide eller barselkvinner? Er det de som trener fra før eller er det de som vil gjøre livsstilsendringer?*

- Ja, det er jo det vi har slitt med, at det er jo veldig ofte de som har en treningserfaring fra før. Det gjelder på både gravidtrening og barseltrening. Akkurat nå har vi med to-tre stykk på gravidtrening som har lite treningserfaring, og slike har jo vært litt med opp igjennom åra, men jeg vil jo si at overveiende er det de som i utgangspunktet er de som er opptatt av å ivareta helsa si og har treningserfaring, som har deltatt. Og noen som har treningserfaring og har trent for en stund siden, mens andre er veldig godt trent, og jeg tenker at det kanskje blir litt skummelt når det kommer noen som har veldig god peiling eller er veldig godt trent. Vi legger jo opp til at alle skal bli sett på, og vi legger opp øvelser med flere lettere eller tyngre alternativer slik at man prøver å utfordre alle på sitt nivå. Men erfaringsmessig vet man at i en gruppe, hvis man føler seg dårligere enn de andre så er det litt høyere terskel for å møte opp. Så tanken var å nå de som trengte det mest. Men man ser når det gjelder både gravide og andre at det er litt vanskelig å nå de.

*Ja, side vi er litt inne på det, har du noen tanker om hva man kan gjøre for å nå de som trenger det mest, eller hvordan man kan legge opp for at de skal føle seg vel i treningsammenheng?*

- Ja, jeg tenker jo det der å gi dem oppmerksomhet, ikke for mye oppmerksomhet for da blir det jo en stigmatisering, men i gruppesammenhengen ivareta de og være nøye med å vise lette varianter av øvelser og veilede de hvis de gjør feil som gjør at de kan få mer vondt. Men det er ikke lett når man har de som på en måte er toppidrettsutøvere og man har de som knapt har beveget seg før, så er det ikke alltid like lett å tilrettelegge slik at de med minst treningserfaring føler seg vel, og det er jo ikke sånn at de gjør noe feil, men det er jo den følelsen de selv sitter med og måten de måler seg selv opp mot gruppa som er litt vanskelig å gjøre noe med. Men jeg prøver å ta imot alle på lik måte, med passe doseaktivitet og ha kontakt med de. Men det er ikke alltid det hjelper, uansett hvordan vi prøver å legge til rette så er det ikke alltid det hjelper. Men sånn i rekrutteringsfasen så tenker jeg at selvfølgelig at det er viktig hva jordmødrene sier. Jeg har jo fått noen tilbakemeldinger der at jordmor sier liksom at «nei den treninga er så hard den», så jeg tenker at når jordmor sier sånt så er vi jo dømt til å miste folk i utgangspunktet. Det er jo viktig at de man samarbeider med, eller treffer de gravide da, at de både informere om det, men også at de oppmuntrer de til å delta.

*Et spørsmål som går litt på kompetanse om gruppen, føler du at du har, eller føler du deg trygg nok at du har nok kompetanse om gravide og barselkvinner til å gi rett veiledning og gode svar og at de kan føle seg fortrolig med å stille spørsmål til deg som kommunefysioterapeut?*

- Ja, altså nå å jeg si at jeg kunne nok kanskje tenkt meg litt oppfriskning på en del, altså nye retningslinjer og sånn, for disse unge, eller alle egentlig, leser jo veldig mye på nett, får med seg mye. Og da har man på sosiale medier disse unge jentene som trener og som er like slanke under og etter fødsel. Trener etter fødsel og trener dagen før fødsel og er like slanke etter. Så jeg tenker at det er ganske mange som får en del bilder av hva man skal gjøre og hva man ikke skal gjøre, så jeg prøver liksom å dempe den biten. Prøver liksom å roe det litt ned med tanke på å ikke starte for hardt og ikke gjøre for mye og sånn. Men jeg tenker sånn generelt så tenker jeg nok at jeg føler jeg er kompetent, men av og til er det godt å få litt påfyll bare for å få

bekreftelse på at man tenker riktig og at det man sier fortsatt er riktig og sånt, det hadde nok vært bra. Jevnlig mulighet for oppdatering. Selv om det så klart er mulig å lese på ting selv så er det så klart deilig å få ting servert.

*Godt svar. Det går litt på kompetanse de neste spørsmålene. Tenker på de forskjellige gruppene du kan møte da etter fødsel, for eksempel opptrening etter et keisersnitt, spørsmål om arrbehandling, større rifter, er det kvinner dere treffer i kommunen?*

- Ja altså, vi får jo ikke så mye spørsmål om det. Altså de går jo seks uker etter fødsel før vi eller jeg treffer dem, og jeg tenker at de med større rifter eller keisersnitt får sine restriksjoner, og jeg hjelper de jo så klart når de kommer hit når de er klare for å trene igjen. Men de har jo gjerne fått, virker det som for meg, at de har fått tydelig informasjon om hva de skal, hvordan de skal og når de skal begynne å belaste magemuskulatur og sånt. Når det gjelder rifter i underlivet så er jo gjerne det grodd når de da kommer til trening her, men vi kjører jo bekkenbunnstrening, det har vi alltid gjort både gravide og barselgruppene så kjører vi den hver gang.

*Ja, det er flott. Ja da kan vi tenker jeg gå over på.. jo et spørsmål som går på, hvordan opplever du at gravide og barselkvinner helse blir ivaretatt av ja, helsestasjonstjenesten, men også frisklivssentralen siden de har et visst samarbeid der.*

- Jeg tenker hvert fall at de gravide blir ganske godt ivaretatt, jeg treffer de jo kun i disse treningene, eller nå har instruktøren for disse gruppene som har vært i permisjon, akkurat kommet tilbake fra barselpermisjon selv, så det er hun som har de nå, men vi ivaretar de godt hvert fall, de som kommer. Men vi er som sagt prisgitt at vi har informasjon fra sykehusene der de er til ultralyd og så har vi jordmødrene som henviser, for legene er ikke flinke til å henviser – eller at noen finner ut på egenhånd at det er et tilbud da. Men de fleste går vell til jordmor, og får oppfølging hos jordmor her. Og da hvert fall sier jordmor at hun informerer alle om det. Selvfølgelig om det er kjempetravelt så er det mulighet for at det glipper da, men jeg føler vell de får en god oppfølging. Etter fødsel så har jeg ikke så god oversikt, der er det vell mest fokus på barnet tenker jeg, hvert fall fra helsestasjonen sin side da, så der har jeg litt mindre oversikt i hva de får av oppfølging.

*Og det er jo litt sånn som du sier også at, med disse sosiale mediene, hvor mye kvinner vet selv og får informasjon om, og hvordan de føler om barselkroppen sin. Det hadde vel kanskje vært greit med litt fokus på den også, etter fødsel tenker jeg.*

- Jeg er litt usikker på hvordan det er, men jeg tror ikke jordmortjenesten har kapasitet til å ta opp fysisk form, mulig de snakker med den én gang etter fødsel, men de har hatt litt utskiftning nå i tjenesten. Det er liksom helsesøstrene da og da er liksom ungen som er i fokus. Det er ikke veldig ofte tema, men det er noen som er godt trent innom trening, og jeg tenker kanskje de har den høyeste risikoen for å gjøre feilene etter fødsel da, at de starter opp for hardt og for mye og de lytter ikke skikkelig til kroppen for de skal liksom tilbake til den kroppsfasongen og den formen de var i før fødsel eller før de ble gravide. Jeg har snakka litt med noen om det, men jeg tar det ikke opp, for de fleste har vell et ganske greit, eller normalt forhold til både trening og kropp. Men jeg kjenner jo til eksempler her hvor noen har på en måte trodd at det er greit å begynne x antall uker etter fødsel uten å egentlig kjenne på egen kropp og hva som er greit og måttet slite mange måneder etterpå. Det har jo ikke vært her hos meg, men det er litt greit liksom å, for de som er vant til å være i god form, lytt til kroppen. Det er ikke noe press eller stress å komme i gang tidlig etter fødsel og få tilbake kroppen, det er lov å ha litt slapp mage og starte senere.

*Ja, det tror jeg det burde blitt mer fokus på faktisk, og jeg tenker også, eller det er jo en slik seksukers-kontroll hos jordmor etter fødsel og da hadde det kanskje vært fint å inkludere fysioterapeut på den, har jeg tenkt på, men ja, hva tenker du om det?*

- Ja absolutt, det hadde vært og jeg tenker i hele tatt at kommunal fysioterapeut kunne vært mer involvert på helsestasjonen både for mor og barn. Det er jo pålagt, eller det skal jo egentlig være det nå, men det er det ikke per nå da. Det samarbeidet, eller man samarbeider jo som frisklivssentral eller nå har det blitt mer sånn at de sender folk hit, vi samarbeider ikke så mye som det var i starten, som det opprinnelig var tenkt når vi starta opp tilbudet. For da var det sånn at jordmor var til stede under treningene i en lengre periode i starten. Først så var det tenkt temaundervisning og så ble det mer at hun var bare til stede, for det ble til at det som var tema under temaundervisningen var det samme som ble fortalt da de var hos henne da de var i konsultasjoner og så ble det bare sånn at hun møtte opp for å være der hvis noen hadde spørsmål som ikke kom opp under jordmorbesøkene da, så det var liksom veldig sånn lavterskeltilbud for jordmor. Men så ble jordmor opptatt med andre ting, ungdomshelsestasjoner og diverse annet og da falt det bort og da ble dette her et rent treningstilbud hvor jordmor henviser til, eller informerte om tilbudet. Så

samarbeidet har på en måte smuldra litt bort da, og da var også av og til helsesøster til stede på barseltreningene sånn at de kunne ta opp ting der, men det er også borte.

*Så det er en ressursproblematikk?*

- Ja nå har ikke jeg vært på det og bedt om det, men vi var i en periode lokalisert litt langt fra hverandre, men nå er vi faktisk på samme hus, så det hadde vært enklere nå. Men ja, i en lengre periode har vi vært uten jordmor, men nå er det fylt opp stillinger. Det har vært en del sykefravær og noen ble pensjonister, så det har vært mangel på ressurser i en lengre periode. Men jeg tror nok hos helsesykepleierne, de har det travelt, så jeg tror nok ikke det ville vært aktuelt for dem å komme på barseltreningene nå nei.

*Når gravide da kommer til trening, og tidligere når dere har hatt temadager. Opplever du at de finner ut av det selv eller at de blir henvist fra jordmor?*

- Nei, jeg tror nok at de aller fleste får informasjon fra jordmor. Selvfølgelig så er det nå noen som begynner å føde sitt andre og tredje barn sånn at de vet om det av den grunn. Så de kommer tilbake for de har deltatt før, og så er det jo noen som tar til takke med hverandre slik at de tipser hverandre om det. Jeg tror det er de viktigste kildene. Rykter, det at de har deltatt før og at jordmor henviser om det. Og så håper jeg at noen ser den plakaten på sykehuset når de er til ultralydbesøk.

*Mhm, det er jo veldig lurt å ha det der men en er kanskje ganske opptatt i sitt eget hode når de er der.*

- Ja, jordmor er nok den jeg lener meg mest til at hun informerer alle som har vært der hos henne.

*Og du snakker om de som får sitt andre og tredje barn, men det er kanskje førstegangsmoren som trenger mest å få informasjon og kjennskap til egen kropp og treningsvaner og sånn?*

- Ja, men jeg tenker jo at de har fått en god opplevelse de som deltok første gang. Men de får jo litt dårligere tid når de skal ha sitt andre og tredje barn, så det er en utfordring å finne tidspunkt som passer best. Gravide er jo i jobb enda og noen har jo da barn fra før som skal hentes i barnehage. Da vi hadde studenter blant annet, så var det flere som ville ha det på kvelden, men da var det en utfordring for da jobber vi jo utenom arbeidsdagen, så da forlenger vi arbeidsdagen. Men hvis vi da skulle hjem og tilbake igjen så tror jeg det blir litt mere styr pluss at barselkvinnene vil jo

gjærne ha barseltreninga på dagen for de er jo hjemme. Så det er noe logistikkmessig, så derfor har vi lagt det til halv fire for da kan folk rekke det rett etter jobb. Og hvis noen jobber lengre, kanskje de kan gå litt før for det er jo mye god helse i å prioritere med tanke på å holde ut i arbeidslivet det å trene.

*Ja, det er et bra poeng. Hvordan opplever du at kontakten og behandlingen av gravide og barselkvinner har forandret seg gjennom ditt arbeidsliv gjennom disse ti årene?*

- Nei det har ikke forandret seg så mye, eller det har jo gått veldig fort da. Nei, jeg tenker ikke at kontakten har forandra seg så mye egentlig. Én ting er jo at jeg er jo såpass godt voksen da at jeg kunne jo vært bestemora til alle disse barna, så jeg syns jo at det er deilig å få inn noen yngre fysioterapeuter som kan være instruktører, men det virker jo som om de er fornøyde. Noen grupper så er det sånn at det er god stemning og folk er i godt humør, mens andre grupper merker du at de er litt skeptiske og det kan jo være for at de ser at det er en gammel dame som skal være instruktør. Mange har jo en god del erfaring med trening fra før og mange av de ser jeg også vet best hvordan de skal trene selv. Men det er ikke noen som klager altså. Men jeg ser jo at de har treningserfaring og det er nok noe jeg selv ville ha tenkt også hvis jeg hadde vært ung og kommet på trening med en dame på min alder. Men det har jo litt med at jeg også de siste årene har prøvd å hyre inn unge fysioterapeuter, eller yngre fysioterapeuter.

*Ja, det er vell kanskje dette med sosiale medier man kan merke det har forandret seg, spesielt de siste kanskje tre årene har det blitt økt fokus på kvinnehelse.*

- Jeg syns ikke jeg merker så stor forskjell ift det, men hva de tenker og hvordan de forholder seg til trening det har nok forandret seg blant alle som er gravide. Spesielt de som legger på seg en del eller er litt dårlig trent og er på sosiale medier. Kanskje de opplever enda mer stigma, men det gjelder jo ift til de som ikke er gravide også, siden det er så mye kroppsfokus i sosiale medier.

*Ja, det er jo en problemstilling, men har du merket noen andre problemstillinger som har dukket opp med tanke på sosiale medier? Nye spørsmål eller bekymringer fra de gravide eller de som har født?*

- Nei ikke som jeg kommer på i hvert fall, noen er jo mer bekymra eller noen har jo mer spørsmål når de har født. Men jeg treffer nok ikke de som ikke er mest bekymra. Jeg tenker at de som kommer på mine treninger er unge ressurssterke kvinner, veldig

mange av dem. Så nå har jeg, og det syns jeg er kjempebra, jeg har ei som er fra Ukraina som er med, så har jeg to som er minoritetskvinner og det er jo de vi ønsker å nå egentlig, det er de vi ønsker skal komme fordi de trenger å få treningserfaring, men også å nå andre, få et nettverk.

Ja, der er jo vel så viktig når man er i den situasjonen, trenger mye støtte og å føle seg ivaretatt, tenker jeg. Hva tenker du om tilgjengeligheten for fysioterapitjenesten og barselkvinner?

- Ja akkurat fysioterapitjenesten har vi jo ikke foruten privatinstitutt, men frisklivssentralen har vi jo tilgjengelig for akkurat den gruppetreninga, men de som har utfordringer som må følges opp må jo til privatpraktiserende fysioterapeut. Og da har vi jo som sagt hun ene, hun jobber også som avtalefysioterapeut 75 prosent så hun kan jo følge opp en del av de som kommer hit, i sin avtalepraksis, hvis hun ser at det er ekstra utfordringer som de trenger litt oppfølging på. Så sånn sett så er jo tilgjengeligheten bra der vi har henne, men i den kommunale fysioterapien tar vi ikke i mot barselkvinner eller gravide, da må de til avtalefysioterapeut. Så der blir de nok prioritert avhengig av problemstilling. Men jeg vil tro de gravide kommer raskt inn hvis de har problemer knytta til graviditet.

*Ja, vet du om jordmødrene er flinke til å henvise til avtalefysioterapeut eller tror du de gravide tar kontakt selv?*

- Der tror jeg nok at jordmødrene først og fremst henviser til gravidtreninga eller barseltreninga her, siden de vet at den er leda av fysioterapeut og den kan ta det videre. At vi kan på en måte sjekke om det er lite nok eller om det kan bli bedre ved hjelp av vår trening i gruppe eller om de bør få en oppfølging hos avtalefysio. Og er det mye bekkenleddsplager vil jeg tro at jordmor eller fastlege anbefaler avtalefysioterapeut direkte hvis man sliter med, eller har stort funksjonsfall da.

*Det er jo veldig fint å ha hun som avtalefysioterapeut da i tillegg. Har du, eller kunne du tenkt om det er noe mer som kunne blitt gjort for denne gruppen med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid?*

- Nei nå vet jeg ikke nok om hva... Jeg har altså en annen fysioterapeut som har vært på gruppene, som brenner veldig for det med kvinnehelse, og hun sendte meg en sms etter at hun hadde vært her, hun har jobba som instruktør på den gruppa tidligere, om hva hun mente burde blitt gjort. Men ja det som kunne blitt gjort er jo å



ha ett tettere samarbeid, ha en fysioterapeut tilgjengelig, i hvertfall for de gravide, men også for barselkvinnene slik at ikke alt fokus blir på bare babyen. Det tenker jeg nok kunne ha vært noe, at de kunne stilt spørsmål rundt egen kropp, at de ikke måtte ha ventet seks uker hvis det er noe de lurte på. Det jeg også tenker, de har jo barselgrupper på helsestasjon, og da kaller de inn de som har født til et visst tidspunkt og lager grupper av det. Og klart noen av gruppene er jo kjempeaktive og noen ganger kommer hele gruppa og melder seg på barseltrening mens andre ganger passer ikke gruppa så godt sammen og da blir det ikke så mye av. Men det er også et sted hvor fysioterapeuten kunne kommet inn litt tidlig med informasjon da, i disse barselgruppene, og hvor de kunne ha stilt spørsmål hvis de lurte på noe.

*Ja, det er veldig lurt fordi ofte skal det jo ikke mer til enn at man blir mer sikker på egen situasjon. Man blir kvitt usikkerheten og vet hvor man skal gå hvis man trenger hjelp.*

- Ja, og da må man jo komme tidlig inn da der etter fødsel, men der kunne jo også det med kroppsbilde og sosiale medier vært diskutert, og vært litt mer fokus og bevissthet rundt det. Noen bryr seg ikke om det, noen føler seg bare totalt mislykka og andre prøver å etterleve det, det er jo mange nivåer her, men det kunne hvert fall vært tematisert da.

*Ja, helt enig. Skal vi se, da kan vi gå over på tverrfaglig samarbeid som tema. Da lurer jeg på hvilken erfaring du har tverrfaglig samarbeid med gravide og barselkvinner i din kommune? Da er det på helsestasjonen i din kommune, sånn som du nevner, barselgrupper, svangerskapskurs, fødselsforberedende kurs.*

- Vi har vell hatt fødselsforberedende kurs innimellom, men jeg følger ikke helt med der, jeg har ikke vært involvert i det. Når jeg jobba forebyggende med barn så var jeg med og holdt fødselsforberedende kurs, men det er mange år siden. Så her har jeg ikke vært involvert om det. Tror det har vært annonsert innimellom, men tror ikke det er noen fast rutine her. Så er det disse barselgruppene ja, hvor fysioterapeut ikke er involvert. Det tverrfaglige samarbeidet jeg har hatt her, med gravide og barselkvinner, er de gruppene rundt den perioden vi starta opp. Og så er det jo selvfølgelig, det er jo ikke tverrfaglig, det er jo samme faget, men vi har jo avtalefysioterapeut her hvis det er behov for det. Ikke noe samarbeid med legene. Men når det er på individuelt plan så er det ikke frisklivssentralen som skal inn heller

da, men som sagt, det burde vært en fysioterapeut på helsestasjonen som også kunne bidratt under jordmor-helsetjenesten, det tenker jeg. Det hadde vært bra.

*Ja, men da dere startet opp med gruppene, da var det tverrfaglig samarbeid med jordmor helt i starten?*

- Jordmor var en pådriver ja, og så trakk vi også inn helsesykepleier. Da var det faktisk hun som har jobba mer med sånn bekkenbunnsproblematikk som var instruktør i en lengre periode også. Det ble starta som tverrfaglig, men har sklidd ut.

Og da var dere ikke i samme bygg, men det er dere nå?

- Skal vi se, nei da var vi ikke så langt fra hverandre, men her har det blitt rehabilitert og bygd på og sånt, så da var vi litt lengre fra hverandre. Nå sitter vi i samme hus, men i hver vår etasje.

*Kjenner du at de ulike yrkesprofesjonene i det tverrfaglige samarbeidet rundt helsestasjonen og frisklivssentralen vet om fagområdene til hverandre slik at dere vet hvordan fagene tilgrenser hverandre og vet om hva den andre har kompetanse om?*

- Nja, sikkert ikke godt nok, det kan vell alltid bli bedre. Men jeg føler jeg har en viss oversikt, ikke minst i og med at man har vært gravid og født selv så. Men selvfølgelig faget utvikler seg jo, så det kunne sikkert vært bedre.

*Ja, jeg tenker på jordmor for eksempel, hvis hun ser noe så hun tenker «det der vet fysioterapeuten noe om, jeg sender deg til henne», på en måte. Er det god nok kompetanse rundt det?*

- Det håper jeg da, nå har vi fått en jordmor som er veldig engasjert og har god kompetanse, så jeg tror hun er ganske oppdatert, hun som jobber her nå. Som har full stilling da. Jeg tror det er en eller to til som ikke har full stilling, men nå har det kommet til yngre krefter og jeg tror de har noenlunde grei oversikt.

*Blir det gjort noe for å bedre dette på en måte, at en skal vite hva andre driver med?*

- Nei ikke uten videre, har ikke vært noe internt her hvert fall. Selvfølgelig kan man jo lese seg opp på ting selv, men jeg tenker det beste da er jo å ha et typ møte, eller at man møtes for å snakke om ting eller lure på ting, drøfte ting. Hva kan dere hjelpe oss med og hvordan kan vi utnytte hverandres kunnskap og erfaring på best mulig vis i vår kommune?

*Det tenker jeg kunne vært veldig positivt for den helhetlige omsorgsmodellen på en måte.*

*Men jeg så i retningslinjene for helsestasjonstjenesten, der sto det at fysioterapeuten kunne bli involvert på helsestasjonen for å ha temadager eller kompetansedager for å heve nivået om fysisk aktivitet for hele helsepersonellet, du har ikke opplevd dette?*

- Nei, de som jobber med barn her, de har vi jobba en del med for å få til tverrfaglig samarbeid mellom de som jobber på helsestasjon som barnefysioterapeuter og helsesykepleierne, så de har jo vært inne å snakka om ulike ting. Både hva man skal se etter, hva som skal henvises og hva som kan tipses om, men det er jo ift barna og ikke mødrene, det har vi ikke hatt noe opplegg på.

*Ok, jeg tror de fleste ligger litt etter på mødrehelse egentlig*

- Det tror jeg trygt du kan si. Kvinnehelse har jo vært mye i media også, men jeg tenker det er mye å hente med tanke på kvinnehelse rundt omkring, og forbedre det.

*Hva mener du skal til for et godt tverrfaglig samarbeid?*

- For det første er det jo å kunne ha fysiske møter for å finne ut hvordan man kan samarbeide og hva man kan samarbeide om. Men jeg tror nok også her da, som vi har fysioterapeut tilknyttet barn, men å ha fysioterapeut tilknyttet helsestasjon tror jeg kunne ha vært noe, hvor man har en fysioterapeut som er, om ikke full tid til stede, har deler av sin arbeidstid på helsestasjon, både for foreldre og mødre og ikke bare barn. Så mer ressurser eller hvert fall øremerka ressurser tror jeg kan være en fin måte å få til det på, for å finne et sted å starte. Men man må jo så klart prioritere det hvis man først har ressursene, det kommer jo ikke av seg selv man må også jobbe for det.

*Mm, absolutt, jeg så også at norsk fysioterapiforbund tilbyr et kurs som heter fysioterapi før og etter fødsel som retter seg mot kommunefysioterapeuter og de i spesialisthelsetjenesten da, men jeg tror det er et forholdsvis nytt kurs men dette hadde jo absolutt vært noe for fysioterapeuten tilknyttet helsestasjonen.*

- Ja det kunne vært noe for meg også det. Nå vet jeg ikke om jeg skal ha de gruppene fremover da, men det kunne absolutt vært noe for meg hvis jeg skal fortsette å ha de. Men det koster jo sikkert litt da.

*Ja, det er det det gjør.*

- Ja, jeg var jo på sånt dagsseminar om kvinnehelse hos NIH, og da fikk man liksom litt kick, eller, «ja det visste jeg jo egentlig, ja så bra da gjør jeg rett». Det er jo litt sånn når man er på kurs og seminarer, det er jo veldig spennende og interessant, men man

får jo også bekrefta at man kan en god del da. Så en sånn dag kunne passet meg hvert fall.

*Ja enig. Og da, det er sikkert mer oppfølgingsspørsmål jeg kunne spurt, men jeg lurer på til slutt om det er noe mer du vil tilføye selv som du tenker er viktig for tema?*

- Jeg tenker jo at det er viktig å fortsette å utvikle tilbud til gravide og de som har født. Og ikke minst kvinnehelse, at det er viktig å ha fokus på kvinnehelse. Og jeg ser jo det der med at ved å ha grupper, kanskje ikke med de gravide for da er man liksom opptatt med sitt, man kommer fra sine jobber og.. men jeg ser jo med barseltreninga at det er det sosiale. Vi har jo studenter og mange er også forsvarsansatte og det kommer jo også mange nyinnflyttede. Det der å ha en arena hvor de kan møtes og treffe andre i samme situasjon. Jeg ser at det er nyttig da. Også psykisk da, ikke bare fysisk. Ellers har jeg ikke så mye mer å tilføye.

**Vedlegg 4: Transkripsjon av Intervju 2 – 11.02.23**

*Ok, kan du fortelle litt om bakgrunnen din som fysioterapeut?*

- Ja, nå har jeg jobbet ca fem år som fysioterapeut, og har jobbet med litt forskjellig, men i hovedsak som kommunal fysioterapeut og jobbet jevnt med voksne i all hovedsak, både innenfor ortopedi, nevrologi men og med gravide kvinner, med bassengtrening for gravide i all hovedsak men og med gravide ifbm bedriftshelsetjenesten.

*Har du tatt noen kurs eller har du noen andre engasjement i faggrupper eller noe sånn utenom?*

- Ikke så veldig mange sånn ekstra kurs, bortsett fra sånne fagdager og sånn som vi har på ulike tema. Det har jo vært pandemi og da bortfalt slike ting om skulle ha vært. Jeg skulle egentlig delta på kurs retta mot bekkenbunnstrening som ikke ble noe av så foreløpig har jeg ikke deltatt på noen kurs, nei.

*Vi kan ta det med det samme, det kurset du skulle delta på er det gjennom kommunen eller privat engasjement*

- Det er privat engasjement, de fleste kurs er det.

*Ok, så du har jobbet i kommunen i fem år?*

- Ja som fysioterapeut ca fem år

*Du har bachelor i fysioterapi?*

- Ja

*Ok, da kan vi gå over på temaet tverrfaglig samarbeid, og da lurer jeg på hvilken erfaring du har med tverrfaglig samarbeid om gravide og barselkvinner i kommunen?*

- Ja, som sagt er den den gravidgruppen i basseng som er på en måte mitt hoved engasjement når det gjelder gravide kvinner, og da er det et tverrfaglig samarbeid i den grad at jordmødrene kontakter meg og melder på aktuelle gravide for denne treningen. Og vi har de siste årene hatt et tettere samarbeid om hvordan vi kan effektivisere samarbeidet og for at de skal få et tilbud som dekker flest mulig i en relativ stor kommune da. Og vi skal faktisk ha et møte neste uke hvor vi skal diskutere dette.

*Ok, hvem er det som deltar da i dette samarbeidet?*

- Da er det vi som fysioterapeuter her, i hovedsak meg og min avdelingsleder og jordmødrene og avdelingsleder på helsestasjonen og så er det og noen i fra tryggleik, en dame fra rådhuset som skal være med å lage en behandlingsprotokoll ift hvordan de gravide blir henvist for at det skal være juridisk riktig og sånn, derfor er hun med. Ellers er det et samarbeid mellom fysioterapitjenesten og helsestasjonen.

*Mm, bassengtreningen, er det for en viss gruppe gravide?*

- Den er for alle, men det er to krav for å kunne delta, og det er enten at de bor i kommunen eller at de jobber i kommunen. Og litt av det er at når dette tilbudet startet i 2012 så var det et tilbud som ble opprettet gjennom bedriftshelsetjenesten, så derfor har det vært et krav som har fulgt dette tilbudet. Så er det sånn at vi har blitt slått sammen til en stor kommune de siste tre-fire årene så nå må vi plutselig dekke mange mange flere. Så nå har vi plutselig enorm stor pågang på denne treningen og dessverre en veldig lang venteliste og dessverre og mange som ikke får blitt med for de blir henvist for seint i svangerskapet.

*Er det jordmor som henviser eller lege?*

- Ja, det er jordmor som henviser, men de kan og ta kontakt selv. Og det er litt dette vi skal diskutere på dette møtet i neste uke ift hvordan de best kan få effektivisert det og sørge for at flere får tilbud. Sånn at vi kan unngå at flere blir henvist til treningen på grunn av bekkenbunnsproblemer feks to mnd før termin, og så rekker de ikke å få tildelt tilbudet, da kunne vi brukt det mer forebyggende.

*Mm, ja godt poeng. Er det noen andre samarbeid målretta gravide i kommunen hvor fysioterapet er inkludert?*

- Altså fysioterapeuter er dessverre alt for lite inne i det forebyggende når det gjelder gravide kvinner. Det som er, er at vi har noen barnefysioterapeuter som fysisk er til stede ved firemåneders kontroller som ser på motorisk utvikling hos barnet, og så setter de også litt fokus på dette med bekkenbunnstrening for gravide, men det er dessverre bare denne ene gangen hvor de kan få råd om hvordan de skal trene bekkenbunnen, og om det skulle være noen problemer etter graviditeten, hvor de kan ta kontakt selv, så det er egentlig det eneste vi fysioterapeuter er til stede på helsestasjonen da, i vår kommune.

*Har du vært med på.. du nevnte kanskje dette med felles kompetansedager, har du vært med på det i forbindelse med helsestasjonstjenesten, eller for svangerskaps- og barselomsorgen?*

- Ja, hva tenker du på da? Ift fysioterapi?

*Ja, eller med tanke på kvinnehelse hvor fysioterapeuten sin kompetanse kan bli brukt?*

- Ja, det er jo også noe vi gjerne kunne vært mer inne i eller inkludert i, men som sagt så er det egentlig bare den på firemånederskontrollen at disse barnefysioterapeutene kommer ned på helsestasjonen og snakker om bekkenbunnstrening i en viss grad, men man ser jo helst på den motoriske utviklingen hos barnet. Vi er ikke inne på noen andre kurs som helsestasjonen har som fødselsforberedende eller disse tingene her dessverre

*Ja ok, hva kan være årsaken til det tenker du? Ser noen kommuner tilbyr jo fysioterapeut i fødselsforberedende kurs*

- Mm, helt klart i en ideell verden hadde vi vært inkludert med i disse kursene og så bryter det ofte ned til ressurser, ressursforbruk, prioriteringer og den type ting, det er jo da barnefysioterapeuter på vår tjeneste som er til stede på denne her firemånederskontrollen. Så det er jo klart at det er en liten del av deres arbeidshverdag og en større del som består mer av den rene fysioterapi-biten på barn, så det er uten tvil at vi skulle vært mer med på disse tingene

*Hva tenker du skal til for å få til et godt tverrfaglig samarbeid?*

- Tenker helt klart at sånn som vi skal diskutere på møtet neste uke, som da er et engasjement fra min side, er det med å føle at kommunikasjonen går lett mellom vår del av tjenesten og helsestasjonstjenesten, at vi har et godt kommunikasjonsverktøy som og er trygt og ivaretar alle de juridiske elementene som har blitt strengere og strengere med tiden. Og så tenker jeg også med dette med ressursfordeling at vi skulle sett litt mer på gevinsten i å delta i det forebyggende arbeidet og kanskje det igjen kan ha positive effekter på ventelisten på voksensiden men og på barn, samt at mødre som gjerne har fått tettere oppfølging gjennom svangerskapet gjerne er mer rustet og ressurssterke til å takle ting med barnet i etterkant og følge opp det uten at det nødvendigvis trenger den veldig intense oppfølgingen av fysioterapeut i etterkant. Så jeg har veldig tro på det at hvis man kunne vært litt mer inkludert i det forebyggende så ville man tjent på det i lengden da.

*Ja, det var et veldig fint svar. Har du forslag på hvordan man kan gi et bedre tverrfaglig tilbud til fødekvinne i kommunen? På en måte hvordan, kanskje litt mer konkret hvordan man kan arbeide helsefremmende og forebyggende sammen på helsestasjonen for eksempel?*

- Ja, jeg skulle jo gjerne ønske at jeg som jobber med de gravide kontra de barnefysioterapeutene, at jeg kunne vært med på helsestasjonen selv på for eksempel fødselsforberedende kurs og så jeg kunne fortelle om halebeinssmerter, bekkenleddsmerter, unininkontinens og disse tingene her, gitt tips og råd i forkant og vært fysisk til stede, gjerne delt ut noen program, noen øvelser. Litt sånn at jeg skulle ønske vi kunne gitt de en sånn smørbrødtype da, for det er jo noe med det at rett etter fødsel så er det utrolig mye som foregår for en kvinne så er det vanskelig å skulle prioritere seg selv og så går det gjerne for lang tid før de får hjelp. Eller før de søker hjelp. Så det å være inne på fødselsforberedende er noe jeg kunne tenkt meg rent faglig.

*Opplever du når du samarbeider med jordmor og de skal henvise gravide, opplever du at de er godt orientert om din fagkunnskap?*

- Ja jeg opplever en respekt for fysioterapibiten og de er veldig på for å henvise til bassengtreningen da, så ja i aller største grad så opplever jeg at de har veldig tillit til meg som fysioterapeut, men det som gjerne har vært litt utfordringen er prosessen med å henvise, når de henviser, hvem de henviser. Ofte så er det noen som har lyst å delta på alt som blir meldt på, så plutselig så er det noen som egentlig har veldig store plager som havner bakerst i køen, for det er første-mann-til-mølla-prinsipp. Så noen ganger opplever jeg gjerne at jordmødrene ikke har helt forståelse for hva denne treningen er og bør være. Så der er det noe forbedringspotensiale. Jeg har jo laget til dem en slik prioriteringsnøkkel da, slik at når de henviser så skriver de enten en B for bekkenplager, s for smerter, p for psykisk helse litt slik at jeg skal kunne prioritere dem selv, slik at vi kan gi et tilbud til de som faktisk trenger det og de som trenger det raskere enn andre, for å kunne prioritere det bedre da.

*Ja, det høres ut som en bra løsning.*

- Ja foreløpig er det hvertfall det

*Kunne du sagt noe om hva som kan være fordelene for bassengtrening vs saltrening for gravide?*



- Ja, jeg har jo hatt den del bassentreninger opp gjennom årene, både når jeg studerte og når jeg de senere år har jobbet som fysioterapeut og jeg opplever, det er jo terapibasseng så det er jo oppvarmet til 34 grader, og jeg opplever veldig god effekt for alle som deltar, både gravide, men også andre grupper som deltar, nevrologigrupper og eldregrupper. Og det har jo mye med varmen, det er en ting at det er lindrende. Og det er også den vektavløsningen som gravide får i vann med tanke på tyngdepunkt, altså magen vokser og de kan få ryggsmarter, symfysesmerter, bekkenleddsmarter, så er det noe med å avlaste vekt på leddene og bevege relativt intenst. Så det er en høytempo-gruppe egentlig, det er ingen rolig gruppe, så jeg opplever at de gravide føler at kroppen tillater å bevege mye mer enn når man beveger seg i en sal da kroppen er tung og man får ut mye mer bevegelse ved å avlaste leddene. Så vi har veldig god erfaring med bassentrening

*Er det mulighet for eller er det rom for å stille spørsmål siden du som fysioterapeut er der og leder?*

- Absolutt , altså det er jo forløpende opptak så det hender jo at jeg repeterer meg, men jeg prøver å opplyse hyppig om at hvis dere trenger tilrettelagte øvelser, eller hvis det er noen øvelser som ikke funker for deg, gi meg et lite vink så kan jeg ta av mikrofonen og kommer bort og snakke med deg aleine eller under fire øyne. Og jeg sier også at hvis dere har andre spørsmål må dere gjerne komme med de, men da etter timen siden det er en gruppetime og jeg står på land da og instruerer ca en time-50min

*Ja, det er fint. Føler du deg trygg på å gi helsefremmende og forebyggende tiltak til fødekvinne, eller gravide og barselkvinne?*

- Ja, jeg føler meg etter hvert trygg på det, det er jo sånn at man blir god på det man jobber mest med, så for hvert år som går så føler jeg meg mer kompetent på å gi tips og råd og spesielt etter å ha født barn selv, så har man den personlige erfaringen med seg. Uten at det skal veie tyngst, men det er uten tvil et nyttig verktøy det også. Så er det sånn at det desto flere gravide kvinner eller fødende kvinner du er i kontakt med så vil jo på en måte kompetansen og tryggheten på å kunne ivareta de bli bedre da.

*Mm, dette her med opptrening etter fødsel, er det noe dere tar dere av i kommunen?*

- Det skulle jeg ønske, men det er sånn at helsestasjonen, de har et mor-barn-tilbud, at postgravide kan delta når barnet er 8 uker tror jeg det er. Nå er det i en stor arena, så det er ubegrenset med plass hvor det blir invitert til trening hver mandag tror jeg det er, hvor det er jordmor som leder denne treningen da som går på at man gradvis skal trene opp igjen kroppen, men også litt sånn bekkenbunnsfokus. Så den reklamerer jo jeg naturligvis for når de gravide går på bassengtrening med meg, at dette tilbudet finnes, og ta gjerne kontakt med helsestasjonen hvis du vil delta eller sjekk ut facebooksidene deres for det er der de inviterer til treningen.

*Ja så fint. Det er jo en ting å føde vaginalt, men så har du de som har keisersnitt eller som kanskje har litt større mén i bekkebunn, er det noe dere gir ut informasjon om eller har fokus på?*

- Nei, på samme måte der. Jeg ser dem jo som gravid sist og så føder de, og så gir de beskjed til meg at de har født, og så ser jeg de dessverre sjeldent igjen, men jeg prøver å si at uansett hvilken fødsel du får, så lov meg at dere søker hjelp, enten det er hos spesialisthelsetjenesten eller kommunal fysioterapeut og så gir jeg dem tips om private fysioterapeuter som jobber med kvinnehelse for at de skal føle at de har noen knagger å henge ting på om det skulle være noe etter fødsel. Men vi er dessverre ikke inne og snakker om noe spesifikt om keisersnitt eller andre type komplikasjoner da.

*Du senker jo veldig terskelen da for at de skal kunne ta kontakt når du fysisk gir navn på fysioterapeuter*

- Ja, vi prøver hvert fall på det, for det har vært, eller det har hvert fall vært økt fokus på det det siste året. Vi har fått veldig mye spørsmål opp gjennom, så har vi stått der med halen mellom beina og følt at vi ikke helt kan svare for oss, og det er jo litt dumt, så vi har prøvd å søke informasjonen selv og øke kunnskapen, samle det og gi det til dem slik at, ok dette kan du gjøre for å hjelpe deg selv.

*Ja, hva tenker du om kunnskapen om kvinnehelsetjenesten i primærhelsetjenesten?*

- Jeg tenker jo det (kunnskapen om kvinnehelse i primærhelsetjenesten) er alt for dårlig, det er det ærlige svaret. Og mest av alt fordi jeg jobber med det selv, det er jo mye snakk om det i media nå i det siste, og det er lett å si at ja det skulle vi hatt mer av, men vi som jobber med det føler nok ekstra på det for man ser at det er så store behov for å øke hjelpen til kvinner. Og det er jo fryktelig synd at det er så utilgjengelig

og at man må henvise de til helprivate. Kanskje man er heldig så kan man henvise de til noen med driftstilskudd så blir det litt rimeligere, men det koster jo på en måte, så det skulle absolutt vært mer fokus på det i den kommunale sektoren også, det skulle jeg ønske.

*Ja, hvilken rolle tenker du er på sin plass for fysioterapeuten å ha i primærhelsetjenesten når det kommer til kvinnehelse?*

- Altså jeg tenker jo at det burde vært en selvfølge at vi som fysioterapeuter skulle fulgt opp denne gruppen med pasienter på lik linje med at det fins barnefysioterapeuter, så burde det vært et ledd innimellom der som går reint på kvinnehelse. Og da ser vi ikke bare med gravide, men også eldre kvinner som sliter med lekkasje, bekkensmerter, korsryggssmerter, som vi aldri helt finner en forklaring på. Så vi har jo hele spekteret, vi har de som er gravide her nå og vi har de som har vært gravide for 40 år siden. Så vi ser en sammenheng der, jeg tror veldig at det har en sammenheng med at de har født en gang, og aldri fått en opptrening, gjerne hatt plager, som forsvinner i det du føder, men som ligger der og på en måte ulmer og så blir det en svakhet, spesielt i forbindelse med menopausen i det med hormoner og sånn blir redusert. Så jeg ser hvert fall det, den gevinsten, eller den potensielle gevinsten i å ha det forebyggende arbeidet med fysioterapien og gjerne seinere da å kunne redusere disse her pasientene en ikke klare å få bukt med.

*Ja det er veldig fint at du får fram den sammenhengen der. Så er det jo også en mulighet å få treffe kvinnen etter hun har født, og det er på seksukerskontrollen hos jordmor.*

*Opplever du der at jordmor er god på å fange opp behovene til fødekvinnene?*

- Altså, her i kommunen så er vi organisert, vi har på en måte barn og så har vi de eldre voksne. Og alle de voksne eller de unge voksne i fra typ, egentlig 18 men la oss si 20-60, de faller på en måte mellom to stoler og må gå til fysikalsk institutt enten med driftstilskudd eller med helprivate sånn at de blir jo aldri henvist til oss, med mindre det er til bedriftshelsetjenesten da treffer vi de kanskje. Men det har vi sett mindre og mindre tilfeller av de siste årene, så jeg lurer jo på hvor de blir av? Finnes de ikke lengre, det vet jeg jo at de gjør. Men jeg håper jo at de blir sendt til spesialisthelsetjeneste og får den offentlige hjelpen de på en måte har krav på. For vi treffer de aldri etter kontrollen, altså det er aldri vi som treffer de etter den.

*Nei, dette er kanskje litt ledende spørsmål, men det er jo kanskje fint på den kontrollen, og se med en fysioterapeuts øyne at her må du videre på en måte.*

- Ja, altså hvis jeg kunne valgt, i og med at jeg har hatt dem på trening, altså de som har deltatt der da, er at jeg hadde hatt ressurser til å enten tatt en telefon til de, og høre hvordan går det med deg? Og fått litt informasjon og kanskje pushet dem til å ta kontakt og nevne enkelte ting. For jeg har jo erfart selv da, på seksukers-kontroll, så er det dessverre veldig lite fokus på mor og meste fokus på barnet. Man tar kanskje en celleprøve og det er «pretty much it», så det er jo ganske dumt. Jeg skulle absolutt ønske at vi fysioterapeuter kunne vært tidligere inne post partum at vi kunne vært inne på en seks- eller åtteukers-kontroll og bare hørt med den gravide eller den som har født hvordan det står til.

*Opplever du at gravide, eller barselkvinner da, tar kontakt med fysioterapitjenesten selv, eller på eget initiativ kjenner at her har jeg et behov?*

- Det hender, innimellom (at gravide eller barselkvinner selv tar kontakt). Men da er det utelukkende via denne gravidtreningen der noen er flinkere å ta kontakt hvis de har opplevd en ny type smerte i bekkenet eller lignende, så haker de tak i meg på den treningen eller etter treningen. Men da igjen så har jeg på en måte prøvd å sett mellom fingrene hvis det er noen som virkelig trenger hjelp, og jeg har mulighet til å hjelpe de så har jeg prøvd å hjelpe, men da må de egentlig være ansatt i kommunen, det er hovedregelen. Men som sagt så har jeg tatt inn kvinner som trenger hjelpen, og tenkt at det koster meg så lite å gi dem hjelp en gang eller to, og det kan det gi de ganske mye. Så det hender ja, at noen har tatt kontakt, men i utgangspunktet er det for sjeldent for jeg tror at de vet at de hører ikke hjemme her og så søker de ikke hjelp andre steder.

*Ja for det er jo også interessant sånn, fordi en ting er om man har kunnskapen eller kompetansen til å hjelpe dem, men vet de selv hvilke problemer de kan komme med til en fysioterapeut? Vet de hvordan vi kan hjelpe dem? Opplever du at synligheten eller tilgjengeligheten til fysioterapeuten er god nok? Bare svar på det første først, hehe*

- En ting er jo hva jeg kan hjelpe dem med, men på en annen side blir jo tilbudet begrenset av organiseringen i kommunen. Så svaret på det spørsmålet er både ja og nei, for jeg prøver å formidle til de, også underveis på treningen prøver jeg å komme med, da går jo snavla i ett sett, at på denne øvelsen kan det være lurt å gjøre sånn og

sånn fordi sånn og sånn. Så jeg prøver å komme med tips som går på det kroppslige på hvordan de bærer magen osv. Så prøver jeg jo stadig vekk å komme med faglige tips underveis i treningen, men til det er begrenset hva man kan få til på grunn av organiseringen.

*Jeg tenker også på sånn før de er på bassengtreeningen, føler du at ja tilbudet er synlig nok før de fysisk er der, eller hvordan kan man kanskje øke synligheten for dette tilbudet?*

- Tenker du på treningen da?

*Ja, på treningen og på en måte på fysioterapeutens kompetanse*

- Ja, egentlig siden det er bare denne treningen vi i kommunen kan tilby så er det jo på nettsiden, og jordmødrene er også flinke på å reklamere for denne bassengtreeningen, og sånn sett har vi jo også en ganske lang venteliste så akkurat der føler jeg jo at tilbudet er ganske synlig.

*Ok*

- Skulle gjerne hatt flere tilbud for det er ikke plass til alle. Og når det gjelder kompetansen til fysioterapeuter så står det også kort fortalt at det er en fysioterapeut som leder denne treningen, at det kan være forebyggende, men også lindrende. Så det blir på en måte litt pakket inn, men vi tilbyr dem jo ikke noe annet enn denne treningen så det stopper på en måte opp med den treningen da.

*Skjønner. Jeg føler egentlig at du har svar ganske greit på det jeg lurte på. Men jeg skal bare gå gjennom spørsmålene, jeg er redd for å gå glipp av noe viktig.*

- Ja det går fint, jeg har god tid.

*Ok flott. Ja, kan jo ta et litt bredt spørsmål og det kan være det blir litt gjentakelser, men.. sånn overordnet, hva tenker du at fysioterapeuten sin rolle kunne vært for fødekvinne i primærhelsetjenesten.*

- Ja, de blir jo litt sånn som jeg allerede har sagt da, jeg skulle gjerne ønske at vi kunne gi de et pakkeforløp, et mer standardisert opplegg der den gravide kommer til helsestasjonen. De har jo et eget pakkeforløp der den gravide går til jordmor, og jeg skulle ønske at vi parallelt med det kunne hatt ett lignende standardisert pakkeforløp med hvilken uke kommer de til oss og så på en måte gjerne to veier, at hvis de har noe de trenger oppfølging for får de denne pakken, hvis de ikke har det får de denne pakken, litt sånn skape en dialog da, med kanskje mer oppfølging hvis de har plager eller behov. Og det er igjen den forebyggende biten at da kan man være tidlig ute og

forebygge i mye større grad og koble de på tjenestene når de er inne, for jeg tror ofte at gravide føler jevnt over, ikke bare med jordmor og fastlege, men at de må på en måte be om ting hele tiden. Og hadde vi hatt ett pakkeforløp som vi gav, som var på en måte mer detaljert hvis det var et større behov, da tror jeg at vi hadde kommet bedre ut av det både som gravid og som helsetjeneste da, så det i en ideell verden så hadde gjerne det vært tilfelle da

*Ok, da kan jeg si avslutningsvis, er det noe mer du sitter inne med som du vil tilføye og som er viktig for tema?*

- Nei jeg tror jeg har formidlet det som er det viktigste. Hvert fall sånn for meg og min vinkling, det som jeg tenker. Konklusjonen er vell at jeg skulle ønske vi kunne tilbydd mye mer i primærhelsetjenesten, hatt lavere terskel for å få hjelp, og at man hadde økt kompetanse og hjelp for gravide kvinner, og ikke bare gravide, men kvinnehelse generelt. Så det er jo et stort, stort ønske da.

## Vedlegg 5: Transkripsjon av Intervju 3 – 18.02.23

*Først, vil du fortelle litt om din bakgrunn som fysioterapeut?*

- Ja, jeg begynte utdanningen i 2012 var det vell, og siden det så har jeg egentlig jobba med barn, men i turnusperioden på sykehus så hadde jeg litt om kvinnehelse. Vi hadde jo sånn bekkenbunssundervisning og sånn på sykehuset, og etter turnus så har jeg jobba i barnehage, men mest da i kommunehelsetjenesten, egentlig barn og unge i kommunehelsetjenesten. Men vi har også hatt sånne fødselsforberedende kurs. Jeg har jobba i to forskjellige kommuner. I forrige kommune så hadde vi ikke fødselsforberedende kurs i alle bydelene, men så jobba vi for å starte det opp i samarbeid med både jordmor, familieterapeuter og helsesykepleier, så vi var da fire profesjoner inne og holdt kursene. Da jeg begynte å jobbe her så var det fødselsforberedende kurs sammen med jordmor og helsesykepleier. Jeg har en videreutdanning i barnefysioterapi og så har jeg noen kurs, både innenfor barn, men også innen fysiopilates med fokus på svangerskap og barsel. Så har jeg grunnkurset til fysioterapiforbundet om trening i barsel og svangerskap. Så har jeg vært på noen kvinnehelsefagkongresser. Jeg har alltid syns at det har vært veldig spennende med kvinnehelse. På bachelorutdanningen så skrev jeg også en oppgave om trening i graviditeten.

*Ja, jeg lurer på de kursene. Har du tatt de på eget initiativ eller er det noe kommunen har bidratt med?*

- Kursene har jeg tatt på eget initiativ fordi jeg har hatt lyst. Det ene kurset tok jeg vell da jeg jobbet i forrige kommune, og da var det kommunen som spanderte det. Men kommuneøkonomien blir trangere og trangere, så det er på en måte lite kursbudsjett og hvert fall på sånne ting som ikke er veldig spot on på det man jobber med til daglig.

*Ok, har du engasjement innenfor kvinnehelsefaggruppen?*

- Jeg er medlem i faggruppen, men det er ikke sånn at jeg er aktiv, noe mer enn at jeg er medlem og følger litt med på facebookgrupper og sånn. Tiden strekker ikke til.

*Ok, da tenker jeg at vi drar over på kategorien tverrfaglig samarbeid. Og da, du snakket jo litt om disse fødselsforberedende kursene, og de, ja, jeg lurer på hvilken erfaring du har med tverrfaglig samarbeid om gravide og barselkvinner tilknyttet helsestasjonen i kommunen?*

- Ja, helt konkret så er det jo dette fødselsforberedende kurset. Her i kommunen så er det en ettermiddag på tre timer. I forrige kommune hadde vi en hel dag, og da var jeg med på hele dagen. Da var første halve delen om amming, og det å bli foreldre, om det med parforhold og den nye verdensborgeren, med familieterapeut. Siste halvdel av dagen var med fysioterapeut og jordmor og da snakket vi mye om bekkenbunnstrening, fysisk aktivitet i svangerskap og etter fødsel, og selvfølgelig fødsel da. Det er jo gjerne fødsel de gravide har fokus på når de kommer på fødselsforberedende kurs, men vi prøver å ha med litt mer rundt. Her i kommunen så er det kun jordmor og fysio, da er det lagt opp sånn at jeg snakker først, sånn at vi starter opp med mer enn fokuset kun på fødsel. Da er det litt mer generelt om fysisk aktivitet, tips og råd, hva de kan fokusere på hvis de har vondter eller hvordan de kan tilpasse aktiviteten. De fleste som er på de kursene er jo kommet ganske langt på vei, de er over uke 30 de aller fleste og mange nærmer seg termin. Så jeg føler det er litt sent å komme inn for å jobbe mot en god fødselsopplevelse og det å komme seg greit i tiden etterpå, så jeg føler vi burde vært inne mye tidligere, men det er jo på en måte det vi har da. Men vi får nå sagt noe om fysisk aktivitet etter fødsel, hva de kan begynne med og hvor de kan legge lista. Det viktigste er å hvile og hente seg inn i igjen og få til den aktiviteten de kan i løpet av de første ukene og så begynne gradvis å bygge opp aktiviteten. Og så snakker vi mye om bekkenbunnstrening, det er kanskje det jeg snakker mest om, og jeg bruker mange forskjellige måter å forklare hvordan få tak i bekkenbunnsmuskulaturen. Så er alle med å gjøre øvelser. Og så snakker jordmor om fødselen og da forteller jeg om pust og hvordan de kan bruke aktivitet under fødselen, og da er det mer sånn jevnt mellom jordmor og meg at vi snakker om de tinga sammen. Utover det kurset så har jo jeg mest daglige oppgaver rundt barn, blant annet har jeg 4 mnd-grupper. Det er en gruppe på helsestasjonen som alle blir invitert til når de er fire mnd gamle sammen med foreldre. Som regel møter alle opp, og da pleier jeg å vise bekkibunnsbrosjyren, vise bekkenbunnstrening og prate litt rundt det. Da er det to reaksjoner som regel, enten så ser de litt brydd til siden, eller så er det liksom «Ja!»



og begynner å prate om sine opplevelser, at de syns det er vanskelig å få til eller de forteller at de lekker. Noen sier ikke så mye, andre forteller åpent, men jeg føler det er en viktig samtale å få til. Det er jo mange som sier de ikke har kommet i gang med bekkenbunnstrening eller det er vanskelig å få til, eller hvis de har hatt flere fødsler at jeg sliter med sånn og sånn. Og det er vell ingen jeg har møtt som har fortalt at de har gått til en privatpraktiserende fysioterapeut for å hjelp til det. Kanskje ikke så lett å snakke om i en gruppe når man er sammen med flere folk, men jeg åpner hvert fall opp rundt tema. Mange ganger så får vi en dialog rundt det med bekkenbunnstrening og det hender også at de kommer og spør om råd om bekkenplager, fødsel, eller er det greit at jeg kan trene sånn og sånn. Spørsmål kommer ikke så ofte, men av og til, det er liksom litt med den tida vi har til rådighet, da fokus er barna og motorisk utvikling. Helsesykepleier er også med og snakker om introduksjon til fast føde. Så møter jeg jo veldig mange mødre, jeg ser jo veldig mange babyer og når jeg kjenner at – man må jo føle litt an på stemningen da – for de er jo der på grunn av babyen sin, de er ikke der på grunn av seg selv. Noen ganger har de spørsmål om seg selv med tanke på bekkenplager, men om de har fått brosjyren om bekkenbunnstrening eller har kommet i gang med bekkenbunnstrening, og er det noen som ikke har vært med på firemånedersgruppe så kan jeg lese det i journalen så føler jeg også at man kan ta det opp og si at dette pleier jeg å si på firemånedersgruppe. Og da får jeg oftere enda mer dialog rundt bekkenbunnstrening når vi er én-til-én. Med tanke på bekkenplager og sånn, jeg har jo ikke noen annen mulighet til å veilede eller informere. Mitt mandat er ikke å skrive i journaler eller gjøre noen undersøkelser, det har jeg ikke mulighet til. Så jeg prøver å gi gode råd da, og henviser da til en privatpraktiserende fysioterapeut som vi har i kommunen med kompetanse på kvinnehelse hvis de har problemer. Men jeg har sett at det er lange ventelister, og at kanskje ikke alle gravide eller barselkvinner blir høyest prioritert, i tillegg til at det koster litt. Selv med driftstilskudd så blir det for noen en for stor utgift, og man får ikke gått der nok ganger eller kanskje de har vært der én gang og så syns de det var litt dyrt.

*Ja, jeg mailet jo også med kollegaen din, og hun har bassengtrening for gravide? Er det sånn at dere har en litt sånn dialog dere to imellom, slik at du tipse de gravide om dette? Eller det er kanskje litt sent ute i forløpet du treffer de gravide?*

- Ja, bassengtreningen er kjempepopulær, og jeg pleier å anbefale hvis noen sier de kommer og har bekkenplager. I graviditeten så er det jordmor som møter de, og de er veldig flinke på å tipse om bassengtrening, så jeg vet at de får rekruttert mange gjennom svangerskapskonsultasjoner. Jeg er jo heldig som får møte flere av disse mødrene som har vært på bassengtrening i graviditeten. Senest sist uke traff jeg på ei som kom til meg med sin baby, som var så fornøyd med bassengtreningen, for det gjorde at hun ble kjent med kvinner som hun senere traff på barseltreff på helsestasjonen og som hun da kjente fra før. Jeg tenker også at det er kjempeviktig faktor i det hele at man kjenner andre folk i samme situasjon, det gjør det mye enklere å prate med folk hvis man har det tungt og tøft og vanskelig at man vet at man er flere i samme situasjon. Det er tøft å få barn, spesielt førstegangsforeldre, og de kan være nedstemte eller ha depresjonssymptomer eller ikke ha kommet seg så mye ut, så det å kjenne noen er kjempepositivt. Jeg snakker jo en del med kollegaen min angående mødre helse og vi har jo egentlig et håp om å få i gang et felles prosjekt på jobb da. Å kunne få til noe mere fysioterapi mot kvinnehelse, men per nå så blir det litt mer sånn at hvis jeg har en mamma som fortsatt har bekkenplager etter fødsel så henviser jeg.

*Ja, har du vært med eller opplevd, har du noen erfaringer med tiltak innenfor kvinnehelse i primærhelsetjenesten som har fungert, som har, du kjenner at dette her var bra på en måte?*

- Ja, altså sånne fødselsforberedende kurs tenker jeg er kjempefint at fysioterapeuten er med, selv om vi gjerne skulle kommet inn enda tidligere med informasjon. Og tenker sånn som jeg har hørt at det var for mange tiårsiden her i Norge så var disse svangerskapskursene over åtte-ti ganger du kunne ta opp ett tema per gang og du kunne kanskje få trene samtidig. Det tar jo tid å lære seg ting og ta til seg informasjon, og da jeg tok dette fysiopilateskurset i svangerskap og barsel, du har kanskje hørt om det? Det er i Bergen

*Jeg har ikke hørt om det faktisk!*

- Nei, Studio Pilates ligger jo i Bergen, det er en fysioterapeut som har drevet det i en del år, og jeg har tatt kurset fysiopilates. Det er pilates, men øvelsene er brutt ned slik at du kan begynne med et lavere nivå. Du jobber mye med kontroll på muskulatur, balansert muskelbruk. Og hun hadde hvert fall et eksempel på hvordan hun legger opp sine gravidkurs og det var typ oppfølging ti ganger med forskjellige

temaer alt fra bekkenbunnsøvelser til ja, fysisk aktivitet, til når det nærmer seg fødsel. Og da var det typisk en time hvor drøyt halve tiden var trening, så var det litt tøyning og dermed tid til samtale og informasjon til slutt da. Jeg hører jo eksempler stadig vekk om tiltak hvor kvinner som har vært hos fysioterapeut og som har vært fornøyd. Andre type tiltak som jeg har hørt om, men ikke vært med på selv, det er sånn barseltrening på helsestasjonen. Faktisk flere ganger, spesielt det siste året har det vært mange tilbud om det her i regionen. Så har det vært flere som har vært med barn nr. to eller tre og så forteller de om at de tidligere har bodd i Oslo og der var det barseltrening på helsestasjon med fysioterapeut og at det var så bra. De kunne treffe andre, kunne komme i gang med treningen og få råd og veiledning. Og helsesykepleierne på helsestasjonen har spurt i flere år, kan dere ikke begynne med barseltrening, det hadde vært så bra. Kollegaen min og meg har liksom håp om å få til noe. Så har kollegaen min og jeg drokla litt, tenkt litt på det med trillegrupper og tenkt at det hadde vært en fin mulighet til å komme i kontakt med barselkvinner på, og det kunne jo ha vært i samarbeid med jordmor og fysio eller helsesykepleier hvor det var lavterskel for å spør om hva det gjelder om kropp og baby. Det er jo mye, når man får en baby, både med en selv og egen kropp, mye man ikke har opplevd før. Det å liksom lage noen små arenaer hvor det er greit å spørre om, på et lavterskelplan tror jeg hadde vært ganske nyttig. De kommer liksom på helsestasjonen på en planlagt gruppe, feks firemånedersgruppe, så har vi en agenda vi skal snakke om, feks mat til babyen og om motorisk utvikling og da havner type kvinnehelse spørsmål litt på tampen eller når vi egentlig har sagt ha det, så kommer de bort, på vei ut liksom. Så det å lage noen arenaer hvor vi har tid og kan ha en samtale så tror jeg vi kan nå mange fler.

*Ja, hva tenker du må på plass for å få til en sånn arena eller et sånt tilbud?*

- Mm, selvfølgelig engasjement fra fysioterapeutene, men også jordmor, helsesykepleier og de man skal samarbeide med på helsestasjonen (må være der for å få på plass en arena eller et tilbud). Det er én viktig faktor. En annen viktig faktor er jo leder og ledelse. Å ha en leder som ser behovet og er villig for å jobbe for å heve viktigheten av dette. Avdelingsleder har ikke makt for å få økonomiske midler, det kommer jo ovenfra, så man trenger vilje hele veien opp i systemet. Nå er jo vi i fysioterapitjenesten organisert i det vi kaller hjemmebaserte tjenester og

rehabilitering, dvs at vår avdeling som er fysio ergo, syn-, og hørselmontører, vi er sammen med alle avdelingene for hjemmebaserte tjenester. Og i hjemmebaserte tjenester så har de hatt ett inntrykk av at tidlig forebyggende tiltak er fallforebyggende for eldre, forhindre at de blir sykehjemspasienter. Men vi tenker jo at tidlig forebygging, det starter i mors mage og vi vet jo det at om mor har det bra, så får babyen det bra og når vi tenker helsefremming på lang sikt så er det der man må starte. Så jeg vet at vår leder har sett på dette og på avdelingene som en helhet, for det er jo ikke bare for barn og unge, også frisklivssentralen jobber jo med andre aldersgrupper enn bare de gamle. Så vår leder har vært veldig nyttig for å jobbe seg oppover, men det tar tid og i vår enhet så er det bare sykepleiere og helsefagarbeidere og det er jo helt annen profesjon enn oss, helt andre briller på hvordan man skal gå fram. Så det er krevende arbeid tror jeg, å løfte det. Så er det jo politikere som enten fordeler penger eller så kan man jo søke på prosjektmidler for å prøve ut tiltak kanskje. Men for at det skal bli noe varig så må jo politikere være villig for å satse på det. Og så litt med dette med engasjement fra fysio, jordmor, helsesykepleier. Det å ha noen treffpunkt i det daglige virke er jo kjempeviktig for det er der du får de små innspillene i hva tenker du om det eller hvordan gjør dere det, få de idemyldringene da. Nå er jo vi lokalisert på forskjellige sted, tidligere så satt vi fysioterapeutene i bygget ved siden av helsestasjonen, men nå er vi på forskjellige sted, og det tar 5-6 min å kjøre mellom. Så det er ikke lenger slik at vi bare kan gå ut døra, og inn den andre så treffer man hverandre. Vi spiser ikke lunsj sammen lengre, alle disse uformelle treffpunktene og mulighetene til å bli kjent på uformelt vis og opparbeide samhold er viktige.

*Ja, jeg skulle spørre om det så det var fint at du tok det opp. Sånn mellom dere fysioterapeuter og helsestasjonspersonellet, hvordan opplever du at dere er orientert om hverandre sine fagområder?*

- Jeg vil si (at vi er orientert om hverandres fagområder) nokså godt. Føler både jordmor og helsesykepleier når de spør om ting eller undersøker om det er noe vi kan bidra med så er det relevante ting. Jordmor kan godt komme og spørre om, hvis jeg er innom helsestasjonen en dag, om jeg har noen tips til en gravid hun har med bekkenplager eller ja. Så jeg tror nok, sånn i grove trekk tror jeg vi vet hva hverandre gjør. Jordmødrene har jo dette med svangerskap og fødsel, helsesykepleierne har

med barnet og barnets utvikling og med jevnlig kontroll. Og vi fysioterapeutene, ja, jeg tror nok at de andre tenker vi har kompetanse på dette med fysisk aktivitet, trening, trening av bekkenbunn – jeg har hvert fall prøvd å snakke en del om det. Ja, og hvordan tilrettelegge aktivitet i hverdagen. Jeg føler hvert fall at vi tre profesjoner har nokså god greie på hva de andre gjør.

*Så lurer jeg på, du har jo snakket litt om det allerede, men om du har noen andre ting som du mener må til for et godt tverrfaglig samarbeid?*

- Jeg tror det er å få disse jevnlig treffpunktene og noen møter med en agenda liksom. Dette her med kvinnehelse, forebygging og helsefremmende arbeid. At man har det på agendaen og har en plan med det. Fordi at, vi treffer jo disse gravide og barselkvinnene i forskjellige faser på en måte. Jordmor i graviditeten og rett etter fødsel. Helsesykepleier følger barna gjennom hele oppveksten og treffer foreldrene hvert fall på helsestasjonen. Når de begynner på skolen så er det jo ikke like godt å treffe foreldrene, så de har jo på en måte mange treffpunkter og muligheter til å spørre om ting. De spør jo om dette med nedstemthet, de har jo dette spørreskjema som mødre må fylle ut for å fange opp hvis det er noen med symptomer. Så de gjør jo noen grep mot det psykiske. Og vi fysioterapeuter er jo på en måte inne litt sånn sporadisk, det kommer an på om barna har noe de kommer inn med, så er det den firemånedersgruppen som når de aller fleste. Og hvert fall, jeg tenker at hvis man skal nå mødre så er det mest naturlig når barna er små, det er ikke så naturlig på en førsteklasseundersøkelse og spørre hvordan det går med deg og din form liksom. Det vil nok føltes litt naturlig å ha ett opplegg i graviditeten og barseltid for å lage et grunnlag. Og kanskje frisklivssentralen kan få i gang ett eller annet tilbud til de som strever over tid, om det er overvekt eller vanskeligheter for å komme i gang med fysisk aktivitet så er det nok frisklivssentralen man kan jobbe med da. Svarte jeg ordentlig på spørsmålet ditt?

*Ja, jeg merker jo at du brenner for temaet, så du har jo mye bra innhold. Men ja det blir veldig utfyllende svar, med mye gull hører jeg. Men vi kan gå over på kvinnehelse i primærhelsetjenesten som tema. Og da går første spørsmål på hvilken erfaring du har med gravide og barselkvinner som fysioterapeut? Og det har du jo svart på, men hvis du har noe mer du vil legge til så?*

- Eeh, nei det føler jeg jeg har svart på. Jeg har ikke vært så mye hands-on, men det ligger ikke i arbeidsoppgavene. Jeg kan ikke drive å undersøke, det ligger ikke i min arbeidsbeskrivelse. Jeg har mange ganger hatt lyst til å starte opp ett eller annet, en dag i uka eller noe sånn. Og jeg hører jo at den privatpraktiserende som driver i kommunen, jeg har bare møtt hen ett par ganger, men hen har sagt det som det er, det er mange som har behov, så det hadde vært fint om det var flere av oss som jobba med det.

*Men dette kurset, du tok et kurs fra NFF med trening i barsel og svangerskap. Kjenner du, har det gjort at du er trygg på din fagkunnskap når det kommer til å være en veileder eller instruktør for den gruppen?*

- Ja, (kurset med trening i svangerskap og barsel har gjort meg) hvert fall mye tryggere. Det er noen år siden jeg tok det kurset, 2016 eller der omkring. Men det er jo sånn at når du tar det kurset, det er noe som er veietablert og godt dokumentert og når du da følger litt med på facebookgruppa, så er det folk som legger ut spørsmål om ting, om det er noe forskning eller noe interessant. Du har liksom knagger å henge ting på da. Så akkurat det som helsefremmende og forebyggende tiltak som går på veiledning og informasjon føler jeg meg trygg på. Når det gjelder hands on, undersøkelse og behandling så har jeg litt kursing men jeg har liksom aldri brukt det. Så det skulle jeg nok ha øvd litt på. Men sånn i det store og det hele føler jeg meg nokså trygg.

*Men det høres ut som du føler det trygg på grunn av eget engasjement?*

- Ja, men sånn tror jeg det er med mange ting. Når det er noe man engasjerer seg for så er man litt kunnskapssøkende. Så blir man hvert fall litt bedre.

*Så har jeg jo skrevet ned noen stikkord om tiltak til gravide og barselkvinner. Da lurer jeg på om du tenker at helsefremmende og forebyggende tiltak rundt disse problematikkene her er noe kommunehelsetjenesten burde jobbe med?*

- Jeg tenker hvert fall dette med veiledning i forhold til fysisk aktivitet, for man vet jo hvor viktig fysisk aktivitet er for å forebygge mange helseplager, vi sier jo at hvis fysisk aktivitet hadde vært en pille så hadde alle tatt det. Så det tror jeg egentlig er kjempeviktig og det er jo også fysiske plager, alt fra vektoppgang til leggkramper og korsryggsvondter men også delen med psykisk helse er kjempeviktig. Så generelt sett så er vell opptrening med tanke på keisersnitt, arr, bekkenledd, korsrygg altså sånn

hands-on, har jeg aldri hørt om at noen gjør i kommunehelsetjenesten. Men det kan godt være at det bare er noe sånn som har vært tradisjonelt sett at det gjør bare privatpraktiserende eller på sykehuset. Det er ikke sikkert at det må være sånn. Men jeg tenker at helsestasjonen er en offentlig tjeneste som alle skal ha tilgang på som er gratis. Og mange av disse kvinnene er jo ikke like bemidlet. Så det å kunne gi en lik helsehjelp til alle, da hadde det vært en god ting å ha kvinnehelsetilbud også gjennom helsestasjonen. Det er jo nærliggende i og med at graviditet og barseltiden det skjer jo på en måte i den forbindelse, de er mye på helsestasjonen og det hadde vært veldig lett tilgjengelig for dem. Men en stor del av disse tingene krever spesialkompetanse. Skal du undersøke og behandle bekkenbunnsrifter, så krever det at man er trygg i seg selv, at man har tatt kurs og flere i kommunehelsetjenesten er jo i utskiftning. Så man er avhengige av de enkelte som er der. På sykehus er det som ofte større tilbud. Det er på en måte leger og fysioterapeuter og egentlig et annet system, et annet mandat. Men jeg tror det med tilgjengelighet, å være tilgjengelige for alle kan være et godt system også når det gjelder disse med undersøkelse og opptrening lokalt hvis man tenker på bekkenbunn.

*Ja, jeg lurer også på de fødselsforberedende kursene, er de gratis? Eller må de betale?*

- Ja, nå er de gratis. Før pandemien kostet de 750,- men nå er de gratis, så fikk vi omgjort det. Og jeg glemte å si at de fødselsforberedende kursene er egentlig til førstegangsfødende. Men det hender av og til at det er noen flergangsfødende som har hatt en dårlig opplevelse, eller det var lenge siden, eller at det er en annen barnefar inne i bildet, så hender det at de kommer, men plassene er på en måte holdt av til førstegangsfødende.

*Ja, hvordan funker rekrutteringen til disse kursene?*

- Det er via jordmor.

*Er det et godt oppmøte?*

- Ja stort sett møter de fleste. Vi har vell vanligvis rundt ti deltakere, eller ti par. Det er vell nokså ofte at det er en eller to som ikke møter opp eller at de allerede har født. Men det er nokså godt oppmøte og de som ikke kommer har en god grunn da.

*Ok, da kan vi hoppe over på siste tema som er helsefremmende og forebyggende arbeid. Og igjen, det kommer nok opp litt av det du har svart på før, men du får fylle ut på de du føler du*

*har svart på fra før. Ser du et behov for fysioterapeut tilknyttet mødre i svangerskaps- og barselomsorgen?*

- Ja, det syns jeg absolutt. I mine egne notater så har jeg skrevet ned dette med fysisk aktivitet for eksempel, det forebygger og helsefremmer på så mange områder. Så handler det også om at man er så sårbar i den fasen av livet. Masse hormoner, lite søvn, man har en liten baby som er helt avhengig av deg døgnet rundt. Kanskje ting ikke gikk som det skulle, kanskje det er ting fra egen barndom eller hvis man har noen vonde opplevelser i bagasjen at det kan være ting som blir rippet opp i. Da er det viktig å ha et godt team rundt. For på helsestasjonen er det barna som er i fokus og foreldre kommer litt på annenplass, man har jo seksukerskontroll og skjema man fyller ut som går på foreldrene, men det er nok mer og mer barna som er i fokus, så det å ha et tilbud som går på mødre vil nok være gunstig. Man har jo familiesentre så kan man jo komme og prate om det er noe med parforholdet og barn, men det er lite tilbud som går på rett på mors helse, som da jeg tenker at vi kunne bidratt til da. Spesielt den broen mellom fysisk og psykisk helse som jeg føler at vi fysioterapeuter kan gjøre en god jobb med da.

*Dette med kontakt med gravide og barselkvinner. Nå ble jo den henvisningsordningen oppløst for tre år siden-ish. Og ja, det er litt omdiskutert om det er en god eller dårlig ting. Så er det jo dette med at hvis noen trenger hjelp så må de vite hvem de skal gå til og hva de kan hjelpe med. Opplever du at gravide eller barselkvinner blir henvist til den hjelpen de trenger eller at de tar kontakt selv med dere som fysioterapeuter i kommunen kanskje eller?*

- Jeg tror det er litt tilfeldig (hvem som oppsøker eller kommer i kontakt med gunstig helsehjelp). Akkurat i graviditeten har vi den bassengtrentingen og jordmødrene vet om det. Men etter fødsel så er det jo få som tar kontakt med oss. Nå har jo ikke vi et veldig spesifikt tilbud til barselkvinnene, men det er få henvendelser og jeg tror at dette med lekkasjehendelser, som er en stor greie, det er jo mange som opplever det, at det er noe man ikke tenker på eller søker hjelp om. Men det er liksom de reaksjonene når jeg tar det opp at «åh, jeg burde ha trent». Sånn jeg ser det er det litt tilfeldig hvem som for kontakt med hjelpen. Så er nok terskelen ulik for når man oppsøker hjelp også. Skal man gå til en privatpraktiserende fysioterapeut så må man må jo vite om tilbudet og det er ikke sikkert at alle vet at fysioterapeuter kan hjelpe



med underlivsplager. Ja det er det inntrykket jeg har da. De fleste vet om bekken- eller korsryggsplager.

*Opplever du at kontakten med gravide eller barselkvinner har forandret seg ilt ditt arbeidsliv?*

- De årene jeg har vært fysioterapeut i kommunen siden 2015 så føler jeg det er ganske likt egentlig. Det eneste jeg kanskje har merka det på her i kommunen er at i fikk jo flere jordmødre for noen år siden så har det vært litt utskiftning. Og jeg merker at de gangene vi har minna de på at vi har bassengtrening så har det komt masse henvendelser. Så det er kanskje den forskjellen. Vi må jo være litt synlige og vise hva vi kan bidra med og hvilke tilbud vi har, og det er kanskje ikke alltid så lett.

*Ja, da er vi over på det neste spørsmålet som går på tilgjengeligheten til fysioterapitjenesten for gravide og barselkvinner?*

- På generelt grunnlag så syns jeg det er for dårlig (tilgjengeligheten til fysioterapitjenesten for barselkvinner og gravide). Det at de fleste fysioterapeuter som jobber med kvinnehelse jobber privat. Og så det at det fins andre aktører på markedet, det er jo treningsbransjen og kiropraktorer, og private aktører som popper opp. Jeg syns at kvinner skulle få muligheten til å få hjelp av fysioterapeuter som jobber kunnskapsbasert.

*Hva mer, eller kunne mer blitt gjort for gravide eller barselkvinner med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten?*

- Hvert fall ut fra de stedene jeg har jobbet så er det først og fremst å løfte viktigheten av å kunne gi et tilbud til den gruppen, og da tenker jeg på det med tidlig innsats. Både for å forebygge uhelse hos mor men også hos barnet. Så absolutt ja, det kunne blitt gjort mer, men det handler om å kunne ha nok engasjement som fysioterapeut selv, men det går også på totalsituasjonen. Min kollega og meg har jo masse engasjement, men vi har masse vi skal gjøre på jobb. Så det vi har prata om å få til av prosjekter og hatt møter om, har vært ting vi gjør mest av i tillegg til alt det andre. Vi har nok å gjøre egentlig, så vi skulle hatt mer ressurser til å opprette et tilbud som kan være mer enn ett prosjekt for en periode, men som er noe som blir prioritert og er del av den daglige driften. Så tror jeg også at det er ikke så mye som skal til. hadde vi hatt en trillegruppe i uka eller en barselgruppe i uka så kanskje vi hadde møtt de gravide tidlig i graviditeten, så tror jeg vi kunne gjort mye. Mange ganger tror jeg det

handler om å komme over bøygen, «jeg er så sliten», eller «jeg har så vondt» så det å få noen positive opplevelser og erfaringer og møte andre og dele hvordan man har det og komme litt i gang med fysisk aktivitet. Det er ikke alltid så mye som skal til for å komme litt over kneika. Så jeg tror egentlig at en får gjort veldig mye med ikke så mye ressurser og de tror jeg kunne vært et tilbud fra fysioterapitjenesten som egentlig kunne vært veldig billig da, og god bruk av ressurser. Man får mye for pengene når man bare setter seg inn i det. Vi har jo mye gruppetilbud i kommunen blant annet. Hvis man bare tenker økonomi så er jo det veldig verdifullt for kommunene med gruppetilbud. Jeg tror absolutt det kan gjøres mye mer.

*Du nevner jo at det står på engasjement og ressurser, at det er det som skal til for å gi et tilbud. Men jeg ser jo at kommunene løser det veldig forskjellig, så dette blir jo litt avsporing, men jeg tenker jo at dette burde vært et konkret punkt i retningslinjer ett eller annet sted hvor det sto kvinnehelse på tilknyttet fysioterapi.*

- Det er jeg helt enig med det i, når det er noe man skal gjøre så må man ta det med i retningslinjene. Jeg ser jo i helsestasjonsveilederen, så er det ganske mange må-ting og så er det noen bør-ting og så er det da, det blir jo mye tilknyttet barn og unge da, men bor man i en kommune med dårlig råd, og det står «bør» så blir det kanskje ikke prioritert, men står det «må» så må man gi det tilbudet. Så absolutt det går jo på dette med engasjement, ressurser og politisk vilje, men tar man det ett hakk videre så bør man jo se på veiledere og ha det mer konkret, men det er mange nivå opp dit.

*Hva tenker du fysioterapeutens rolle kunne vært for fødekvinnene ift svangerskaps- og barselomsorgen?*

- Tenker du litt sånn konkrete tiltak?

*Ja, jeg tenker på, ja, litt konkrete tiltak, men også på hvilken person kunne kommunefysioterapeuten vært for kvinnene som skal føde, hvis du tenker drømmesituasjon, du har nok ressurser?*

- Jeg tror jeg kunne hatt en del tilbud på gruppenivå og mer kurs å kunne utviklet det. At de kom inn tidlig og ble kjent med oss. At vi hadde en plass på helsestasjonen, akkurat som man har åpen helsestasjon hvor man kommer med barn at man kan kanskje ha en åpen dør at man visste at fysioterapeuten var tilgjengelig, at man ikke må ringe til noen som sitter et helt annet sted eller skrive en mail men at man lett kan treffes fysisk. Og også dette med treffpunkt, det gjelder jo også for de man

jobber mot og ikke bare kollegaer. Har man mange treffpunkter så kommer dialogen. Har jeg for eksempel noen på fødselsforebedende kurs så treffer jeg de etterpå, og så kommer vi kanskje i prat og får prata litt mere om mor og kvinnehelse enn hvis jeg ikke hadde truffet de fra før. Så litt flere treffpunkt, gruppetilbud som omhandler alt fra kvinnehelse til barseltrening. Ja, kanskje litt sånn bygge opp til at det kunne vært noe sosialt i etterkant for eksempel at vi har trilletur og at man ender opp i nærheten av en kafé hvor det kunne vært et treffpunkt hvor en kunne prata litt.

*Ja, mange gode ting.*

- Ja og det er nok utrolig mye man kan gjøre som jeg ikke har tenkt på, men hvert fall det å være mer synlig og tilgjengelig så blir kanskje veien litt til mens man går også. At man oppdager behov når man blir litt bedre kjent med arbeidsoppgavene. Man kunne jo hatt informasjonsmøter, eventer med temaer innimellom. Det å lære om ulike fagområder, informere om tilbud som finnes, eller informere om tilrettelegging om at man MÅ ikke hoppe tau hvis det kommer opp på en treningstime for eksempel at det er noen ting man kan være obs på da.

*Jeg likte veldig godt det du sa om å åpne opp for flere treffpunkt og at veien blir til ettersom man går. Da tenker jeg å runde av egentlig, men har du noe mer på tampen som du vil tilføye?*

- Jeg tror egentlig jeg har fått sagt veldig mye, det må kanskje være å poengtere at vi som fysioterapeuter så har vi utrolig mye kompetanse og at vi får gjort utrolig mye med ikke så mye ressurser og at det kan være en god hjelp og støtte. Noen ganger så trenger man bare det å bli sett. Det gjør man jo hos jordmor og helsesykepleier, men å møte noen som kan se med andre øyne akkurat det som mødrene strever med som kanskje ikke er så naturlig å ta opp i etterkant hos helsesykepleier da det helst handler om barnet, tror jeg ville gjort mye.