



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	263
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7580
----------------------	------

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 *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	12
Andre medlemmer i gruppen:	261

Jeg godkjenner avtalen 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

BACHELOROPPGÅVE

Fysioterapioppfølging etter akutt keisarsnitt

Physiotherapy after an Emergency Caesarean Section

Kandidat: 261 & Kandidat: 263

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 15.05.2023

Antal ord: 7580

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

I 2022 fødte 5672 kvinner ved hjelp av akutt keisarsnitt. Keisarsnitt er likevel ikkje nemnt i Helsedirektoratets tilrådingar for barselomsorga, heller ikkje i kva grad fysioterapeuten har ei rolle etter dette inngrepet. Hovudmålet med denne oppgåva har vore å undersøke korleis fysioterapeuten kan bidra inn i barselomsorga til kvinner som har født med akutt keisarsnitt. For å belyse dette tema har me nytta oss av ein kvalitativ metode og har intervjuet tre fysioterapeutar som jobbar i ulike helseinstitusjonar i Noreg. Resultatet frå intervjuet viste at fysioterapeuten har god praktisk og teoretisk kunnskap som kan vere nyttig i barseltilbodet til kvinner som har født med akutt keisarsnitt. Basert på resultatene og den teoretiske bakgrunnen ser me at fysioterapeuten sin kunnskap er aktuell i det å gje kvinnene behandling, men òg gjennom informasjon og trygging. Dette viste seg å vere aktuelt både på sjukehuset, men også seinare i forløpet.

Abstract

There were 5672 women giving birth by emergency caesarean section in Norway in 2022. This way of giving birth is not mentioned in the recommendations for maternity care, given by the Norwegian Directorate of Health. Neither is it mentioned if or how the physiotherapist can contribute. The main objective of this paper was to examine how physiotherapists could contribute to maternity care after emergency cesarean birth. To shed light on this topic we interviewed three physiotherapists who work in different Norwegian health institutions. The results from the interview indicate that the physiotherapist has good practical and theoretical knowledge which can be useful in the maternity care for women who have given birth by emergency caesarean. The knowledge of the physiotherapist is relevant for giving treatment, but also through information and reassuring. This is the case post-operative in the hospital, even so later in the maternity period.

Innhald

Samandrag	2
Abstract	2
Innhald	3
1.0 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn for val av tema	5
1.2 Tema og bakgrunn for oppgåva	5
1.3 Teoretisk grunnlag	7
1.3.1 Keisarsnitt	7
1.3.2 Postoperativ oppfølging ved abdominal kirurgi	7
1.3.3 Tilheling etter tverrsnitt gjennom bukveggen	8
1.3.4 Fysioterapi som profesjon	9
2.0 Kvalitativ metode	10
2.1 Vitskapsteoretisk ståstad	10
2.2 Forforståing	10
2.3 Rekruttering og datainnsamling	11
2.4 Analyse	11
2.5 Etisk vurderingar	13
3.0 Resultat	14
3.1 Oppfølging av kvinner som har født ved akutt keisarsnitt i dag	14
3.2 Tiltak og behandling	15
3.3 Psykisk helse	16
4.0 Diskusjon	18
4.1 Organisering av tenesta	18
4.2 Fysioterapi som profesjon i barselomsorga - bidrag og rolle knytt til kvinner som har født ved akutt keisarsnitt	19
4.3 Metodediskusjon	23
4.3.1 Val av informantar	23
4.3.2 Datainnsamling	23
5.0 Konklusjon	26
Litteraturliste	27
Vedlegg 1	31

Vedlegg 2	33
Vedlegg 3	36
Vedlegg 4	42
Vedlegg 5	53

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom fysioterapistudiet har me lært om postoperativ oppfølging og i den forbindelse hatt praktisk undervisning om korleis me kan hjelpa pasientar etter kirurgiske inngrep i buken. Etter denne undervisninga sat me igjen med eit spørsmål om kvifor dette ikkje gjeld kvinner som har født ved keisarsnitt. Ein av forfattarane har sjølv født med akutt keisarsnitt og opplevde då eit fråvær av informasjon og oppfølging. Det var ingen informasjon om inngrepet og restriksjonar i ettertid, heller ikkje øvingar eller rettleiing frå fysioterapeut.

Den andre forfattaren har hatt praksis med barn, og knytt til dette vore med på helsestasjon og på barselgruppe. Der opplevde forfattaren at det var god informasjon og oppfølging av barnet. Forfattaren opplevde vidare at mor fekk lite informasjon om hennar eiga helse. I informasjonen som var gitt var ikkje keisarsnitt nemnt.

1.2 Tema og bakgrunn for oppgåva

Kvinner har i gjennomsnitt 70% høgare legemeldt sjukefråvær enn menn (Lima, 2018) og dei nyttar seg òg i større grad av helsetenester som til dømes fastlege. Ser ein på aldersgruppa 20-39 år kan store delar av denne kjønnsdifferansen skyldast svangerskapsrelaterte plagar. Helse- og omsorgsdepartementet (Meyer et al., 2023) la i mars fram ein rapport om kvinnehelse og betydninga av kjønn for helsa. I denne rapporten blei det retta kritikk mot det dei meinte var ei kjønnsnøytral utforming av helse- og omsorgspolitikken i Noreg. Dei meiner at det er behov for å sikre at alle kvinner i Noreg blir godt ivaretatt under graviditeten, fødselen og barseltida uavhengig av bustad. Utvalet setter òg fokus på at det har vore ei nedprioritering av tenesta over tid og manglande anerkjenning av betydninga av tilbodet for kvinner si helse.

Barselperioden er den første tida etter gjennomgått fødsel, tida kroppen brukar på å komme tilbake til ein psykisk og fysisk tilstand som ikkje-gravid. Denne tida etter fødsel blir rekna for å vare i 6 til 8 veker. Likevel vil ikkje alle kroppen sine system vere tilbake til utgangspunktet etter dette. Det vil òg vere individuelle forskjellar. Nokre av endringane kroppen går gjennom er blødingar, etterriar, smerte i mage og underliv og bekkenleddsmerter (Berens, 2023).

Fødselsdepresjon er òg svært vanleg blant barselkvinner, der 10-15% av barselkvinner opplev fødselsdepresjon. Faktorar som kan bidra til fødselsdepresjon er tidlegare depresjon, depresjon under graviditet og høgt stress under barselperioden (Viguera, 2023). Barselperioden er prega av fysiologiske endringar, men òg psykiske utfordringar (Berens, 2023).

I 2014 gav Helsedirektoratet ut nasjonale faglege retningslinjer for barselomsorga. Desse retningslinjene skulle ikkje berre fokusere på barnet, men òg kvinna si fysiske og psykiske helse. Tilrådingane fortel at føde - og barselavdeling, samt helsestasjonen har god erfaring med å ha fysioterapeuten som ein del av behandlingstilbodet. Dei skildrar vidare at fysioterapeuten kan bidra med informasjon og instruksjon i trening av bekkenbunnen og hjelpe kvinner med bekkenleddsmerter (Helsedirektoratet, 2014). Omtrent 16 % av alle fødselar i Noreg i 2022 skjedde som følgje av keisarsnitt, 68% av desse var akutte (Folkehelseinstituttet, 2023). Likevel er det ikkje nemnt noko om keisarsnitt i Helsedirektoratets tilrådingar for barselomsorga, heller ikkje i kva grad fysioterapeuten har ei rolle etter dette inngrepet. Dette betyr at kvart år føder 5672 kvinner ved hjelp av akutt keisarsnitt utan at Helsedirektoratet har presisert behov for oppfølging av kvinnene.

Det er stor forskjell på informasjon som kvinner får etter keisarsnitt. I ein kvalitativ studie med ti deltakarar vart det sett på barselerfaringar til kvinner etter akutt keisarsnitt, der kvinnene fortalde at informasjon var noko som ville gitt dei tryggleik (Mørch, Sommerseth & Dahl, 2019). Då var det viktig at informasjonen frå dei ulike helsepersonella samsvarte. Det var ein person som hadde opplevd å få informasjon frå fysioterapeut, medan dei andre ni gjekk glipp av denne då dei føda i ei helg eller var opptatt med andre ting når fysioterapeuten var innom avdelinga. Mørch, Sommerseth og Dahl (2019) formidlar med dette at det gir tryggleik for kvinnene å få informasjon, men at det ikkje er alle kvinner som får dette.

Både egne erfaringar, politiske føringar, men òg fokuset som har vore i media den siste tida har fått oss til å ønske å sjå nærmare på barselomsorga i Noreg, då ytterlegare oppfølging etter akutt keisarsnitt. Me vil finne ut av korleis me som fysioterapeutar kan vere med å bidra inn i barselomsorga og har difor valt følgjande problemstilling:

Korleis kan fysioterapeuten bidra i barselomsorga for kvinner som har født ved akutt keisarsnitt?

1.3 Teoretisk grunnlag

1.3.1 Keisarsnitt

Keisarsnitt blir skildra som “en forløsning av et barn via et kirurgisk inngrep gjennom bukveggen og livmoren” (Helsedirektoratet, 2016). Ved keisarsnitt blir det laga eit omtrent 20 cm langt tverrsnitt like over os pubis. Dette snittet går gjennom hud, feittlag, muskelfacie og livmor slik at barnet kan bli forløyst (NEL, 2021). Ein skil mellom planlagt og akutt keisarsnitt.

Når keisarsnittet er planlagt blir barnet forløyst før termin. Det blir sett ein dato og blir gjeve praktisk informasjon som når og kvar ein skal møte, samt førebuing i forbindelse med operasjon og informasjon om restriksjonar etter operasjon. Kvinna får møte fødselslege, anestesilege og jordmor, samt ta blodprøver (NEL, 2021). Akutt keisarsnitt blir gjennomført dersom det oppstår komplikasjonar undervegs i fødselen og det er indikasjon for rask forløysing. Dersom kvinna har epidural eller spinalbedøving blir det fylt på meir bedøvingsmiddel, viss ikkje blir kvinna lagt i narkose. Her er det ein viktige skilnad mellom akutt og planlagt keisarsnitt, helsepersonell får ikkje formidla viktig informasjon og forutsigbarheit for pasienten. Denne informasjonen blir dermed formidla etter operasjonen. Nokre dagar etter keisarsnittet er dei fleste kvinner klare for å reise heim. Ein av fem keisarsnitt fører på kort sikt til komplikasjonar, og utgjer ein større risiko enn ved ein vaginal fødsel. Komplikasjonar kan til dømes vere blødingar, infeksjon og blodpropp (NEL, 2021).

1.3.2 Postoperativ oppfølging ved abdominal kirurgi

Eit av dei vanlegaste fysioterapeutiske tiltaka etter abdominal kirurgi er ulike former for mobilisering. Dette blir gjort for å unngå blodpropp og har i studiar vist å ha svært god effekt (Reeve & Boden, 2016, s. 36-37). I følge Reeve og Boden (2016, s. 39) er det rapportert få komplikasjonar i lungefunksjon hos pasientar som har gjennomgått nedre abdominal kirurgi. Systematiske oversiktsstudiar som blir trekt fram av Reeve og Boden (2016), viser likevel at effekten av lungefysioterapi på lungefunksjon etter abdominalkirurgi (både øvre og nedre) er god på dei som har behov for det. Det kan dermed tenkast at førebygging med lungefysioterapi i form av blant anna mobilisering og pusteøvingar, fører til lav førekomst av komplikasjonar etter desse inngrepa.

Tilrådinga etter open abdominal kirurgi er minst seks veker med rekonvalesens før tilbakegang til normal aktivitet (Loor et. al., 2021, s. 294). Dette er for å redusere belastning på operasjonssåret og utvikling av brokk. Etter abdominal kirurgi er det 30% risiko for å utvikle brokk (Loor et. al., 2021, s. 290). I fleire studiar har pasientar som har gjennomgått open kirurgi, rapportert at dei trong ein lengre periode med rekonvalesens, som varte frå 6-14 veker (Loor et. al., 2021, s. 295). Studien til Loor et. al. (2021, s. 296) konkluderer med at det er uklart kva slags aktivitetstilrådingar pasientar kan få etter abdominal kirurgi. Vidare er det òg uklart om fysisk aktivitet postoperativt vil auke eller minske risikoen for utvikling av brokk.

Norsk helseinformatikk (2023) tilrår likevel at ein skal unngå belastning av såret den første tida etter kirurgi. Dette slik at tilhelingsprosessen kan gå fortare. Ein bør absolutt unngå aktivitetar som kan føre til at såret slites opp. Helse Bergen (2004) har eit informasjonsskriv der dei tilrår pasientar som har gjennomført abdominal kirurgi å unngå full belastning på operasjonssåret før det har gått 6-8 veker. Det blir òg tilrådt at pasientane ikkje løftar meir enn 2-4 kilo og støttar magen ved nys eller host. Informasjonsskrivet inneheld òg øvingar i gunstig forflyting inn og ut av seng, sirkulasjonsøvingar og øvingar for pusten. Helse Bergen (2015) har òg eit tilsvarende informasjonsskriv for kvinner som har født ved keisarsnitt. Informasjonsskrivet inneheld òg her informasjon om forflyting ut av seng, samt øvingar for pusten og blodomløpet. Helse Bergen tilrår kvinner som har gjennomført eit keisarsnitt å avlaste operasjonssåret i seks veker. Kor mykje ein skal løfte er ikkje definert med eit spesifikt tal kilo, men det er tilrådt å unngå tunge løft og husarbeid, samt å legge til rette for at kroppen får kvile.

1.3.3 Tilheling etter tverrsnitt gjennom bukveggen

Etter celledskade vil kroppen alltid prøve å reparere den ved å gjenoppbygge vevet. Dersom det er skade i cellas støttevev eller cellerestar og fibrin ikkje forsvinn vil skada celler bli erstatta av arrvev (Bertelsen, 2020, s.36-37). Ved tilheling av snitt i buken vil arrvevet trekke seg saman og bukvevet blir stramma. Cellene som reparerer vevet skil ikkje mellom ulike kroppsorgan og det er difor høg sannsyn for at ulike organ blir bunde saman ved arrvev. 95% av pasientar som har gjennomført open bukoperasjon får slike samanvoksingar (Norsk helseinformatikk, 2020). Dyrestudier av Carlson og medarbeidarar (2011, Referert i Loor et.al, 2020) viste stor variasjon i helingstida av muskefacien i buken. Etter 28 dagar var styrken i såret mellom 21% og 80% samanlikna med ikkje affisert muskulatur.

1.3.4 Fysioterapi som profesjon

I og med at me ønsker å sjå på kva fysioterapeuten ser på som si rolle i oppfølging av kvinner etter akutt keisarsnitt, er det nødvendig å sjå på fysioterapi som profesjon. Ein profesjon vil seie ein bestemt type yrke som med hjelp av spesialisert teoretisk kunnskap løyser praktiske oppgåver i samfunnet. Dei tar òg avgjeringar i samfunnet som kan ha store konsekvensar for mennesket. Dette set krav til profesjonane om at denne kunnskapen som blir brukt i avgjeringar er vitenskapleg ankra (Grimen, 2008, s.71). Kunnskapen i fysioterapi handlar om både teoretisk kunnskap men òg praktiske ferdigheiter. Ein kan til dømes seie at den praktiske kunnskapen er bruk av den teoretiske kunnskapen i praksis. Grimen (2008, s.73-76) fortel at kunnskapsgrunnlaget til ein profesjon handlar om ikkje berre å tileigna seg teoretiske kunnskap, men òg praktiske ferdigheiter, sunn fornuft og skjønsmessige vurderingar.

Fysioterapeutens samfunnsmandat handlar om kropp, bevegelse og funksjon. Fysioterapeuten skal hjelpe menneske med å “gjenopprette, vedlikehalde og utvikle bevegelsesutfoldelse og funksjon, for å fremme mestring, livskvalitet og deltakelse.” (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapiutdanningen, 2019, § 2). Fysioterapeuten har òg kunnskap om korleis fysiske, psykiske og sosiale faktorar påverkar kvarandre og kan fremme både helse og sjukdom (Norsk fysioterapiforbund, 2022). Fysioterapi som profesjon fører med seg eit ansvar for andre si helse som igjen stiller krav til at det man gjer er fagleg forsvarleg. Dette gir igjen fysioterapeuten eit ansvar for å halde seg fagleg oppdatert og tileigna seg relevant kunnskap som er forventa av profesjonen.

2.0 Kvalitativ metode

I arbeidet med oppgåva har me tatt utgangspunkt i ein fenomenologisk vitskapstradisjon. For å belyse problemstillinga vår har me nytt oss av kvalitativ metode og semistrukturerte intervju.

2.1 Vitskapsteoretisk ståstad

Oppgåva tar utgangspunkt i ein fenomenologisk tilnærming. Den handlar om korleis ein person opplev noko. I dette tilfellet fysioterapeuten sin erfaring med å følge opp kvinner i ein kaotisk og sårbar situasjon som eit akutt keisarsnitt kan vere. Me støttar oss òg opp om hermeneutisk tradisjon når me skal tolke teksten som er transkribert ut i frå intervjuet med våre informantar. Innan vitskapsteorien, blir den fenomenologiske vitskapstradisjonen forklart som ei forståing av andre menneske sine subjektive opplevingar og erfaringar om eit bestemt fenomen (Thornquist, 2018). Hermeneutikk vil derimot handle om korleis ein skal tolke og forstå budskapet til andre menneske, enten gjennom tekst, bilete eller utsegn (Thornquist, 2018). Eit viktig begrep innan hermeneutikken er forforståing (Malterud, 2017, s. 44). Ifølge Gadamer (2004, referert i Malterud 2017, s. 44) er forforståing dei erfaringar, fordommar og forutsetningar hos menneske som bidrar i tolkinga.

2.2 Forforståing

Vår forforståing sett preg på oppgåva, ettersom det ikkje er mogleg (eller ønskeleg) å vere heilt objektiv og nøytral. Dette gjaldt då me til dømes utarbeida intervjuguiden, gjennomførte intervjuet og analyserte dei transkriberte intervjuet. Det er difor viktig å være medviten om vår eiga forforståing. Malterud (2017, s. 46) tilrår at man tidleg i arbeidet skriv ned si eiga forforståing, slik at man undervegs i arbeidet med jamne mellomrom kan ta denne fram. Me har i heile prosessen vore medviten om at ein av forfattarane sjølv har erfaringar frå temaet for oppgåva. Ettersom me er to som jobbar saman, vil me kunne kritisk vurdere kvarandre sine bidrag, og unngå tydelege partiskheit i oppgåva. Me ser på det som ein fordel at forfattarane har noko ulik forforståing, slik at me ser temaet med ulike perspektiv gjennom intervju og analyse.

Barselomsorga har den siste tida fått stor merksemd i media. Med bakgrunn i dette og ein av forfattarane si oppleving, var ein del av vår forforståing at fysioterapeuten har ein fråverande rolle i barselomsorga, særleg retta mot kvinner som har født ved akutt keisarsnitt. Me gjekk inn i intervju med ein tanke om at informantane kom til å problematisere oppfølginga av barselkvinner, då spesielt retta mot informasjon og tiltak til kvinnene som har fødd med akutt keisarsnitt. Me var medviten om at liggetida på sjukehuset var kort og hadde tankar om at helsestasjonen kunne vere ein arena der fysioterapeuten kunne bidra.

2.3 Rekruttering og datainnsamling

Informantane me har nytta oss av blei me kjent med gjennom internettsøk og via tilråding frå undervisarar på høgskulen. Me har valt å kontakte informantane på e-post og vidare hatt noko telefonkontakt med enkelte. Rekrutteringa av informantar enda på tre fysioterapeutar som alle jobbar innan kvinnehelse, men møter kvinner på ulik arena. Alle fysioterapeutane me kontakta i prosessen svarte ja på spørsmål om å delta. Ettersom tida ikkje strakk til, valte me å ikkje gjennomføre fleire enn tre intervju.

Vårt perspektiv tar utgangspunkt i fysioterapeutar si erfaring og oppleving av deira oppfølging av kvinner som har født med akutt keisarsnitt. Me har nytta oss av semistrukturert intervju, der me har utført intervju både over zoom og fysisk. Det er nytta lydopptak for lagring av intervju. I forkant av intervju har me utarbeida ein intervjuguide (vedlegg 1). Den inneheld stikkord og nokre spørsmål om temaet, men me ønska ikkje at intervjuguida skulle vere for bindande for intervjuet, noko som òg Malterud (2017, s. 133-134) legg vekt på. Vidare har me transkribert intervju med utgangspunkt i lydopptaka. I analyseprosessen kom det fram fleire spørsmål som me ønska å få svar på. Me sendte difor to oppfølgingsspørsmål via e-post til to av informantane og fekk svar av ein informant. Spørsmål og svar blei lagt inn i transkripsjonsvedlegg til informanten det gjaldt.

2.4 Analyse

Me starta først med transkribering av rådata, for så å analyse teksten. Rådata blei lagt inn på eit program slik at det var mogleg å redusere farten, samt å hoppe fram og tilbake i opptaket. For å gjera transkriptet meir lettlest og forståeleg tilrår Malterud (2017, s.78) å gjera små endringar

i teksten, men samtidig bevare meningsinnhaldet best mogleg. Me har difor valt å fjerne stadfestande ordlydar som “mhm”, “ehh” og “ja” for å kunne få ein betre forståing og flyt. Ord som ikkje blir forstått i lydopptaket eller der fleire personar snakkar samtidig blir skrivne inn som (?). Personidentifiserbare opplysningar og andre sensitive opplysningar som by, land, namn og personlege historier er byttet ut med (by), (land), (namn) og (personlege historier) i teksten for å bevare anonymiteten. I følge Malterud (2017, s.215) vil det styrke personvernet å anonymisere informasjonen i presentasjonen av materialet.

For å analysere resultatane me har samla inn, vil me nytte oss av metoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Den består av fire trinn; «å få et hellhetsinntrykk, identifisere meningsdannede enheter, å abstrahere innhaldet i de meningsdannede enhetene og sammenfatte betydningen av dette» (Malterud, 2017, s. 98).

Etter intervju og transkribering, starta analyseprosessen med å lese gjennom transkripta. Det var stor avstand i tid mellom intervju, slik at me gjennomførte trinn 1 og 2 i analyseprosessen på intervju nummer 1 og 2, før me gjennomførte intervju nummer 3. Me gjentok deretter prosessen igjen etter intervju nummer 3. Me gav kvar informant ein fargekode då me henta sitat frå transkripta, dette for å ha betre oversikt over kven sitata høyrte til. Avstanden i tid såg me på som ein fordel då me fekk tid til å prosessere informasjonen og moglegheit til å justere intervjuguiden etterkvart. Då me leste gjennom tekstane danna det seg åtte foreløpige tema, som blant anna psykisk helse, armobilisering og tilbod for barselkvinner idag. Neste steg i prosessen var å gjennomgå dei foreløpige temaa og redusere dei til færre og større tema. Me enda med tre hovudtema; *“dagens oppfølging av kvinner som har født ved akutt keisarsnitt”*, *“tiltak og behandling”* og *“psykisk helse”*. Deretter valde me ut informasjon me såg som relevant for problemstillinga vår og dei ulike temaa. Dette er å “identifisere meningsdannende enheter” som skildra over (Malterud, 2017). Det tredje steget i analyseprosessen var å prøve å forstå innhaldet i dei meningsdanna einingane me hadde identifisert og samanfatte dei i større hovudkategoriar som skulle presenterast som resultat. Til slutt gjensto å sette saman den nye kunnskapen me hadde funne og presentere denne. For å vere sikker på at det me presenterte var det informantane våre faktisk fortalte, leste me gjennom alle transkripta igjen, med hovudkategoriane i bakhovudet.

2.5 Etisk vurderingar

Prosjektet blei godkjent av Regional Etisk Komite, gjennom ein felles søknad frå emneansvarleg for bacheloroppgåva på Høgskulen på Vestlandet. Informantane fekk utlevert eit samtykkeskjema, der dei blei gitt informasjon om prosjektet og kva deltakinga ville innebere (Vedlegg 2). Ved rekruttering av informantane blei frivilligheit ved deltaking understreka, for å ikkje gi informantane ei kjensle av forpliking til å delta. Lydfil frå intervjuja blei oppbevart på eiga passordverna datamaskin og sletta etter transkribering.

3.0 Resultat

Alle informantane arbeidar innan kvinnehelse. Informant 1 og 3 arbeidar på sjukehus og Informant 2 arbeidar heilprivat. Dei har alle kurs innan kvinnehelse og informant 3 har i tillegg ein doktorgrad.

3.1 Oppfølging av kvinner som har født ved akutt keisarsnitt i dag

Alle tre informantar har merka seg at liggetida for barselkvinner generelt på norske sjukehus er redusert dei seinaste åra. Informant 1 fortel vidare at dette har betydning for oppfølginga av kvinner som har født ved akutt keisarsnitt. Alle som har født med keisarsnitt får ein postoperativ oppfølging av fysioterapeut på dette sjukehuset og det er som regel ikkje tid til meir, då kvinnene reiser heim. Informant 1 meiner det er trygt å føde i Noreg. *“Altså ser du på andre land, så er det bra i Norge, det er det. Det er trygt, og det er trygt å føde i Norge(...).” - Informant 1.*

Informant 3 fortel at det ikkje finst tilbod om postoperativ fysioterapi til kvinner som har født ved akutt keisarsnitt ved sjukehuset der ho arbeidar. Ho fortel vidare at einaste tilbod til barselkvinna er ein 6-vekerskontroll som kvinna sjølv må bestille hos fastlege eller jordmor. Kvinnene møter jamleg opp på helsestasjonen med barna sine, men helsestasjonen har ikkje mandat til å følgje opp kvinna. Informant 3 meiner at oppfølginga av kvinner etter keisarsnitt, aller helst bør kunne skje i primærhelsetenesta. Verken informant 3 eller Informant 2 kjenner til at det i det heile tatt er offentlege tilbod om fysioterapi til keisarsnittkvinner og problematiserer vidare dette.

Informant 2 som arbeidar i privat praksis, fortel at kvinner ho møter i arbeidet slit i lang tid med smerte og funksjon etter keisarsnittet. Dei klarar ikkje å kome seg tilbake til normal funksjon, fordi dei ikkje får god nok rehabilitering. Kvinnene har gjerne fått beskjed om å halde seg i ro, men informant 2 meiner det er få som blir fortalt ordentleg kva dette inneber. Ho fortel at mange løftar bilstolen ei veke etter fødsel og leverer andre barn i barnehagen, fordi dei ikkje har noko anna moglegheit. Informant 2 fortel ein pasienthistorie om ei kvinne som kom til henne, der mannen hennar måtte ta blindtarmen kort tid etter fødselen. Mannen blir fortalt at han ikkje kan løfte noko på 6 veker, noko som igjen førte til ekstra belastning på kvinna.

Informant 3 fortel at keisarsnitt er eit stort inngrep. Når keisarsnittet i tillegg er akutt kan det opplevast som voldsomt og kaotisk for kvinna. Informant 3 samanliknar vidare med anna bukkirurgi der ein blir sjukemeldt i 4-6 veker. Kvinner som har gått gjennom keisarsnitt blir berre sendt heim etter to-tre dagar og må då ta seg av ein baby og potensielt fleire barn. *“Så det er helt vanvittig egentlig,” - Informant 3.*

3.2 Tiltak og behandling

Me opplevde at det var einigheit i informantgruppa om at fysioterapeuten på ulike arena kunne bidra inn i barselomsorga etter akutt keisarsnitt. Informant 3 meiner kvinnene burde ha eit tilbod der fysioterapeuten kjem å rettleiar kvinna til bevegelse og opp av senga. Informant 1 fortel at ho alltid prøver å vere med på den første mobiliseringa etter keisarsnitt. Ho fortel at rettleiing i forflytningsteknikk, god leiring og trygging i situasjonen er kunnskap som er spesifikk for fysioterapeuten.

Informant 1 skildrar at ho i sitt første møte med pasienten har fokus på mobilisering, trygging og informasjon. Ho legg spesielt fokus på at kvinna sjølv skal få moglegheit til å fortelje, samt viktigheita av å dele informasjon.

“Det er egentlig få som har veldig mye spørsmål. (...) For jeg pleier gjerne å spør, i stedet for trekke inn ein sekk med kunnskap (...) mange er ganske blanke, og da er det, det å informere om hva som er greit når du har tatt ein operasjon. (...) hva kan dei gjere og hva bør dei avstå fra dei første ukene.” -Informant 1

Informant 2 er einig i behovet for informasjon, men opplev at kvinnene ikkje får dekkja dette behovet. Kvinnene som kommer til henne rett etter keisarsnittet, aner ikkje kva dei kan gjera. Ho opplev at dei har lest mykje på nettet og veit at dei skal halde seg i ro i 6-8 veker. Informant 2 fortel vidare at kvinnene ikkje veit at dei ikkje skal bera bilstolen og lurar veldig på om dei har gjort noko skade når dei har gjort dette.

Vidare snakkar informant 2 om viktigheita av at me som fysioterapeutar brukar hendene våre. *“det er vi som kan ta på. En psykolog snakker.” - Informant 2.* Ho fortel at veldig mange som har gått gjennom eit keisarsnitt opplev nedsett følsemd i huda og det er difor viktig med nervestimulering. Vidare fortel ho om viktigheita av at kvinner blir kjent med arret og magen

sin igjen. Ho fortel òg at veldig mange kvinner som kommer til henne etter keisarsnittet aldri har tatt på arret sitt og fått hjelp av andre til å skifte bandasjen. Arret representerer gjerne noko traumatisk som ikkje gjekk som det skulle. Difor startar informant 2 ofte behandlinga av kvinna med å ta og kjenne på magen, samt å informere om arrvev og andre komplikasjonar. “(...)jeg tror det er eit glemt punkt. Så jeg synest det er viktig å få med” - Informant 2.

Både informant 2 og 3 fortel at armmobilisering er eit viktig tiltak etter keisarsnitt. Informant 3 tilrår armmobilisering etter 4-6 veker for å skape eit mjukare arrvev, samt auke sirkulasjonen i området “Vet ikke om det er evidens for det, men det gjøres på en del annen kirurgi” -Informant 3. Informant 2 fortel òg at pustemønsteret kan endra seg etter bukoperasjon og svangerskap, og det er difor viktig å ha fokus på pust. Vidare presiserer informant 2 at mange ikkje har pusta ned i arret etter keisarsnittet fordi dei opplev smerter. Ho meiner difor at det å lære kvinna å puste ned i magen igjen har god effekt, òg i forhold til å skape meir bevegelse i arret. Informant 3 nemnar fleire fysioterapeutiske tiltak etter gjennomgått keisarsnitt. Blant anna nemnar òg ho det å ha fokus på pust og postoperativ lungefysioterapi, med mobilisering og instruksjon i basal pust. Ho trekker òg inn viktigheita med gradvis opptrening for heile kroppen i forhold til å ikkje krympe saman rundt såret sitt. Alle informantane nemnar òg at bekkenbunnstrening er eit relevant tiltak for alle barselkvinner.

Det at opptreninga etter keisarsnittet er individuelt tilpassa er noko informant 2 meiner er viktig. Ho fortel at ho aldri gir kvinnene det sama treningsprogrammet. Vidare fortel informant 2 at feilen mange kvinner gjer er at dei startar med for mykje aktivitet for tidleg. Dette resulterer gjerne i at dei får store smerter og då ikkje tør å gjera aktiviteten meir. Difor er det viktig at belastninga aukar gradvis. Ho erfarer òg at det er forskjell på kor fort kvinna kjem seg etter keisarsnittet avhengig av kor mykje belastning ho har vore utsett for dei første vekene. Dei kvinnene som tar det roleg og får hjelp av partner kjem seg fortare etter keisarsnittet. “(...) men dette her er det vel ingen forsket på. Så jeg vet ikke hvor mye det har å si(..?). Erfaringsbasert.” - Informant 2

3.3 Psykisk helse

Informant 3 trekker fram viktigheita av å snakke om psykisk helse i forbindelse med barselkvinner. Ho trekker fram at kvinner som har født ved akutt keisarsnitt kan vere meir utsett

for å utvikle psykiske vanskar. *“(….)som sagt er jo de her som har hatt keisarsnitt, spesielt dei med akutt keisarsnitt, hvor det kanskje liksom stor skuffelse. At det ikke gikk som det gikk.” - Informant 3.* Vidare fortel ho at funksjonsavgrensingar og smerte kan vere faktorar som har betydning for nedstemtheit og kjensla av å ikkje meistra rolla som mor. Informant 2 fortel om viktigheita av at kvinna får bruke tid på å snakke om sine opplevingar etter keisarsnittet. Ho fortel at ho alltid brukar god tid på å snakke om fødselen, då det kan vere første gang kvinna får snakke skikkeleg om den. Dette er òg ein moglegheit til å sjå om kvinna treng vidare hjelp til tilarbeiding av jordmor eller psykolog. Informant 2 utdjupar at ho ikkje spør kvinna direkte om den psykiske helsa i første møte *“(….)de fleste kvinner er trent opp til å si at det går fint.” - Informant 2* . Informant 2 fortel vidare at ho følar seg litt fram i samtalen og ser korleis kvinna reagerer.

Informant 1 og 2 skildra at kvinnene ofte opplev å vere i ei “boble” den første tida etter fødselen. *“(…) tre til fire måneder etter fødsel så kommer de ut av den største bobla og får en litt sån realitetssjekk. Og det er rundt da de egentlig hadde trengt kontroll”.* -Informant 2. Kvinna har då fått tid til å reflektere rundt kva som har skjedd og tatt innover seg opplevingane. Psykiske reaksjonar kan difor oppstå seinare i forløpet. Informant 1 legg til at ho uansett ikkje har tid til å spørje kvinnene om den psykiske helsa på sjukehuset. Ho stolar på at helsestasjonen eller andre i primærhelsetenesta følgjer opp kvinna på dette punktet.

Informant 2 skildrar fysioterapien sin plass i forbindelse med kvinna si psykiske helse, samt det at arret kan ha stor betydning. Ho fortel at det å bruke mykje tid på arret, erfaringsmessig har stor effekt på kvinna psykisk. *“(…)dette er noe vi vet i forhold til psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi generellt. Tar du på eit menneske så kan det begynne å gråte.” - Informant 2.* Informant 2 meiner dette er ein stor del av tilhelingsprosessen, samt det å anerkjenne at kvinna har vore gjennom ein stor operasjon og har eit stort arr. Ho nemnar òg at det sit mykje spenning i kroppen blant anna i diafragma, og at det òg her er viktig med fokus på pust. *“Og når vi løser på det, kan vi løse på mye som, vi kan hjelpe de på veien videre. Til å komme over det.” - Informant 2.*

4.0 Diskusjon

Gjennom analysen var det to hovudtema som peikar seg ut; organisering av barselomsorga for kvinner etter akutt keisarsnitt og korleis fysioterapeuten følger opp kvinner etter akutt keisarsnitt.

4.1 Organisering av tenesta

Basert på tilbakemeldingane som informantane deler, er det ingen garanti for å møte på fysioterapeutar på barselavdelinga etter eit akutt keisarsnitt. Resultata syner at det kjem ann på kvar i landet, og på kva sjukehus ein føder. Det er heller ingen lovpålagt oppfølging av barselkvinner etter akutt keisarsnitt eller andre kjente tilbod som er ein del av den kommunale helsetenesta. Derimot er det tilrådt med ein konsultasjon hos fastlege seks veker etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014, s.70). Dette gjer det mogleg for kvinna å snakke med helsepersonell kostnadsfritt. Informant 3 fortel at kvinna sjølv må bestille konsultasjonen. Ifølge Berens (2023) kan rekonvalenstida opplevast lengre for enkelte, enn dei 6-8 vekene som er definert som barselperioden. To av fysioterapeutane som me intervjuja skildra ei «boble» den første tida etter fødsel og at kvinna gjerne blir meir medviten utfordringar og problem litt seinare i forløpet. Dette kjem òg fram i studiet til Vann Greiensven, Moore & Hall (2016) som såg på langtidseffekten av arrkomplikasjonar etter keisarsnitt. Det er difor naturleg å tenkje at seks vekers kontrollen kjem litt tidleg med tanke på seinare helseutfordringar og at kvinnene har eit behov for vidare oppfølging etter dette.

Fysioterapeutane me intervjuja trakk fram at liggetida på sjukehus etter keisarsnitt er blitt mykje kortare enn tidlegare. Dette gjer at sjukehusa i mindre grad har tid og ressursar til å følgje opp kvinna, noko som igjen gir primærhelsetenesta eit større ansvar. Barnet blir derimot følgt opp på helsestasjonen jamleg gjennom helsestasjonsprogrammet. Helsestasjonen har samarbeid med fysioterapeutar som følger opp barnet dersom det skulle vere behov, men helsestasjonen er ikkje plikta til å følgje opp mor. I løpet av dei første 12 månadene har barnet 10 kontrollar på helsestasjonen (Helsenorge, 2020). Helsestasjonen er ein stad der barselkvinna brukar mykje tid. Kanskje det er ein moglegheit for å gi kvinner som har født med akutt keisarsnitt oppfølging og rettleiing på helsestasjonen?

Informantane våre samanliknar keisarsnitt med anna bukkirurgi, der ein får minst 6 veker sjukemelding. Såvidt me har forstått, står det ingenting i nasjonale retningslinjer om sjukemelding etter gjennomgått keisarsnitt (Helsedirektortet, 2014). Kvinna går etter fødsel inn i ein foreldrepermisjon, men informantane våre sett fokus på at kvinna har mange pliktar i den første tida etter fødselen. Kvinna skal ta seg av eit nyfødt barn og har kanskje òg andre barn å ta seg av. Med ein sjukemelding ville partneren kunne overtatt permisjon og på den måten bidratt heime slik at kvinna hadde moglegheit til å ta det med ro, slik tilrådingane frå litteraturen viser at ein skal gjera. Dette burde vore definert i nasjonale retningslinjer for barselomsorga. Informant 2 fortel at det er på tide at me anerkjenne at keisarsnitt er eit stort inngrep. Vår oppfatning er at samfunnet har høge forventningar til kvinnene som har født med keisarsnitt, og me undrar oss over kvifor det er så ulik praksis i oppfølging av kvinner etter keisarsnitt og anna bukkirurgi.

4.2 Fysioterapi som profesjon i barselomsorga - bidrag og rolle knytt til kvinner som har født ved akutt keisarsnitt

Det var einigheit i informantgruppa vår om at fysioterapi som profesjon kan bidra positivt i barselomsorga for kvinner etter akutt keisarsnitt. Samfunnsmandatet til fysioterapeuten handlar om kropp, bevegelse og funksjon, det å hjelpe menneske med å gjenopprette, vedlikehalde og utvikle dette. Fysioterapeuten ser òg mennesket i eit biopsykososialt perspektiv, der fysiske psykiske og sosiale faktorar påverkar kvarandre (Norsk fysioterapiforbund, 2022). Gjennom intervju blei me medviten om det psykiske aspektet av kva kvinna hadde gjennomgått. Alle informantane nemnde at akutt keisarsnitt gjerne var eit resultat av ein vanskeleg fødsel, noko som igjen kunne påverke kvinna og gi behov for tilarbeiding. Som fysioterapeutar ser me kropp og psyke i samanheng og korleis det påverkar kvarandre. Fysioterapeuten vil difor ikkje berre kunna hjelpa kvinna med å gjenopprette funksjon etter keisarsnittet, men òg førebygging og tilarbeiding av psykiske utfordringar. Som profesjonsutøvarar må fysioterapeuten sjå samanheng mellom teori og praksis for å best mogleg kunne legge til rette for behandling (Grimen, 2008, s.73-76). Samtidig må me som fysioterapeutar erkjenne eigne avgrensingar og dermed forstå når det er behov for å henvise kvinnene vidare til nokon med meir spesifikk kompetanse.

Litteraturen viser at det er noko uklart kva som er dei beste tilrådingane etter abdominal kirurgi. Likevel er det tilrådt å ha minst 6 veker med rekonvalesens før tilbakegang til normal aktivitet etter open abdominal kirurgi (Loor et. al., 2021, s.294). Fleire rapporterte at dei trong lengre tid, opp til 14 veker (s. 295). I følge Berghella (2023) er det dei tunge løfta frå knebøy stilling som gir det største abdominale trykket. Sjølv om det ikkje finst studiar av høg kvalitet, bør aktiviteten bli unngått dei første vekene av sårhelinga. Kvinner som har født ved keisarsnitt blir tilrådt å ikkje å løfte noko tyngre enn det nyfødde barnet (Berens, 2023). Den eine informanten vår hadde erfaring med at kvinner som klarte å halde seg roleg i tida etter keisarsnitt opplevde ein raskare og meir optimal rekonvalesens. Her ser me at tilrådingane om å ta det med ro blir støtta av ulike kunnskapskjelder både forskingsbasert og erfaringsbasert kunnskap. I profesjonsutøvinga vil ein ha ulike former for kunnskap, dette inneber òg praktiske ferdigheiter, sunn fornuft og skjønnsmessige vurderingar (Grimen, 2008, s.73-76).

Eit av dei vanlegaste fysioterapeutiske tiltaka etter abdominal kirurgi er ulike former for mobilisering. Informantane nemnar at kvinnene kunne oppleve smerte, samt problem ved forflytning og det å komme seg ut av senga. Informant 1 la vekt på at fysioterapeuten burde vere med på den første mobiliseringa av kvinner etter keisarsnitt. Vidare fortel ho at god forflytningsteknikk og då trygging i forflytningssituasjonen er kunnskap som er spesifikk for fysioterapeuten. Informant 2 og 3 fortel at fysioterapeuten er ein aktuell profesjon i opptrening av kvinner etter akutt keisarsnitt òg seinare i forløpet. Vidare fortel informant 3 at det å styrke kroppen og unngå eit flektert mønster rundt arret er viktig. Informant 2 trekker fram viktigheita av individuell tilpassing i opptreninga av barselkvinnene. Me har sett at både lengda på barseltida og rekonvalenstida er veldig individuell, det vil difor ikkje vere eit og same svar på kva som er riktig opptrening etter akutt keisarsnitt.

Informantane våre fortel òg om viktigheita av at kvinnene opplev å få tilstrekkeleg med informasjon. Informant 1 som arbeidar på eit sjukehus fortel at dette er noko ho har fokus på i behandlinga og at ho gjerne lar kvinna stille spørsmål og fortelje. Informant 2 som møter kvinnene litt seinare i forløpet ser òg viktigheita av informasjon, men opplev ofte at kvinnene ikkje har fått informasjon om kva dei kan gjera og ikkje. Ho fortel vidare at fleire kvinner har gjort mykje meir enn kva som er tilrådt og kvinna blir då bekymra for å ha gjort noko galt. I ein forskingsstudie som såg på kvinners barselerfaring etter å ha gjennomgått akutt keisarsnitt fortalde kvinnene at dei opplevde tryggleik i det å få informasjon og det at informasjonen frå dei ulike helsepersonell samsvarte (Mørch, Sommerseth & Dahl, 2019). Ei anna forskingsstudie

viste at kvinnene som hadde født med akutt keisarsnitt ønska meir informasjon, råd og oppfølging etter keisarsnittet. Dei meina at dette ville hjelpt med å komme seg raskare, samt lettare takle utfordringar. Mangel på informasjon og forklaring på problem laga meir bekymring for kvinna. Nokon kvinner rapporterte òg å være tilfreds med informasjonen og oppfølginga dei hadde mottatt i helsevesenet (Vann Greiensen, Moore & Hall, 2016). Inntrykket vårt frå intervju og litteratur er at det er tilfeldig om kvinna får informasjon om inngrep og aktivitetsavgrensingar, og kven informasjonen kommer frå. Dette til tross for at tilrådingane til kvinner etter akutt keisarsnitt er godt forankra i forskning. Slik situasjonen er i dag opnar det opp for at andre aktørar deler tilrådingar med svakt kunnskapsgrunnlag.

Fysioterapi som profesjon kan bidra med både teoretisk og praktisk kunnskap om bevegelse og funksjon i oppfølging av kvinner etter akutt keisarsnitt. Fysioterapeuten er difor ein viktig bidragsytar i ein trygg barselomsorg for desse kvinnene. Helsevesenet har eit ansvar for å gi kvinnene informasjon om eiga helse og aktivitetsavgrensingar som er vitskapeleg ankra. Fysioterapeuten har spesialisert kunnskap om bevegelse og funksjon. Me tenkjer at fysioterapiprofesjonen har kunnskap som dekker dette samfunnsbehovet, å gi kvinner som har født ved akutt keisarsnitt informasjon om eiga helse og funksjon.

Informant 2 fortel om viktigheita av at me som fysioterapeutar bruker hendene våre og at det er sentralt i fysioterapi profesjonen. Mange av kvinnene som kommer til henne etter keisarsnittet har ikkje tatt på arret sitt og gjerne fått andre til å skifte bandasjen. Informanten meiner då at eit viktig tiltak vil være å ta på og bli kjent med magen sin igjen. Informanten trekker fram profesjonen sin praktiske kunnskap i det å røre ved pasienten. Fysioterapi er eit godt eksempel på ein profesjon som kombinerer den praktiske og teoretiske kunnskapen. Dette skildrar Grimen (2008, s.74) som ein sentral del av profesjonsutøvinga, der praktisk kunnskap blir skildra som anvending av den teoretiske kunnskapen. Grimen fortel vidare om teori og praksis modellen der han blant anna trekker fram at det er mykje praksis som blir utøvd av profesjonsutøveren, men som ikkje alltid er forankra i teori. Det å ta på arret er ikkje noko som spesifikt er forankra i teori, men ein klinisk erfaring som informant 2 erfarer.

Massasjebehandling av arrevv blir nemnt av informant 2 og 3 som aktuelle tiltak etter keisarsnitt. Ved tilheling av sår etter kirurgi vil dei ulike vevslaga i nokon grad få samanvoksingar, som kan gi smerter. For å førebygge slike samanvoksingar kan ein bruke arrevvsmassasje. Teknikken handlar om å bevege vevslaga i forskjellige retningar slik at

bindevevet blir strokke og blir smidigare. Under massasjen skal ikkje sårkantane som skal vokse saman trekkjast direkte frå kvarandre før tilhelinga er ferdig. Massasje prosedyren bør ikkje starte direkte etter inngrepet, men vente til tilhelinga er i gang (Bunkan & Schultz, 2009, s. 274). Informant 3 tilrår at ein ikkje startar opp med massasje før etter 4-6 veker. Metaanalysen til Deflorin og medarbeidarar (2020) viser at arrbehandling hadde signifikant effekt på smerte, pigmentering, smidigheit, kløe og arrets tjukkeleik, uansett type arr. Metaanalysen viser òg at arrbehandling med massasje i 30 minuttar har moderat til sterk effekt på smertereduksjon.

Etter kirurgiske inngrep er lungefysioterapi eit vanlig tiltak (Reeve & Boden, 2016, s. 39). Informant 3 nemnar at vanleg postoperativ lungefysioterapi som vil seie mobilisering og instruksjon i basal pust er relevant for kvinner som har født med keisarsnitt. Informant 2 som møter kvinnene etter dei har reist heim frå sjukehuset, opplev at fleire kvinner ikkje pustar godt ned i magen etter svangerskap og keisarsnitt. Det kan tenkja seg at nokon kvinner vegrar seg for å puste ned i magen grunna såret og andre har lagt om pusteteknikken i løpet av svangerskapet på grunn av ein stor mage. Keisarsnittet kan med dette medføra at kvinna pustar meir anspent. Der dette er tilfellet brukar informant 2 tid i behandlinga på at kvinna skal få tilbake optimalt pustemønster. Ho presiserer vidare at ein slik god pusteteknikk ned i magen vil òg vere med å skape bevegelse i arret. Tornquist (2003, s.22) skriver at mennesket sin respirasjon vil omstilla seg fysiske og psykiske krav. Ho presiserer vidare at all fysioterapeutisk undersøking og behandling bør ha fokus på den respiratoriske omstillingsevna.

Barseltida er prega av fysiske samt psykiske endringar (Berens, 2023). I Noreg utviklar mellom 4000-8000 kvinner fødselsdepresjon etter fødsel. Det vil seie om lag 7- 13 prosent av kvinnene som føder i Noreg kvart år (Folkehelseinstituttet, 2018). Informant 2 trekker fram at dei som har født ved akutt keisarsnitt lettare kan bli utsett for psykiske vanskar. Keisarsnittet kommer gjerne som eit resultat av ein utfordrande fødsel, det representerer gjerne noko som ikkje gjekk som det skulle og kan opplevast som traumatisk for kvinna. Informant 3 fortel òg at ho trur keisarsnittkvinner er meir utsett for barseldepresjon. Ho trekker vidare fram funksjonsavgrensingar og smerter som avgjerande faktorar for dette. I følge Helsebiblioteket (2021) er vanskelegheit i livet ein faktor som kan bidra til fødselsdepresjon. Dei trekker òg fram kjensla av fråverande støtte frå familie og vennar, vanskeleg forhold til partner og tidlegare depresjon som risikofaktorar. Som fysioterapeutar veit me at psykiske, fysiske og sosiale faktorar påverkar kvarandre. Me tenkjer difor at det er ein naturleg ting for fysioterapeuten å

snakke med kvinna om. Informant 2 fortel at ho alltid spør kvinna om den psykiske helsa. Dette er gjerne ikkje det første ho gjer, men ho følar seg litt fram i situasjonen og spør indirekte.

Som ein ser i resultatane i denne oppgåva, er det ikkje mangel på kunnskap om oppfølging av kvinner som har født med akutt keisarsnitt. Me ser at fysioterapi profesjonen kan bidra med både praktisk og teoretisk kunnskap. Informantane har god erfaring på området og tiltaka dei kommer med er godt forankra i forskinga om post-operativ oppfølging generelt etter bukkirurgi.

4.3 Metodediskusjon

4.3.1 Val av informantar

Me valde å intervjuar fysioterapeutar som har erfaring med kvinnehelse og som jobbar på ulike arena. Informantane har ulik grad av erfaring då nokon har arbeida lengre innan fysioterapi, nokon jobbar privat medan andre på sjukehus. Fysioterapeutane jobbar òg forskjellige steder i landet. Det at informantane våre jobbar med kvinnehelse, påverka deira synspunkt. Fysioterapeutane har alle ulike bakgrunnar samt kompetanse, noko som kan vere med å styrke oppgåva. Informasjonen informantane formidla handlar om mykje av dei same tema, noko som gjer funna meir pålitelege. Temaet me har valt har òg ei tydeleg politisk side og våre informantar har erfaringar frå arbeidet som har farga dei i ei bestemt retning. Informantane fortel om erfaringar og pasienthistorier som kan opplevast opprørande, det er då viktig at me er medviten om dette og prøvar å sjå på tema og det som informantane seier med nøytrale og objektive auge (Malterud, 2022, s. 216-217).

4.3.2 Datainnsamling

Intervjua våre blei gjennomført både over zoom og fysisk. Dette grunna stor geografisk avstand til nokon av informantane våre. Dette er noko som kan ha innverknad på kroppsspråk og kommunikasjon. For å prøve å unngå at dette skal ha ein stor påverknad i intervjuet har me vore medviten om å vere interesserte og lyttande samt å bruka pausar og stille opne spørsmål. Ei utfordring med oppgåva er at me berre har tre informantar. Ideelt sett kunne fleire informantar kanskje ha gitt eit meir nyansert bilete, og me kunne òg fått fleire vinklingar på problemstillinga vår. Me brukte ein intervjuguide som førte til at alle informantane fekk det same

utgangspunktet. Det blei gjort små justeringar i spørsmåla, slik at dei skulle passe til alle informantane. For å gjere spørsmåla og utgangspunktet for intervjuobjekta så likt som mogleg var det berre ein forfattar som stilte hovudspørsmåla, medan den andre stilte oppfølgingsspørsmål.

Me opplevde det som utfordrande å stille gode spørsmål undervegs i intervjuet, då særleg oppfølgingsspørsmål. Informantane våre delte mykje kunnskap og erfaringar, men me forstod etter intervjuet og analysen var ferdig at me kunne gått endå djupare inn på enkelte tema. Dette førte til at me sendte oppfølgingsspørsmål via e-post. Det er likevel ikkje den mest optimale måten, ettersom det ikkje er sikkert at informantane hugsar samanhengen spørsmåla blei stilt i. Dette kan me sjå i lys av at me har avgrensa erfaring med denne metoden, og sett i ettertid ville me valt å ha meir tid mellom intervjuet, samt starta analysen av det første intervjuet før me gjekk i gang med det neste.

Transkripsjonen og anonymiseringa blei gjennomført av ein av forfattarane for å skape ein flyt og same forståing gjennom alle intervjuet. Etterpå blei transkripsjonane gjennomgått av begge for å dobbeltsjekke ord og samheng. Når ein transkriberer tolkar ein det som blir sagt (Malterud, 2018, s. 79-82). Det kan likevel ikkje blir utelukka misforståingar med det informantane har sagt. Ved å senka farten på lydopptaka mistar ein òg samanhengen i ord, og det blir vanskeleg å høyre forskjell på ulike ord. For å få heile samanhengen blei lydopptaka satt i normal fart under gjennomgåinga av transkripsjona. Dette kan styrke validiteten i oppgåva, ettersom resultatene viser først og fremst det informantane har sagt. Me har prøvd å ta høgde for eventuelle misforståingar, innan oppgåva sine rammer.

Me kan ikkje opptre upåverka og utan forforståing når ein gjennomfører intervjuet og analyserer i etterkant. Dette har me tidlegare trekt fram som ein del av den hermeneutiske vitskapstradisjonen, kor vår tolking baserer seg blant anna på våre haldningar og interesser for tema (Malterud, 2017; Tornquist, 2018). Som tidlegare nemnt har ein av forfattarane eiga erfaring frå tema for oppgåva. Me har prøvd å vere opne om korleis dette kan ha påverka vår tilnærming til oppgåva, og tydeleg skilje mellom våre oppfatningar og informantane sine oppfatningar.

I oppgåva deltok fysioterapeutar frå ulike typar helseinstitusjonar, slik at me kunne gi eit heilskapleg bilete på oppfølginga til barselkvinner innan alle tenestenivå. Utvalet er spreidd

geografisk utover store delar av landet. Dette styrker oppgåva sin validitet. Likevel kan resultata frå oppgåva ikkje bli generalisert, då utvalet er for lite. I tillegg blir helsetenestene organisert svært ulikt frå stad til stad i Noreg, og tilbodet til barselkvinner kan difor variere.

5.0 Konklusjon

Formålet med denne oppgåva var å sjå på korleis fysioterapeuten kunne bidra inn i barselomsorga for kvinner som har født ved akutt keisarsnitt. Gjennom intervjuja fekk me innsyn i at fysioterapeutane har relevant erfaringsbasert kunnskap og teoretisk kunnskap som kan bidra for kvinnene. Utfordringa er at det ikkje finst rom for at fysioterapeuten får brukt denne kunnskapen inn i barselomsorga. I dag finst det ingen tilbod til kvinner som har født ved akutt keisarsnitt i den kommunale helsetenesta. Liggetida på sjukehusa er kort og det er lav fysioterapidekning på barselavdelingane rundt om på norske sjukehus. Fysioterapi som profesjon bidrar med både teoretisk og praktisk kunnskap. Me har sett i denne oppgåva at me som fysioterapeutar kan bidra med informasjon, trygging, mobilisering, lungefysioterapi, arrvevsmobilisering og generell opptrening. Vår utfordring er å vise korleis fysioterapiprofesjonen er til nytte i både helsefremjande og førebyggande arbeid, og tørre å hevde vår plass i diskusjonen om korleis trygg, kunnskapsbasert barselomsorg bør sjå ut.

Litteraturliste

- Berens, P. (2023, 21.mars). *Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care?search=postpartum&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Berghella, V. (2023, 5. april). *Cesarean birth: Postoperative care, complications, and long-term sequelae*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-postoperative-care-complications-and-long-term-sequelae?search=cesarian%20section&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2222239336
- Bertelsen, B. I. (2020). *Patologi: Menneskets sykdommer* (2. utg). Gyldendal.
- Bunkan, B. H. & Schultz, C. M. (2009). *Medisinsk massasje* (3. utg). Gyldendal.
- Carlston, M. A. & Chakkalakal, D. (2011). *Tensile properties of the murine ventral vertical midline incision*. PLoS one
- Deflorin, C., Hohenauer, E., Stoop, R., van Daele, U., Clijsen, R. & Taeymans, J. (2020). *Physical Management of Scar Tissue: A Systematic Review and Meta-Analysis*. The journal of alternative and complementary medicine, 2020/26 (10), 854-865
- Folkehelseinstituttet. (2018, 29.mai). *Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). 12b-2: Medisinsk fødselsregister: Keisersnitt utført, 2022 (statestikk). <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapiutdanningen, (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapiutdanningen* (FOR-2019-03-15-410). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-410>

Vann Greiensven, H., Moore, A. P. & Hall, V. (2016). *The long-term impact of Caesarean section Scar problems on the individual and associated healthcare needs*. Journal of pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy, 2016/118, 14-30.

Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 69-86). Universitetsforlaget.

Helse Bergen. (2004). *Til deg som skal opereres i magen*. Haukeland universitetssykehus – Fysioterapiavdelingen

Helse Bergen. (2015). *Råd til deg som har hatt keisersnitt*. Haukeland universitetssykehus – Kvinneklinikken. <https://helse-bergen.no/seksjon/Fysioterapi/Documents/Pasientinfo%20KK/Råd%20til%20deg%20som%20har%20hatt%20keisersnitt%20m%20bilder.pdf>

Helsebiblioteket. (2021, 23.mars). *Fødselsdepresjon*. HelseNorge.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/fodselsdepresjon/>

Helsedirektoratet (2014) *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. hentet fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2016, 30. juni). *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem:*

Kvalitetsindikatorbeskrivelse. Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/keisersnitt/Keisersnitt%20-%201.0.pdf/_attachment/inline/858c7c22-400e-4181-927e-f8f4c96b333b:c97db59a79beaa8b8244a86e0c528fbd1ca9353/Keisersnitt%20-%201.0.pdf

Helse Norge. (2020, 10. januar). *Helsestasjon 0-5år.* Helsedirektoratet

<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsestasjon-0-5-ar/>

Lima, Ivar Andreas Åsland (2018). *Kjønnsforskjeller i sykefraværet øker når par får barn.* I Arbeid og velferd, nr. 1, Hentet fra:

https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/2018/1/arbeid_og_velferd-2018-01_art-7.pdf

Loor, M. M., Shah, P., Olavarria, O. A., Dhanani, N., Franz, M. G., Trautner, B. W. & Ling, M. K. (2021). *Postoperative Work and Activity Restrictions After Abdominal Surgery A systematic Review.* *Annals of Surgery*, 274(2).

Malterud, M. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg., p. 254). Universitetsforlaget.

Meyer, C., Abbas, N. A., Amundsen, T. K., Eia, H., Fundingsrud, H. P., Innerdal, C. R., Kennair, L. E. O., Kornmo, T. S. M., Løchen, M. L., Nielsen, P. V., Sagabråten, S. O., Schelderup, H. C., Skjerve, I., Sward, E. T., Tiller, H., Tranvåg, O., Vatland, A. & Abrahamsen, M. (2023). *Den store forskjellen— Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* (NOU 2023: 5). Helse - og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>

Mørch, N. M., Sommersteth, E. & Dahl, B. (2019). *Barselerfaringer etter akutt keisersnitt.* Sykepleien forskning (14). Hentet fra: https://www.researchgate.net/profile/Bente-Dahl/publication/333228725_Barselerfaringer_etter_akutt_keisersnitt/links/5f22cdb6299bf13404929099/Barselerfaringer-etter-akutt-keisersnitt.pdf

Norsk elektronisk legehåndbok. (2021, 8.januar). *Keisersnitt*. Legehandboka.

<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/obstetrikk/pasientinformasjon/fodsel/keisersnitt>

Norsk Fysioterapiforbund. (2022). *Fysioterapi for kvinner*. Faggruppe for kvinnehelse

https://25892275.fs1.hubspotusercontent-eu1.net/hubfs/25892275/02korr_Faggruppebrochure_Kvinnehelse.pdf

Norsk Helseinformatikk. (2020, 12. mars). *Sammenvoksnings i buken (adheranser)*. Norsk helseinformatikk.

<https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/magetarmsykdommer/sammenvoksnings-i-buken-adheranser/>

Norsk Helseinformatikk. (2023, 27. mars). *Pleie av operasjonssår*. Norsk helseinformatikk.

<https://nhi.no/sykdommer/hud/sar-hudskader-bitt/sarpleie/?hp=true>

Reeve, J. & Boden, I. (2016). *The Physiotherapy Management of Patients undergoing Abdominal Surgery*. New Zealand Journal of Physiotherapy, 44 (1), 33-49. doi: 10.15619/NZJP/44.1.05

Thornquist, E. (2003). *Lungefysioterapi: funksjonsvurderinger og klinisk arbeid*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg., p. 288). Fagbokforlaget.

Viguera, A. (2023, 7.april). *Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis*. UpToDate.

https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?sectionName=ASSESSMENT&search=postpartum&topicRef=6711&anchor=H2182148252&source=see_link#H26

Vedlegg 1

SPØRSMÅL	OPPFØLGINGSSPØRSMÅL
<ul style="list-style-type: none"> • Kva bakgrunn har du som fysioterapeut? • Kvar jobbar du no? • Kor ofte møter du kvinner som oppsøker fysioterapeut etter akutt keisarsnitt? 	
<ul style="list-style-type: none"> • I møte med barselkvinna, korleis grip du situasjonen? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fortel om tilbodet slik det er i dag. 	<p>Er det nokon manglar? Noko som er bra?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Korleis tenker du at me som fysioterapeutar kan ta ein større del i barselomsorga? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kva komplikasjonar er vanleg/typisk? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kva spørsmål har kvinnene til deg som fysioterapeut? 	

<ul style="list-style-type: none">• Ser du som fysioterapeut andre problemstillingar enn dei tinga som kvinnene nemnar?	
<ul style="list-style-type: none">• Kva tenker du om kvinna si psykiske helse?	Er dette noko du spør om? Kvifor? Kvifor ikkje?
<ul style="list-style-type: none">• Kva for tiltak brukar du i behandlinga?	
<ul style="list-style-type: none">• Kven er port opnar til fysioterapi for kvinnene?	

Vedlegg 2

Vil du delta i bachelorprosjektet *Oppfølging etter akutt keisarsnitt*

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt der formålet er å undersøke fysioterapeutars erfaringar i oppfølging av kvinner som har født med akutt keisarsnitt. I dette skrivet gir me deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltakinga vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgåva er å undersøkje korleis fysioterapeuten bidrar og kan bidra inn i barselomsorga. Me ønsker å fokusera spesielt på kvinner som har født ved akutt keisarsnitt og har formulert problemstillinga på denne måten: *Korleis kan fysioterapeuten bidra til ein betre barselomsorg for kvinner som har født ved akutt keisarsnitt?* Dette prosjektet vil utgjere bacheloroppgåve i fysioterapi. Opplysningane som blir samla inn skal ikkje brukast til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarleg for prosjektet.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med kvinnehelse og/eller barselomsorg i din praksis.

Kva inneber det for deg å delta?

Dersom du veljar å delta i prosjektet inneber det at me vil gjennomføre eit intervju med deg. Det er utarbeida ein intervjuguide som omhandlar spørsmål om dine erfaringar om det aktuelle tema. Spørsmåla handlar om korleis du arbeidar med oppfølging av kvinner som har fødd med akutt keisarsnitt, kva fysioterapeutar kan bidra med og om det er noko som manglar i barselomsorga. Det vil ta deg ca. 30-60 min. Me tar lydopptak og noterer frå intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du veljar å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake utan å oppgi noko grunn. Alle dine personopplysningar vil da bli slettet. Det vil ikkje ha noko negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare veljar å trekke deg.

Ditt personvern – Korleis me oppbevarer og bruker dine opplysningar

Me vil barre bruke opplysningane om deg til formåla me har fortalt om i dette skrivet. Me behandlar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun me som studentar vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskytta pc, og slettet etter transkripsjon. Namn og kontaktopplysningane dine vil bli erstatta med ein kode som lagres innelåst og avskilt frå øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenna deg i den skriftlege teksten.

Kva skjer med opplysningane dine når me avsluttar forskingsprosjektet?

Opplysningane anonymiserast i bacheloroppgåva, alle andre data slettes når bacheloroppgåva godkjennast (seinast ved utgangen av august 2023).

Kva gir oss rett til å behandle personopplysningar om deg?

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenestar vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg, og å få utlevert ein kopi av opplysningane,
- å få retta personopplysningar om deg,
- å få sletta personopplysningar om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

Kor kan eg finne ut meir?

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

· Bachelorstudentar:

Namn:

Tlf.:

E-post:

Namn:

Tlf.:

E-post:

· Rettleiar:

Namn:

Tlf.:

E-post:

· Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarleg førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no

· Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

Dersom du har spørsmål knytt til Personverntjeneste si vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på e-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennleg helsing

(Veileidar og lærer ved fysioterapiutdanninga)

(Student)

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Oppfølging etter akutt keisarsnitt, og har fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

.. å delta i intervju

.. at mine opplysningar behandlast fram til prosjektet er avslutta

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Vedlegg 3

Transkripsjon

Intervjuobjekt 1

Spørsmål 1: Då er første spørsmål litt om, kva bakgrunn har du som fysioterapeut? Det har me jo snakka litt om allerede, men.

Intervjuobjekt: Jeg er utdannet i 1990 fra og hos i (Land)

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Og på det tidspunkt var arbeidsmarked veldig vanskelig i (Land). Jeg søkte eit sommervikariat i (by) og det var 80 søkere til sommerferievikariat. Så da reiste vi til Norge, der stod de å skreik på folk. Ja, så vi var først to år i (by), og der jobbet jeg på medisinsk avdeling.

Intervjuer: Ja, fint i (by).

Intervjuobjekt: Så, neida, så det var, det var fint, også blei jeg gravid og vi fikk mitt første, mitt første barn fødd i (by).

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Også hadde vi lyst til å ha litt familie nær på når vi no fikk barn, så da reiste vi så tilbake til (Land). Men det gikk ikke lang tid før vi begynte å snakke om, det var noe fint i Norge. Så, så var det tilbake til Norge i 94. Og siden har vi vert i (by).

Spørsmål 2: Ja, og no jobber du på (sykehus)?

Intervjuobjekt: På (sykehus) så siden 94 har jeg jobbet på (avdeling) på (sykehus).

Intervjuer: Ja, har du noe, noe ekstra utdanning i forhold til eller kursing i forhold til det med kvinnehelse eller?

Intervjuobjekt: Jeg har egentlig bare kurser.

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Jeg har ikke noe ekstra utdanning. Jeg har (diagnose) som har satt litt begrensinger, og, jeg jobber også bare 35% stilling av den grunn.

Intervjuer: Kor mange stillinger er det på avdelingen på (sykehus)?

Intervjuobjekt: På heile huset?

Intervjuer: Nei, på (avdeling).

Intervjuobjekt: No er vi vel nede i halvannen.

Spørsmål 3: Ja, kor ofte møter du disse kvinnene? Me, vårt prosjekt handler jo i hovedsak om kvinner som har fødd med akutt keisarsnitt, så eg lure på kor ofta du møter disse kvinner som har født ved akutt keisarsnitt?

Intervjuobjekt: Nei, jeg jobber, min, mitt hjertebarn, det er barselkvinnen, så, så jeg prøver jo, jeg er to dager på jobb i uken, så det er der jeg helst vil være, det er på (avdeling). Og da møter jeg som regel kvinner som har fødd som har født ved keisarsnitt.

Spørsmål 4: Ja, i møte med desse kvinnene, kossen gripe du den situasjonen?

Intervjuobjekt: Nei alle, alle pasientene jeg møter er jo noe med å vere litt audmyk i forholdt til det dei har vert igjennom. Og i forhold til akutt keisarsnitt, så kan de jo ha hatt eit fødselsforløp som har vert langt og smertefullt og krevende før det så ender med ein operasjon på toppen av det. Så det er jo noe med å, å se eit menneske samtidig, signalisere at dette går bra, dette fikser du og no skal jeg hjelpe deg, vise deg teknikker til å bevege kroppen på mest hensiktsmessige vis.

Intervjuer: Er du inne hos alle som har fått, hatt eit keisarsnitt?

Intervjuobjekt: Vi har, dei pasienter som vi har på (avdeling), det er dei som forløst med keisarsnitt. Dei som får rifter, store rifter i forbindelse med fødsel. Muskelskjelett primært bekkensmerter ryggsmarter og sånt. Og så har vi lagt en rutine vi går inn der brukt, tang, fordi vi har erfart at det, det er noe veldig medisinskt indikasjon til å gå inn til dei kvinnene, men vi har erfart at dei ofte har mer smerter. Og det har bare vist dem gode hvilestillinger og instruere i bekkenbunnstrening føler vi jo er absolutt relevant.

Spørsmål 5: Du var jo litt innpå det, men neste spørsmål var jo egentlig å fortelle om koleis tilbudet er i dag på, generelt da for desse kvinnene som har fødd med akutt keisarsnitt.

Intervjuobjekt: Liggetiden er, jeg har jobbet på (avdeling) i så mange år, så jeg har jo sett en utvikling der. Så liggetiden er jo kortere, enn da jeg startet i 94. Stort sett så får barselkvinner eit møte med fysioterapeuten.

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Ja, De som tar eit planlagt keisarsnitt får ein pre-instruksjon og så får dei oppfølging post operativt. Men dei akutte dei får, med mindre det er spesielle faktorer som gjer at her må vi følge opp ein ekstra gang, så er det stort sett eitt møte med fysioterapeut dei får. Vi rekker ikke så veldig mye mer heller.

Intervjuer: Nei, det er jo veldig kort. Noe, noe som mangler, i forhold til, er det noe du tenker mangler slik som tilbudet er i dag?

Intervjuobjekt: Tid, altså, iallefall det å differensiere mere, jeg føler ofte, når det er ein som det går seint, å dei begynner å lynhord å nei, no må vi få henne hjem. Sant, altså, liksom og

det kan være veldig mange faktorer som gjør det akkurat i den settingen her, det er vanskeleg for den kvinnen, for dei skal bare hjem, sant, så, så tid absolutt. I forhold til det her barseloppgjøret eller opprøret som er no, så skjønner jeg veldig godt mye av det de som kommer med. Absolutt.

Intervjuer: Er det noe som er bra, tenker du?

Intervjuobjekt: Altså sån på den andre siden, vi lever jo i eit smørhol. Det gjør vi, altså ser du på andre land, så er det bra i Norge altså, det er det. Det er trygt, og det er trygt å føde i Norge og på (avdeling) altså.

Intervjuer: Tenker du det er litt, at eg ikkje går ut av malen min her, men tenker du det er forskjell på her i (by) og andre steder i Norge, eller vet du noe om det?

Intervjuobjekt: Nei, det vet jeg faktisk ikke. Ikke tilstrekkeleg til å kunne si noe sån, nei.

Spørsmål 6: Nei, ja, kossen tenker du at me fysioterapeuter kan ta en større del inn i barselomsorgen?

Intervjuobjekt: No er der jo ein god del snakk om å oppgaveglindninger også. Og det jeg opplever noen ganger, det er, den kunnskapen som er spesifikk for fysioterapeuten det er gode forflytningsteknikker, god leiring, det er det oss som kan. Og selv om vi ofte kurser og har andre faggrupper i forhold til leiring og overføringer av kunnskap, altså, så er det oss som sitter på den, det er oss som kan det. Og det kan du si, at er det noe som blir prioritert, som det er noe som (?) i helsevesen så er det ikke plass til det. Det vil man kunne si.

Spørsmål 7: Kass komplikasjoner, altså disse kvinnene som har født ved keisersnitt, er det noen komplikasjoner som er typiske i forbindelse med det, som du møter?

Intervjuobjekt: Dei kan jo ha stor blødning, det er ikke veldig typisk at dei får infeksjon, det er ikke veldig typisk, jeg føler dei fleste går det veldig bra med. Men, men det er blødninger og infeksjoner som er dei risikofaktorane.

Spørsmål 8: Ja, kva spørsmål har desse kvinnene til deg, når du kommer som fysioterapeut?

Intervjuobjekt: Det er egentlig få som har veldig mye spørsmål. For jeg pleier gjerne å spørre, i stedet for trekke inn ein sekk med kunnskap, det er det jeg skal ha, så prøver jeg å spørre litt: vet du noe om keisersnitt, kva det innebærer? Og så er det jo gjerne noen som har ei veninne eller ei søster, eller eit eller anna som nylig har tatt keisersnitt. Så de vet noe om andre sin, nei, jeg har fryktet at det her sku skje, så det, så er ikke noe som, som jeg har forberett meg på noe vis. Så, så mange er ganske blanke, og da er det, det å informere om hva er greit når du har tatt ein operasjon. I forhold til påkjenninga, altså trening, løfting, alt sånne ting, og hva, hva, hva kan dei gjere og hva bør dei avstå fra de første ukene.

Intervjuer: Så det er mest informasjon?

Intervjuobjekt: Det går mye i informasjon.

Intervjuer 2: Ja, på kass tidspunkt er det dåke er inne hos kvinnene?

Intervjuobjekt: Dagen etter dei har hatt keisersnitt.

Intervjuer 2: Dagen etterpå.

Intervjuobjekt: Så vi prøver å vær med på den første mobiliseringen.

Spørsmål 9: Ja, ser du som fysioterapeut andre problemstillinger enn det kvinnene opplever i forhold til keisersnittet? Masse vanskelege spørsmål.

Intervjuobjekt: Ja, det gjør jeg jo selvfølgelig, for jeg har en helsefagleg bakgrunn. Jeg ser jo. Også ser de jo en eldre dame. Der er unge og uerfarne mange, sant, så det er det med å at, at det plutselig er begrensinger på dei. Det opplever noen altså hæ, det er fullstendig, er det det?, altså, jeg kan ikke gjer som jeg pleier, noen er der. Sant, også ser jeg når dei begynner å bevege seg, det er altså ikke slik det pleier å være når jeg skal ut av sengen, det går litt rundt sant. Så dei får jo smak på at, her må jeg passe meg litt sant.

Spørsmål 10: Ja, kva tenker du om kvinnes psykiske helse? Er det noe du spør dei om eller, når du møter dei?

Intervjuobjekt: Nei, jeg gjør ikke det. Fordi jeg har ikke, jeg har ikke tid til å følge opp noen ting.

Intervjuer: Kanskje annerledes på eit sykehus enn i kommunen foreksempel.

Intervjuobjekt: Så det gjør jeg ikke. Der, der stoler jeg egentlig på at helsestasjonen og andre og, at der skal det være strengt viss, viss, viss det er noe jeg går inn i, ja.

Intervjuer: Ja, veldig tidleg.

Intervjuobjekt: Ja.

Spørsmål 11: Ja, kva tiltak bruker du i behandlingen? Det har me og vert litt innpå men.

Intervjuobjekt: Ja, det er, der er mobilisering, og veilede i teknikker, sant. Fordi det er, det er spesifikk fysioterapi kunnskap, det er andre faggrupper ikke veldig god på å veilede i, så forflytningsteknikk er veldig viktig og også å prøve å avdramatisere, sant, fordi det er jo, viss de får veldig vondt når de skal opp så, si pust, ta, ta deg god tid. Ikke tenk at no kjenner jeg at jeg skal på toalettet og så springer du, og det gjør du ikke første dagene sant, altså da sitter du litt på sengekanten, ikke resikere å få blottrykksfall og så videre sant. Og så går du veldig rolig ut på toaletten, sån, og ja. Sånne ting også så kommer det seg. Du vil kjenne allerede i løpet av de dagene du er på sykehuset så kommer det seg. Og den trenden fortsetter når du kommer hjem. Også utvider du repotualet, stille og rolig.

Intervjuer: Ja, så det er mobilisering og trygging og informasjon egentlig ?

Intervjuobjekt: Ja, det er det det går i.

Intervjuer: Ja, får disse kvinnene noe oppfølging av fysioterapeut etter dei reise frå sykehuset?

Intervjuobjekt: De går vel på helsestasjonen og får oppfølging der. Fastlege, jordmor, vet egentlig ikke, vet egentlig ikke hvor stor grad tilbud. Det endrer seg jo. Så det er jeg faktisk ikke helt sikker på, hvor mye de får av fysioterapeut.

Intervjuer 2: Nei, opplever dåke noko sån frustrasjon øvenfor, altså disse kvinnene, no har det jo vore mykje sån barseloppør og det er veldig i media. Men opplever dåke noko sånt frustrasjon ovenfor dei, at dei får for lite tilbud eller, at, det er kanskje eit anna fokus dei har når dei nettop har fått ein liten og da?

Intervjuobjekt: Så nei, det opplever jeg egentlig ikke.

Intervjuer: Nei, det kommer kanskje når ein kommer hjem. At, i forholdt til

Intervjuobjekt: Ja, og da å synka opplevelsene litt mer inn, og du får tid til å reflektere over det du har vert igjennom og sånt, så ja, det vil jeg tro. Det kommer sån gradvis. Med mindre det har skjedd spesielle ting som kvinnen reagerer på. Men da opplever jeg at dei blir god til å informere og jeg pleier også å få det til at viss det er ting som dei har opplevd traumatisk, så be om å snakk med den lege som har vert involvert og tatt beslutninger rundt kvinnen og sån at dei får, får minst mulig lagt dø det og det og forklaring og dei har behov for, for å bearbeide det godt.

Intervjuer: Det høyres bra ut, det høyres bra ut å føde på eit stort sjukehus i Norge.

Intervjuobjekt: Jada, som sagt så er det det, det er trygt å føde på (sykehus).

Intervjuer 2: Korleis er samarbeidet med andre profesjonar då? Samarbeider du mykje med lege og sjukepleierar og sånt?

Intervjuobjekt: Det blir mest jordmødrene og sjukepleierene, dei som er rundt pasienten, altså i forhold til mobilisering første dag keisersnitt pasienter så er det jo smertelingdring som er viktig. Så det avtaler vi jo. Hadde ein pasient innpå nummer 27, stod 27 har hun fått det, har hun klart seg, jeg kan gå inn, eller. Ånei, hun skal ligge her først, og så må jeg vente til den smertestillende virker litt og så ligger jeg opp planen i forhold til det, sant.

Intervjuer: Men blir alle som har hatt keisersnitt henvist til deg?

Intervjuobjekt: Dei blir ikkje henvist, da har vi noen rutiner.

Intervjuer: Oja det er automatisk?

Intervjuobjekt: Ja, nei, vi har tilgang til barsellisten. Så vi går selv inn å ser. Så vi går i gang. Det er 3 (avdelinger) og da går vi gjennom alle pasientene på dei avdelinger. Se hva er nytt fra i går og hvilke pasienter bør vi gå innom. Også snakker vi med jordmødrene. Og så kan det være noen som ikke står på listen, så hun der er egentlig litt klein og litt smerter i bein, kan du

gå inn å se til henne, sant. Så det er veldig uformelt. Så den rutine ligger i bunn og legene vil aldri få skrive henvisninger på alle de her pasientene, det vil være spill av tid sant. Den, den har vi fått

Intervjuer: Men dåke jobber tett og.

Intervjuobjekt: Ja

Intervjuer: Og tar ein vurdering sjølv.

Intervjuobjekt: Ja

Intervjuer: Det var egentlig, har du noko meir?

Intervjuer 2: Nei, komt igjennom

Intervjuer: Ja, eg tror det, skal me avslutta her?

Intervjuer 2: Ja

Vedlegg 4

Transkripsjon

Intervjuobjekt 2

Intervjuer: Då har me starta opptaket. Då kan me gjennta det vi sa. Ja, du har lest igjennom samtykkeskjema og du samtykker til at me tar opptak og bruker innholdet til bachelor- oppåva vår?

Intervjuobjekt: Ja

Spørsmål 1: Så lurte me først på kva bakgrunn du har som fysioterapeut?

Intervjuobjekt: Ja, jeg har vanleg fysioterapi utdanning. Også har jeg ikke tatt, jeg har, jeg har jo egentlig litt fra før og da. Jeg har en utdanning i sportsterapi som er kanskje en slags for idrettsfysioterapi fra (land), også har jeg tatt fysioterapi i Norge på (?) for å få autorisasjon. Også har jeg tatt masse kursing. Da mye innfor ultralyd diagnostikk og kvinnehelse. Så det er de to tingene jeg på en måte mest og trening da, idrett liksom. De tre tingene kanskje, jeg har mest kompetanse på.

Spørsmål 2: Ja, kor jobber du no?

Intervjuobjekt: Jeg jobber på (arbeidsplass).

Spørsmål 3: Ja, også lurte me og på kor ofta du møter kvinner som har fødd etter akutt keisarsnitt?

Intervjuobjekt: Hmm.. Dagleg.

Intervjuer: Daglig

Intervjuobjekt: Stort sett ofte. Ja, dagleg vil jeg si.

Spørsmål 4: I møte med disse kvinnene som har fødd med akutt keisarsnitt, kossen grip du situasjonen?

Intervjuobjekt: Nei, det går jo gjennom fødselen og snakker om den. Jeg snakker, bruker alltid litt tid på fødselen, fordi det kan være første gang dei har snakket med noen om den. Det er ikke så mange som bryr seg så mye. Så det at jeg sier det, men jeg, så jeg synest det er viktig å gå igjennom den og viss jeg oppfatter at dei treng hjelp til bearbeiding så henviser jeg videre til jordmor eller psykolog. Også, snakker vi om, altså som oftest i starten så handler det om mye det å bare ta på, bli kjent med arret og magen sin igjen. Det høres ganske simpelt ut egentlig, trodde jeg selv og for jeg har operert masse i mitt liv. Også jobbet postoperativt også på sykehus også har dei en helt, veldig mange av de har en helt annen oppfatning av arret sitt.

Det man har for eksempel med en kneskade. Det er veldig mange som aldri har tatt på arret sitt, såret sitt. Og noen har fått andre til å skifte bandasjen, har nesten ikke skifta bandasjen før, mange kommer med bandasjen på. Så faktisk det første vi gjør er å bli kjent med magen igjen, og bare ta på. Så ta på arret. Og det, noen er forbi det stadiet og da går vi jo selvfølgelig videre, men jeg tror det er eit glemt punkt. Så jeg synest det er viktig å få med. Jeg tror ikke de har skjønt omfanget av hvor mye mer et sånt arr, de presenterer veldig mye mer enn bare en operasjon. Det, for dei aller fleste så representerer det noe traumatisk og noe som ikke som det skulle.

Intervjuer: Ja, tenker du det er en fysioterapi-jobb, det med arret?

Intervjuobjekt: Ja, det er vi som kan ta på. En psykolog snakker. Og vi kan ta på og bruke hendene våre. Og det er jo som i veldig mye annet nervestimulering, i forhold til det og veldig mange av de har ikke følsomhet i huden. Også ofte må vi jo begynne med det også ikke sant. Stimulere hud og sånt. Det er jo ting vi gjør ellers. Vi tester med bomull og er ikke sikkerhetsnål.

Intervjuer: Spiss og butt.

Intervjuobjekt: Det bruker jeg aldri. Men, men ja, så det er jo helt vanlig fysioterapi egentlig som gjøres. Jeg har de, jeg har flere som jeg følger opp med katastrofesnitt også. Og noen går parallellt til psykolog. Samtidig som dei går til meg. Og det sier de er en veldig fin kombinasjon. For ofte så får de løsna opp, det er veldig mye tårer. Jeg sier ikke at jeg skal da psykologisk snakke med dei, men dette er noe vi vet i forhold til psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi generellt. Tar du på eit menneske så kan det begynne å gråte. Så er det jo bare. Og, men jeg tror det har en veldig stor del av tilhelingsprosessen. Også det at vi anerkjenner at det er eit stort arr. At det er en stor operasjon. Tror jeg mange setter pris på. Uten at vi trenger å gå inn i sån psykologisk behandling. Eller at vi skal være jordmor, men det er veldig godt å ha den kunnskapen. Så jeg anbefaler alle som har tenkt til å jobbe med dette her, viss dere har tenkt til det også. Liksom, jeg går på forelesninger for jormødre, altså møter opp på fagdager for jormødre og sån. Likevel fordi du vet da hva du kan si, ikke at du skal begynne å ta deres rolle, men sån at du vet når du skal henvise og sånne type ting.

Intervjuer: Ja, skjønner det.

Intervjuobjekt: Ja, okei dette er noe jeg er engasjert i.

Intervjuer: Det er gøy for vår del. Men etter dei er blitt kjent med arret. Kva, kva er liksom neste punkt som du jobber med?

Intervjuobjekt: Sjekker pusten, diafragma. Går alltid gjennom det. For veldig mange så har jo pustemønsteret endret seg gjennom svangerskapet uansett. Mange av har ikke pustet ned i

arret etter keisarsnittet, fordi det gjør vondt. Så bare lære dei å puste ned mot magen igjen. Har god effekt. Også i forhold til å skape mer bevegelighet i arret. Ja, og få kontakt da med bekkenbunn og mage igjen. Så noen av dem trenger jo også bekkenbunnsundersøkelse, jeg vet ikke om det er noe vi skal gå inn på her. Men det

Intervjuer: Gjerne nevne litt

Intervjuobjekt: og jeg vil fokusere på arret først og så noen av de vil ha bekkenbunnsundersøkelse senere, men veldig mange av de så stopper jeg der og kun fokuserer på mage.

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Ja. Undersøker om det er noe smerter rundt i bekkenområdet uansett, som vanlig screening. Også, om dei har kontakt med magemusklene. Jeg sjekker også for delt magemuskler, no kommer det litt ann på hvor nærme fødsel dette er, hvor viktig det er. Jeg gjør det uansett, men jeg sier alltid samtidig at det ikke er viktig fordi det er ikke det som regel på det tidspunktet også handler det mer om funksjon men det handler mer om hvordan de trener magen og om de får det til. Mer enn at dei er delte. Men det er greit å ha eit utgangspunkt også, dei fleste vil vite det.

Intervjuer: Ja, du jobbe, jobba du privat?

Intervjuobjekt: Ja

Spørsmål 5: Vil du fortelle litt om kossen du meine tilbudet for disse kvinnene er i dag? Er det eit tilbud for dei?

Intervjuobjekt: Nei, det er ikke noe tilbud.

Intervjuer: Nei

Intervjuobjekt: Nei, jeg fødte selv med keisarsnitt, akutt keisarsnitt. Og det var da jeg oppdaga hvor ræva det var. Jeg, altså det første jeg fikk var en PEP-fløyte i handen, vet ikke om dere har vert på lungeavdelinga, dere har litt peiling på PEP?

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Ja. (personleg) Jeg hadde jobbet med store operasjoner tidlegere. De har jo egne smerte (?) hvor dei kan regulere smertenivå selv. Her får en utdelt paracet og ibux ofte. Du må spørre etter morfin. Mens du har kuttet igjennom hele magen, altså det er bare helt absurd greie. Ingen fysio som kommer å hjelper deg ut av sengen, det må du egentlig klare selv eller ved hjelp av jordmor, men jordmor er jo ikke trent til å få noen opp å gå ut av senga, så allerede der så ligger vi bakpå da. Itilegg til at på barselavdelinger så er man jo alene, og altså du får besøk, så du har besøkstid for partner, men mye av døgnet så er du jo helt alene. Du har ikke besøkstid. Og jordmødrene er travle. Så det er ekstremt mye løft av baby på tre

fire fem kilo allerede første døgnet etter en stor operasjon. Når vi tenker på rehabilitering etter vanleg, operasjon at man ikke skal gjøre noe ting annet enn å kanskje komme seg opp av senga, men da med hjelp og støtte og så bla bla bla. Så går man inn i ein 24 timers jobb første dag uten sjukemelding. Så det er helt absurd, vi, folk sliter i lang tid etterpå, bruker lengre tid på å komme seg fordi dei ikke klarer å gi di god nok reabbilitering på sykehus. Og når dei kommer hjem, da må dei bare, får beskjed om å holde seg mest mulig i ro, men det er få som blir fortalt ordnentlig sån skal ikke en gang løfte bilstolen. Folk løfter jo bilstolen en uke etter fødsel. De leverer barn i barnehage så kvinner har ikke fått nok, altså jeg har hatt kvinner på mitt kontor som etter 8 uker etter fødsel at mannen har måttet tatt blindtarmen med en kikkhulsoperasjon. Han kan ikke løfte noen ting på 6 uker så der er hun blitt kuttet av hele magen og allerede båret masse mens han skal ikke løfte da i 6 uker så får hun ekstra belastning i 6 uker til. Altså det er det er en helt absurd situasjon.

Intervjuer: Absolutt

Intervjuobjekt: Skal vi se. Nå forsvant jeg kanskje, jeg fikk en telefon.

Intervjuer: Oja, du er her fortsatt, høyre du oss?

Intervjuobjekt: Ja, jeg har bare en telefon som ringer i bakgrunnen.

Intervjuer: Er det noe du må ta, så kan me komma tilbake.

Intervjuobjekt: Nei, jeg er syk jeg

Intervjuer: Du er syk, sant.

Spørsmål 6: Kossen tenker du at me som fysioterapeuter kan ta en større del i barselomsorga?

Intervjuobjekt: Jeg synes at vi skal begynne som England og få oss inn på fødeavdelingen sån at vi ordentleg er der at det er ein stor kvinneklinikk hvor dei er ikke bare ha en 10% stilling, som enkelte av mine kollega har, men at det er fulltids at dette er der man jobber også, for i England så er det jo sånn at man kommer både på barsel men har du problemer så får du komme tilbake i seks uker etter fødsel og videre i løpet av det neste året. I tillegg til at de har laget informasjonsbrosjyrer om hvordan man lager arbeidsmassage og perineumsmassage som etter arr som dei gir ut, altså det er et så mye større system altså i Frankrike får man jo 10 timer med fysioterapi etter fødsel. Jeg tenker sånn etter en vanlige kneoperasjonen så får man et halvt år med gratis fysioterapi. Jeg tenker jo at det burde vert det samme, men der tror jeg aldri vi kommer til å komme. Men inn på helsestasjonene, ja. Det er jo helt absurd fordi jeg vet ikke om det er noe offentlege tilbud i det hele tatt for keisersnitt kvinner. Da er dei med driftstilskudd som har eit lite engasjement for det, men det er jo egentlig ikke noe opplegg etter fødsel generelt heller. Altså jeg har jobbet i 2 bydeler i (by), jeg har vert eneste fysioterapeuten i de to (sted) med kvinnehelsekompetanse og privat men da jeg søkte på

driftstilskudd så var det ikke behov. Jeg fikk tilsendt pasienter både fra jormødre på helsestasjon og fra sykehuset. Som dei ikke skal. Fordi det er egentlig ikke lov.

Intervjuer: Nei

Intervjuobjekt: Og det er faktisk dei dårligste.

Intervjuer: Ja, sant.

Intervjuobjekt: Så, det er ikke noe tilbud der ute i dag. Mange av dei som er offentlig har jo på en måte 1 års ventetid. Ja.

Spørsmål 7: Ja, du har jo sagt litt om det, men kva komplikasjoner er det som er vanlige disse kvinnene, etter akutt keisarsnitt som kommer til deg?

Intervjuobjekt: Det er mest smerter egentlig. Dei bruker lang tid på å komme seg og få tilbake funksjon etter fødsel. Jeg hadde nå en inne som hadde tatt 3 keisarsnitt, hun, etter de 2 første fødslene brukte hun 2 år på å komme seg. Da var det ingen som så til henne. Så var hun hos meg, jeg vet ikke, ikke mange ganger etter fødsel og fikk treningsprogram og vite hva hun kunne gjøre og at hun tok det mer med ro og etter et halvt år så hadde hun bedre funksjon enn hun hadde hatt til altså, til før fødslene var, første gang. Det tenker jeg sier så mye fordi du tenker sån etter 3 fødsler så er kroppen blitt så kjørt at, mange er litt sån, jaja, what ever liksom. Men nei, altså vi har rett på god funksjon igjen tenker jeg. Kunne takle hverdagslivet med små barn og jobb og det som er da. Det synest er ekstremt viktig, trenger egentlig ikke ha dei største plagene, det er jo bare helt vanlig smerte som vondt i magen, noen får vondt i ryggen fordi dei ikke bruker magen sin. Men noen kan jo også slite med aktivitet og sånt og det er jo en annen ting. Jeg vet ikke om jeg skal gå så mye inn på det?

Intervjuer: Nei

Intervjuobjekt: Arrvev gir store komplikasjoner da, og veldig mange har jo ikke blitt fortalt hva arrvev er og hva det gjør. Bare det å få den kunnskapen, at det kan gi komplikasjoner. Og at det kan føre til bekkenbunns- dysfunksjon fordi de tror at dei revner hele underlivet. Det kan være vondt under samleie, de kan også lekke og kan få femfall.

Intervjuer: Okei, ja

Spørsmål 8: Kva spørsmål har kvinnene til deg, når dei kommer?

Intervjuobjekt: Hva kan jeg gjøre?

Intervjuer: Ja, sån etter.

Intervjuobjekt: Ja, de aner ikke.

Intervjuer: Nei

Intervjuobjekt: De har lest på nettet de aller fleste. Også, ja, vet dei at dei skal holde seg i ro i 6-8uker, at dei ikke bør løpe eller hoppe før 12 uker. Men det tror jeg dei har fått vite fra meg. Jeg vet ikke hvor ellers dei har funnet det, finnes det noe informasjon der ute? Nei.

Intervjuer: Nei, Ingenting

Intervjuobjekt: Jeg fant ikke noe.

Intervjuer: Nei, ikkje eg heller.

Intervjuobjekt: Og så lurer dei på, fordi at jeg har sagt at dei ikke skal bære og ikke bilstol, så lurer dei veldig på om dei har gjort noe skade av å bære. Og det kan jeg jo ikke akkurat, jeg vet ikke, men jeg ser en veldig stor forskjell i dei kvinnene som jeg har fulgt opp, som har tatt dette her meget seriøst og hold seg i ro, bedt partneren om å løfte alt og ikke hatt med seg bilstolen. Kommer seg mye fortere enn dei som ikke gjør det. Så ja, jeg vil si at det har en stor effekt. Men dette her er det vel ingen forsket på. Så jeg vet ikke hvor mye det har å si. Erfaringsbasert.

Spørsmål 9: Ja, ja, dei kommer jo inn med spørsmål og komplikasjonar, men ser du som fysioterapeut andre problemstillinger enn det dei ser sjølv?

Intervjuobjekt: Enn det de ser?

Intervjuer: Ja, ser du at dei har andre problemer enn det dei sjølv på ein måte kommer til deg med eller?

Intervjuobjekt: Nei

Intervjuer: Nei

Intervjuobjekt: De er ganske klar over problemene sine selv. Ein ting jeg ikke sa var mye arrvev som heng over, de får mye tungt arrvev. Noen vil ha veldig fine arr, noen har mye større arr. Jeg oppdaget en del EDSer, elhers danlos syndrom, etter keisersnitt. Viss dere kjenner til det.

Intervjuer: Nei

Intervjuobjekt: Look it up.

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Veldig mye udiagnostisert.

Intervjuer 2: Kva kalla du det? Etlar etner

Intervjuobjekt: Eler dhanlos syndrom

Intervjuer 2: Ja, okei

Intervjuobjekt: Hypermobilitet, men også, en ser jeg at arrene blir veldig mye større. De er veldig ofte mye større strekkmerker, og så kan du se på arret og eventuelt arr rundt på kroppen, at dei er forstørret. Og så kan du se på, skal vi se, ja, dere ser jo min hand. Viss du

drar opp, jeg klarer ikke, nå (?) mobilen min. Drar opp huden her, så er den veldig tøyelig da. Mye mer enn min.

Intervjuer 2: Ja, eg lure på om eg har sett det i barn. Litt sån, er det dei som, ofta kan vær litt store, litt svak muskulatur, litt der, eller? Det kan vær (?).

Intervjuobjekt: Ja, men det er ikke nødvendigvis, jeg vet ikke om det har helt sammenheng, men jeg tror nok det kan det. Dei trækker veldig mye over i leddene ofte. Men jeg har vært borti det uten at det har med ledd å gjøre og. Så du kan ha det. Det finnes 13 forskjellige typer, men den som er vanligst som påvirker oss som fysioterapeuter er den hypermobilitetstilstanden, det er den vi ser oftest. Men det er ikke noe (?) viss du går på sykehistorien, igjen dette her er kanskje litt utenfor, nå går jeg litt inn i dybden her. Men, mye spontanaborter og problemer med blødninger foreksempel(?). Men det er ikke noe dere trenger å henge dere opp i enda.

Intervjuer: Spennande

Intervjuobjekt: Men les, viss dere har tenkt til å jobbe med kvinnehelse. Vi lærer ikke en dritt på studie, for å si det sån, les dere opp i ettertid.

Spørsmål 10: Kva tenker du om kvinnens psykiske helse oppi detta?

Intervjuobjekt: Jo den synest jeg jo ikke blir tatt så veldig godt vare på. Og det er jo litt det jeg ser, også kanskje, det er derfor jeg har brukt mye tid på det arret. Fordi jeg ser at det har så mye effekt for kvinnen psykisk. Til å komme seg over det. Fordi det er eit stort traume, ofte. Ikke alltid. Okei, bye. Det er veldig ofte eit stort traume. Ikke alle har forstått det helt selv ennå. Det er jo en annen ting, at veldig mange lever i en litt sån boble etter fødsel, overlevelses- gleden over å overlevd er og stort. Jeg vil si at dei vil takke veldig mye første tiden etter fødsel. Takke legene som reddet dem. Takke jordmødrene og så går de ut av barsel og legene og jordmødrene tenker at dette gikk superfint for den kvinnen var så lykkelig. Og det er jo kanskje riktig der og da, men tre til fire mnd etter fødsel så kommer de ut av den største bobla og får en litt sån realitetssjekk. Og det er rundt da de egentlig hadde trengt kontroll hos jordmor. Så det er noe vi sloss for på generell basis. At dette skal bli vanleg at vi får snakke igjen med teamet 3-4 mnd etter fødsel. For da er det veldig mange som kommer tilbake gråtene og forteller en annen versjon av fødselen enn de gjorde 6 uker etterpå. Så derfor så føler jeg at vi har en ganske stor rolle der, for vi ser det. Vi kan se det. Jeg har kvinner som forteller, begynner å gråte fordi de forteller om dette 25år etter fødselen. Det sitter så hardt i at jeg tro ikke vi helt har forstått hvor mye det har å si for psyken vår. Og jeg sier ikke at her er det fysioene skal liksom, det er andre profesjoner som jobber mest med psyken, men, jeg tror vi slipper, altså det sitter veldig mye spenninger i kroppen, som også

sitter veldig mye i kroppen. Blandt annet diafragma, derfor har jeg alltid med pust og diafragma. Og når vi løser på det, så kan vi løse på mye som, vi kan hjelpe de på veien videre da. Til å komme over det.

Intervjuer: Spør du direkte om psykisk helse holdte eg på å sei? Korleis dei har det?

Intervjuobjekt: Ja, men jeg ser det litt ann. Og så spør jeg de ofte indirekte. Jeg sier ikke alltid, fordi de fleste kvinner er trent opp til å si at det går fint. Men jeg ser det litt ann, ofte så, kommer det fram når jeg begynner å ta på dei også og ofte så kommer det fram, altså jeg skravler veldig mye under timen. Sikkert til irritasjon for noen, men det handler om at de skal føle seg vel undervegs og så plutselig så kommer det en setning som er viktig. Så jeg skravler med dei, altså jeg skravler ikke (?).

Intervjuer: Ja, skjønner.

Intervjuobjekt: Og så (?) så jeg tror veldig mange holder igjen i starten. Det jeg har sett en stor endring på er jo at jeg er ganske utholdt, (personleg).

Intervjuer: Vi fikk

Intervjuobjekt: (personleg) Og det er at nå kan dei bare sette seg ned i stolen og så begynner de omtrent (?), ikke sant. Fordi de vet at jeg lytter til de uansett. Og der er jeg litt sån, fordi at dette er jo ikke noe vi er lert opp til, vi skal jo ikke gjøre det, helsepersonell og dele så mye som jeg har gjort. Jeg tror kanskje det har vært en liten feil. Jeg tror vi kan dele mer av oss selv, og jeg tror det hjelper pasientene. Også må man bare passe på den balansegangen og den vet ikke om jeg har klart, men jeg ser at jeg kommer meg lengre inn på pasientene, jeg får hjulpet dei veldig mye bedre og dei opplever å stole på meg, veldig. Og jeg husker fra en tid jeg, jeg har jo (diagnose), så jeg har jo smerter i kroppen og hugser at jeg. Gud nå fikk jeg en melding, så jeg ble litt satt ut. Jo jeg hadde en pasient som var så sykt sur på meg, fordi jeg sa at personen skulle gjøre noen øvelser, pasienten hadde vondt i eit kne eller ett eller anna, jeg hugser ikke hva det var. Men han stod hvertfall å liksom ropte til meg og litt sån, du aner ikke hvordan jeg føler du, du aner ikke hvordan det er å ha vondt å sku gjøre disse øvelsene. Og hvorfor jeg stod helt stille og ikke sa noen ting tilbake, men jeg angrer egentlig i dag, fordi jeg skulle bare sagt tilbake: jo, det vet jeg, fordi jeg må gjøre det for å kunne stå i jobb nå, og ikke bli ufør. Så jeg vet akkurat det du gjør nå, hver dag. Fordi det hadde kanskje gjort at han bare: å faen, okei, du klarer det, da må jeg også klare det ikke sant. Nå går vi inn i noe helt annet her, men jeg (?) det er viktig det da, også.

Intervjuer: Absolutt

Intervjuobjekt: Vi har blitt sån at vi skal skille oss så mye fra pasientene at vi blir heilt sån overmennesker, og de tror at vi er det. Og de tror at det aldri skjer noe galt med oss. Da, da

har vi mista den kontakten, for det er maktforhold og. Og så er litt sån som, ute å kjøre, med dei jeg er med nå er maktforholdet sån, ihvertfall dei som kommer til meg på grunn av meg, opplevt at jeg har delt mye. Ikke alle, så det er mange som kommer uten om det også, men jeg merker forskjellen av dei som vet at jeg har delt, dei er bare rett på. Og så stoler dei på meg 100%. Men i digresjon.

Intervjuer: (privat historie)

Spørsmål 11: Du har snakkt litt om tiltak. Så jeg vet ikke om vi trenger å spørre om det igjen. Er det noen andre tiltak du bruker i behandlingen?

Intervjuobjekt: Nei, det er trening og individuell tilpasset. Jeg gir aldri samme treningsprogram, og jeg er veldig opptatt av at ingen skal gjere 3x10 dei første dager. Så vi har veldig sån. De, folk går hjem, og så må dei gjere en serie av hver øvelse eller kanskje 5 repetesjoner. Også må de se hvordan det går, også går vi videre til neste, altså så vi gjør det veldig gradvis. Og grunnen til det er at dette er den feilen dei fleste gjer og det er da dei kommer til meg. Det er at dei har begynt på ett eller annet. Gjort enten det er å gå en lang tur eller om det er å gjere noen øvelser og så får dei dritvondt, og så tør dei ikke gjøre noe meir. Fordi at det er too much too soon. Så da isteden for at man da stopper helt opp, da tør dei ikke gjøre noen ting, ikke sant. Det er det som er faren. Så er det betre også, okei, tåler den belastningen og så øker vi. Det er egentlig vanleg fysioterapi. Men jeg er veldig opptatt av det, og spesielt her fordi. Det er så mange kvinner etter fødsel som har så stor frykt for ting. At dei slutter å gjøre noe, eller dei får plager, og der er jeg opptatt av at vi skal bygge oss opp så vi ikke får dei plagene, sån at ikke dei blir livredde. Rett og slett.

Spørsmål 12: Ja, egentlig siste spørsmål. Kven er portåpner til fysioterapi for disse kvinnene?

Intervjuobjekt: Ingen.

Intervjuer: Ingen nei, desverre.

Intervjuobjekt: Jeg, neida (?) Nei, jeg snakket med ganske mange fødselsleger og dei forstår ikke helt fortsatt helt hvorfor dei har behov for å gå til meg. Og jeg, men jeg synst det er litt merkeleg. Jeg har, når jeg skrev kronikk igjen om (Tema). Og alle var helt sjokkert over oppfølgingen, alt fra sykepleiere, anesthesisykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger. Alle var sjokkerte, så ingen som bare, det var kanskje, jeg tror kanskje de som synest at det var helt greit da, men i forhold til min avdeling, sa alle. Så det er defintt eit problem, men du har født, så du har ikke operert, du har heller ikke født, så jordmødrene på barsel blir jo ikke lært opp i hvordan dei skal takle keisarsnitt. Så dei seier at, ja, men det er en fødsel, dei blir jo ikke behandla på en spesiell måte der. Nei, så det er ikke noe.

Intervjuer: nei

Intervjuobjekt: Så kan det være noen som har opplevd selv at jeg begynner å bli litt bedre da og jeg har en del jordmødre og leger som følger med. Så jeg tror egentlig at det er vi som må begynne å snakke. Men jeg ser at det skjer ein endring.

(Intervjuobjekt ønsker å fjerne denne delen)

Intervjuer: Me har hatt ei uka med undervisning om kvinnehelse på skolen.

Intervjuobjekt: Ja, det er jo bedre enn det har vert før.

Intervjuer: Det har jeg skjønt er nytt no i år, men det var ikke nevnt noe om keisarsnitt heile den uka. Ja, det var bekkenbunnstrening.

Intervjuobjekt: Vi hadde en dag om bekkenleddsmerter. Og da bare bekkenleddsmerter i svangerskapet. Kan jeg spørre en ting, lærer dere fortsatt at bechtereiv gjelder bare menn?

Intervjuer: Nei.

Intervjuer 2: Det er vel, me har lert at det hovudsakleg menn, men me har ikke lert at det bare er menn.

Intervjuobjekt: Nei, men hovudsakleg fortsatt. Ja. Så når dere går ut og får bekkeleddsmerter, så hadde ikke dere tenkt at det kunne vert bechtereiv?

Intervjuer: Nei, det hadde jeg ikkje.

Intervjuobjekt: Nei, det skal dere begynne med nå. Det er min store kampsak. Eller, min store kampsak, hvor mange har jeg. (personleg), men det er veldig interessant, for bevchtereiv smerter er lik bekkenleddsmerter. Bekkenleddsmerter, altså hos spekteret, kvinner med bechtereiv så er det opplyst i andre trimester. Det er stort sett da bekkenleddsmertene kommer. Skjønner dere greia? Så kvinner som har gått å hatt vondt i ryggen. Dei aner jo ikke at dei har hatt vondt i ryggen eller bekken. Men så når dei kommer dit da, så sier de som har vondt i bekken at, ja, da sier legen at du har bekkenleddsmerter du må hjem å hvile. Og så får dei opplyst etter fødsel. Og så seier man at du er en av de uheldige som fortsetter å ha bekkenleddsmerter og det kan godt hende at det ikke alle som har bechtereiv, men de skal dere sende til raumatologisk avdeling.

Intervjuer: Og finne ut om det er faktisk, ja. Dette

Intervjuobjekt: (personleg historie)

Intervjuer: Dette har vert veldig lærerrikt, nå forsvinner du om 3min hos oss. For me har sån begrensning på zoom her.

Intervjuobjekt: Det er bare å, og det er derfor jeg ikke har tid å snakke med dere heller fordi jeg er, putte på en krone på meg. (?)

Intervjuer: Det setter me pris på.

Intervjuobjekt: Ja, har dere noen flere spørsmål?

Intervjuer: Eg tror vi har komt igjennom alt. Ja, det er ja. Me har komt igjennom det me hadde på papiret iallefall.

Intervjuobjekt: Ja, bra. Nå er dere heldig fordi dere var først, nå er det flere bacheloroppgåver som spør etter meg.(?)

Intervjuer: Flaks. Me setter veldig stor pris på at du stilte. Og det.

Intervjuobjekt: Det er mange som kan mye, jeg kan sende dere videre i litt retninger, men tror nok jeg er en av de mest engasjert kanskje.

Intervjuer: Når me spurte lærarane så var det deg me fekk oppgitt.

Intervjuobjekt: Ja, jeg håper det blir flere etter hvert. At flere orker, og fordi det er jævlig mye jobb å gjøre den jobben jeg gjør nå. Fordi jeg egentlig, så reklamere jeg jo for fysioer hele tiden. Og det har ikke noe med å reklamere, jeg får daglig spørsmål: har du noen på (fylke) som jeg kan gå til. Har ikke peiling. Så vi trenger fler. Og i heile landet. Sån at vi har. Altså jeg kan si det at de tre siste ukene så har jeg to stk. Som har flydd inn fra (fylke). (?) Jeg har en som har flydd inn fra (fylke). I morgen kommer det en fra som kjører fra (fylke) ett eller annet sted. Altså det er helt absurd hvor dårlig det er liksom.

Intervjuer: Då er du desperat. Faktisk.

Intervjuobjekt: Folk betaler privat. Jeg har ikke lyst til å være privat. Jeg har søkt på ekstremt mye drifttilskudd, jeg får ikke fordi jeg er ikke spesialisert innenfor generell fysioterapi eller geriatri.

Intervjuer: Her på, no bur me (by). Her er det omtrent bare mannlege manuellterapeuter som har drifttilskudd.

Intervjuobjekt: Ja, nettopp. Ikke sant, og da får ikke vi noe da. Og nå gidder jeg ikke mer, så jeg kommer aldri til å gå offentlig igjen, så det er jo synd. Men det er fordi at jeg er, du står å stanger i veggen, du prøver å gjøre noen ting og du kommer ikke gjennom og det er det som er så synd, fordi alle, ikke alle de beste, for det skal jeg ikke si, men veldig mange av de gode, de som er litt mer engasjerte, de går rundt fordi de møter bare stengte dører overalt. Og det er de ildsjelene de offentlige trenger. Så jeg synest det er, det er så synd. For man blir jo ekstremt sliten av det.

Vedlegg 5

Transkripsjon

Informant 3

Intervjuer: Då er opptaket starta. Viss me gjenntar det som blei sagt. Du har lest igjennom samtykkeskjema og du samtykker til at me tar opptak og bruker innholdet til bacheloroppåva vår?

Intervjuobjekt: Ja, jeg skal få sent skjema når jeg kommer på jobb i måren, der har jeg printer.

Intervjuer: Du sender når du har mulighet.

Spørsmål 1: Me lurte egentlig først på kven du er og kva bakgrunn har du som fysioterapeut?

Intervjuobjekt: Jeg heter da (namn) og er fysioterapeut utdanna fra i (land) i 2001 var jeg ferdig. Og så har jeg jobbet litt på rehabiliteringssenter og så har jeg jobba på sykehus og så har jeg jobb jeg med forskning da. Og så siste, jeg starta, jeg tok mastergrad, og så starta jeg i 2006 på doktorgrad og så (?) trening i svangerskap og det var da jeg var pensla inn på kvinnehelse. Og har fortsatt på det siden da i 2006. Så nå jobber jeg på sykehuset som fysioterapeut innenfor kvinnehelse, jeg har spesialisert meg på kvinnehelse. Og så jobber jeg i eit prosjekt på (om prosjekt).

Spørsmål 2: Så du jobber på sykehuset? Er du på barselavdelingen eller er det

Intervjuobjekt: Jeg har jobbet på (sykehus) og der er jeg på, vi er 5 ca. to stillinger da som er på kvinnehelse og da er det, det å vær på (avdeling) er jo litt av den delen. Altså da er det mest i forhold til informasjon til dei som har fått ruptur sån grad tre -fire ruptur. Som får individuell informasjon og så har vi informasjon til dei som er på barselhotellet da, sån generell informasjon i forhold til bekkenbunnstrening.

Spørsmål 3: Ja, kor ofta møter du kvinner som har født med akutt keisarsnitt i jobben din?

Intervjuobjekt: Det møter jeg, møter jeg aldri som keisarsnittpasient. Men jeg møter dem, men jeg kan møte dem senere da. Som andre pasienter, men akutt keisarsnitt har vi ingen tilbud til.

Intervjuer: Nei, okei, ja, så du møter ikkje desse kvinnene i jobben din med keisarsnitt. Men du hadde litt tankar om det.

Intervjuobjekt: Ja

Spørsmål 4: Så me lurte litt på kva, kva tilbud du meiner desse kvinnene burde ha?

Intervjuobjekt: Ja, jeg mener, for nå skal vi snakke om akutt keisarsnitt da?

Intervjuer: Ja

Intervjuobjekt: Ja, jeg mener at dei burde ha eit tilbud etter fødsel, etter keisarsnittet. At det er fysioterapeut som kommer å veileder i forhold til bevegelse, opp av seng, pusting, altså dyp pusteteknikker også etter hvert også at dei får komme for å, ja, gradvis trening og armmobilisering. Tenker jeg at dei burde fått, at det burde bli satt i system. Det er jo gjort i forhold til, iallefall her på sykehuset da, så følger vi jo den retningslinje fra svangerskaps og barselomsorgen. Der står det anbefalt, det er bare en setning, eller en og en halv setning om at dei som får ruptur grad 3 og 4 bør følges opp tror jeg det står. Av fysioterapeut med, i spesialisthelsetjenesten. Så det gjør vi jo her og det tror jeg gjøres veldig forskjellig fra sykehus til sykehus. Hvordan dei følges opp, men det er som sagt, jeg tror ikke det står noen ting i barselomsorgen i forhold til opptrening av eller oppfølging av, med dei med verken akutt eller planlagt keisarsnitt.

Intervjuer: Nei, me har ikkje funnet noe.

Intervjuobjekt: Nei, den skal jo revideres nå da. Den retningslinjen.

Intervjuer: Okei

Intervjuobjekt: (snakker om sin tilknytning til dette)

Spørsmål 5: Ja, så bra. Ja, du nevnte at på sykehuset der du er er det ikkje noko tilbud til desse som har født med keisarsnitt, men er det noe tilbud seinare for disse kvinnene? Altså etter sjukehuset?

Intervjuobjekt: Nei, ikke som jeg vet om. Jeg tror det er ingenting tror jeg. Altså dei følger bare vanleg, vanleg barselomsorg også dei får ligge littegranne lenger på sykehuset. At det er snakk om ein dag eller to lenger. Også skrives dei ut, da er det ikke noe ekstra oppfølging til dem. Og ikke noe, eller jeg tror ikke generellt at det er noe ekstra oppfølging, så ikke noe fysioterapeut involvert.

Spørsmål 6: Kossen tenker du at me som fysioterapeuter kan ta en større del inn i, du nemnte for såvidt litt, men inn i barselomsorgen for disse kvinnene?

Intervjuobjekt: Ja, jeg tenker jo vi har så mye å bidra med. Og de som har planlagte keisarsnitt har vi også mye å bidra med i forhold til forebyggende informasjon, men vi har. Altså det er eit kjempe inngrep som gjøres. Og når det er akutt også, så er det jo ganske sån kaotiske og voldsomt for kvinnen sjølv da. Og bare sammenligne det med anna bukkirugi så blir man jo sykemeldt 4, 5, 6 uker, og mens her blir man bare sendt hjem etter to-tre dager og så ta vare på en baby og kanskje også flere søsken hjemme og. Så det er helt vanvittig egentlig, så den opptreninga av muskulaturen det er jo en ting, men noe annet er det med å lære seg om hvordan man skal bevege seg og hvordan en skal, altså forhindre at man blir veldig

sammensunket, at man har god smertelindring. Det får en kanskje informasjon om da, med riktig smertelindring, men hvordan man skal bevege seg gradvis. Kunne trene seg opp igjen.

Spørsmål 7: Ja, har du noen tankar om kva komplikasjonar er vanlige for disse kvinnene?

Intervjuobjekt: Ja, det er jo, det er jo sån vanlig sårinfeksjon, kan man jo få. Mens da, sån som vanlige post-operative komplikasjoner, men så tror jeg også det er mere type forekommende med barseldepresjoner i denne gruppen. Nedstemthet og at man ikke helt mestrer rollen som mor da, fordi man har de funksjonsbegrensningene man har. Og har så store smerter og begrensninger.

Spørsmål 10: Ja, det var egentlig neste spørsmål, kva du tenker om desse kvinnene sin psykiske, psykiske helse?

Intervjuobjekt: Ja, det er kjempeviktig. Jeg trur, der får dei heller ikke noe spesiell oppfølging i forhold til den psykiske biten. Det er jo generellt veldig dårlig oppfølging av mor etter fødsel. Det er både keisersnitt og vanlig vaginalfødsel, så det å kun ta kontak sjølv med fastlege eller jordmor som har fungt dei i svangerskapet, etter ca. 6 uker. Får ein svangerskaps, eller barselkontroll da. Med det er alt som er av oppfølging. Og helsestasjonen skal jo følge opp barnet. Og det er jo veldig godt system på og ivarettatt, men dei har jo ikke noe mandat for, i deres mandat står det ingenting om at dei skal følge opp mors helse. Så de faller, mor faller på en måte veldig mellom stolene da. Og den psykiske helsa ja, det den er kjempeviktig og som sagt er jo de her som har hatt keisersnitt, spesielt dei med akutt keisersnitt, hvor det kanskje liksom stor skuffelse. At det ikke gikk som det gikk. Og litt traumatisk kanskje, at det er, ja, at dei er enda mer utsatt da for å få psykiske vansker.

Intervjuer: Når du møter, nå møter ikke du så mye dei som har akutt keisersnitt, men når du møter barselkvinna generellt, spør du dei no om den psykiske helsa deiras?

Intervjuobjekt: Ja, jeg spør dem alltid om, for jeg følger opp etter rupturer da, jeg spør hvordan dei trives som mor, hvordan de har det. Det spør jeg om ja. Og så tror jeg, og håper jeg at jeg er flink til å sentre hvem som jeg skal følge opp med litt ekstra spørsmål på. Og der henviser jeg jo ikke ofte har det skjedd, men i blandt så viss det er at vanskelig fødselshistorier og dei er traumatisert, så henviser jeg tilbake til fødeavdelinga, til jordmor og samtale der. For der har vi et samarbeid om det, for dei har, dei har jordmødre som er spesialiserte på å snakke litt om fødselsforløpet og meir sån traume spesialisert da.

Spørsmål 11: Ja, kva tiltak tenker du er viktig i forhold til, altså kva tiltak er dei viktigaste i forhold til disse kvinnene, i behandlingen?

Intervjuobjekt: Tenker du sån akutt på sykehuse? Tenker du?

Intervjuer: Du kan begynne akutt, og så etter hvert kva tiltak som burde brukast i behandlinga, både akutt og seinare i behandlingen av kvinnene.

Intervjuobjekt: Ja, da tenker jeg akutt, så tenker jeg jo det med smertelindring ja, og forsiktig mobilisering, pust, lungefysioterapi rett og slett. Og så videre da, gradvis mer opptrening, armmobilisering, men også hele kroppen opptrening (?), altså skuldre, nakke, thoracalen, få oppreist stilling. At dei ikke skal synke sammen og krympe seg rundt såret sitt. Tenker jeg er viktig. Jeg skal bare (?) sån.

Spørsmål 12: Og så lurte me litt på det med kven som eventuelt er portåpner for fysioterapi til desse kvinnene etter på ein måte når dei er på sykehuset og etterpå. Kven er portåpner for fysioterapi?

Intervjuobjekt: Det er jordmor. Altså, må på ledernivå da. Viss ein skal få til noko ordentlig, så må du på ledernivå, og da er du jo, kronikksjef og avdelingsleder på føde, og på jordmor og lege. Og det tror jeg dei er veldig interresert i. Jeg tror dei heller ikke er, er tilfreds med hvordan de her kvinnene får oppfølging. Og kanskje ikke helt, de er kanskje ikke helt bevisst på hvilke kompetanse vi har, og det tror jeg heller ikke at de er helt bevisst på hvor lite oppfølging de får når de kommer ut av sykehuset. De jobber liksom i sin, de her tre-fire dagene mor er her, også har de liksom ikke noe sån store bilde når de kommer ut da. Men jeg tror at sån helt øverst da, så må vi jo inn i retningslinjer. Og da også må det, sån at vi får det samme over hele landet, eller håp om det iallefall. Men og så er det på de enkelte sykehus da, at man kan forankre det i klinikk ledelsen og jordmor og fødselslege. Og så er det jo hvordan skal ta det videre ut da. Det er jo også litt, for dei trenger jo oppfølging av, er det, er det her noe som en oppfølging som skal skje i spesialisthelsetjenesen eller er det noe som skal skje i primær helsetjenesten. Det er, der tenker jeg jo at det bør finnes kompetanse for at det skulle gjøres i primærhelsetjenesten. Det her er, det her er liksom ikke noe sån skjeldne tilfeller, det er, er det ikke sån ca. 16% da som ender i keisersnitt, hvis man ser på akutt og, akutt og planlagt, så er det rundt 16% er det ikke det?

Intervjuer: Tror, tror det, ja.

Intervjuobjekt: Så det er jo rundt en 5-6 - 10 000 da. Eller mer i året.

Intervjuer: Som er vanlig ja, vet du noe om det er forskjell på de ulike sjukehusene i Norge i forhold til koss dei følger opp.

Intervjuobjekt: Nei, jeg vet ikke. Jeg tror det er, men jeg tror at dere er, nå er dere jo på noe som kommer til å bli en ting. For det her kommer til å bli et tema og vi jobber jo nå på sykehuset her med å, at vi skal få informasjons, begynne veldig i det smått da. Og få noe informasjonsbrosjyrer i det minste til, til mor. Og så håper vi da det som første steget, så

håper vi at vi også kan komme inn på sån individuell informasjon til mor. Mens hun er på sykehuset. Og så kanskje på sikt at vi kan få polyklinikk, følge hun opp senere. Men om dere ikke (?) på sykehuset eller om den bør gå primærhelsetjenesten, det kan diskuteres da.

Intervjuer: Hadde du noe mer spørsmål (namn)?

Intervjuer 2: Eg tenkte litt på. Du var på en måte litt seinare i oppfølginga, stemmer ikkje det? At du ikkje hadde dei akutt, men du får dei på ein måte litt seinare?

Intervjuobjekt: Ja, men ikke keisarsnitt.

Intervjuer 2: Nei, men opplever du på en måte noko frustrasjon i forhold til for lite tilbud for dei kvinnene du får?

Intervjuobjekt: Ja, altså jeg synest det er litt forunderlig at, altså viss jeg treffer keisersnitt damer, så er det ofte at dei kommer fra andre ting, senere enn da. Men jeg synest egentlig det er litt forunderlig, for jeg synest mange av, når jeg tenker på venner også som har født med keisersnitt, hvor vanskeleg det har vert, eller hvor overlatt til seg selv man er, også hvor lite man, at ingen som roper høyt om det da. Synest jeg er litt sån underleg, men det også skjer, det er litt sån kvinne greie det også kanskje, men bare litt sån er det bare.

Intervjuer: Nei, men tusen takk for masse bra informasjon.

Intervjuobjekt: Ja

Intervjuer: Me er i mål, viss ikkje, er det noe mer du?

Intervjuobjekt: Nei, jeg er nyskjerrig på oppgaven deres. Jeg vil gjerne, kan gjerne få tilsendt den når dere er ferdig da.

Intervjuer: Det skal me gjør, det har dei andre og spurt om. Så me skal sende den

Intervjuobjekt: Og så lurer jeg på om dere har, altså gjøres det annerledes på andre sykehus?

Intervjuer: (Eigaerfaring og peronleg informasjon)

Intervjuobjekt: Vi har noe ja, altså det er fysioterapeuter som er tilknytta, som skal, men det som, rupturene som er primære. Men jeg tror det kommer til å skje en endring her da.

Intervjuer: Me håper jo det (?)

Intervjuobjekt: Denne oppgåven er, kjempeviktig, ja, ja. Jeg er faktisk veileder på ei som, hun er sykepleier og har selv født med keisarsnitt og tar master nå da. Så hun vil gjøre sån kvalitativt intervju med kvinner etter keisarsnitt. Men jeg vil gjerne få tilsendt oppgaven ja,

Intervjuer: Ja, det skal me få til. Tusen takk skal du ha

Intervjuobjekt: Ja, bare hyggelig, og så må dere ha lykke til

Intervjuer: Tusen takk

Intervjuobjekt: Så skal jeg få sendt dette her skjema jeg

Intervjuer: Takk for hjelpen

Intervjuobjekt: Bare hyggelig, hade.

Oppfølgingsspørsmål på e-post

Intervjuer:

Takk igjen for at du har bidratt til vår bacheloroppgave. Vi har fått veldig mye bra informasjon av deg gjennom intervjuet, men vi sitter igjen med et par oppfølgingsspørsmål. Du nevnte armmobilisering og lungefysioterapi som viktige tiltak etter keisersnitt. Spørsmålet er: hvordan vil dette foregå/bli gjennomført?

Intervjuobjekt:

Hei, lungefysio tenkte jeg vanlig postoperativ prosedyre. Mobilisering og instruksjon i basal pust. Armmobilisering tenkte jeg etter ca 4-6 uker for mykere arrvev og økt sirkulasjon. Vet ikke om det er evidens for det, men det gjøres på en del annen kirurgi.

Håper det ble klarere!