



# INNSPILL TIL KVINNEHELSEUTVALGET

1. mars 2022

## Innspill til Kvinnehelseutvalget

Et nasjonalt løft når det gjelder kvinnehelse må komme nå. Derfor ønsker Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) Kvinnehelseutvalgets arbeid velkommen. Vi skulle selvsagt gjerne vært representert i utvalget, men siden det ikke ble slik, ønsker vi nå å gripe muligheten for å komme med innspill til utvalgets viktige arbeid.

Utvalgets mandat er omfattende og det samme er tematikken kvinnehelse. Vårt hovedfokus er i dette innspillet lagt på kvinnehelseutfordringer som kan oppstå i forbindelse med svangerskap og fødsel, barselomsorg, gynekologi og seksuell helse. Dette innebærer på ingen som helst måte at NFF ikke ser kvinnehelse i et langt bredere perspektiv, men av ressursårsaker har vi dessverre sett oss nødt til å prioritere. Da har vi valgt å prioritere det området hvor fysioterapeuter har markert seg sterkest innen kvinnehelse spørsmål, både nasjonalt og internasjonalt.

Skulle dere være interessert i å høre mer, stiller vi gjerne opp på et møte i utvalget. Og vi kan også opplyse om at noe av tematikken som vi her berører vil være en del av programmet under [Fysioterapikongressen](#) forbundet arrangerer fra 17. – 19. mars.

### Først litt om NFF og kvinnehelse



NFF har en egen [faggruppe for kvinnehelse](#), som har som formål å stimulere interesse for, og utvikling av helsefremmende, forebyggende og behandlende fysioterapitiltak innen kvinnehelse. Tradisjonelt har faggruppen lagt hovedvekt på fysioterapi i svangerskap, fødselsforberedelse, barseltid og gynekologi, men i den senere tid har faggruppen også hatt lagt vekt på på kvinnehelse gjennom livet. Derfor er områder som osteoporose og fysisk aktivitet tilpasset ulike grupper vektlagt.

Disse fysioterapeutene jobber enten innenfor gynekologi og obstetikk i spesialisthelsetjenesten, eller i kommunehelsetjenesten, med eller uten driftsavtale med kommunen.

NFF har i tillegg 12 andre faggrupper, som arbeids- og folkehelse, psykomotorisk fysioterapi, idretts- og aktivitetsmedisin, eldre, onkologi, nevrologi, ortopedi og reumatologi, barn og unge – for å nevne noen med klare berøringspunkter til kvinnehelse.

NFF har utarbeidet en egen kursrekke innen kvinnehelse, som vi anbefaler til fysioterapeuter som ønsker spesialkompetanse.

Videre har NFF en forbundsintern [spesialistordning](#) for fysioterapeuter med videreutdanning i kvinnehelse. En spesialist i kvinnehelse har inngående kunnskap om helseutfordringer hos kvinner knyttet til livsløpet i fertil, menopausal, postmenopausal alder, som grunnlag for å undersøke,

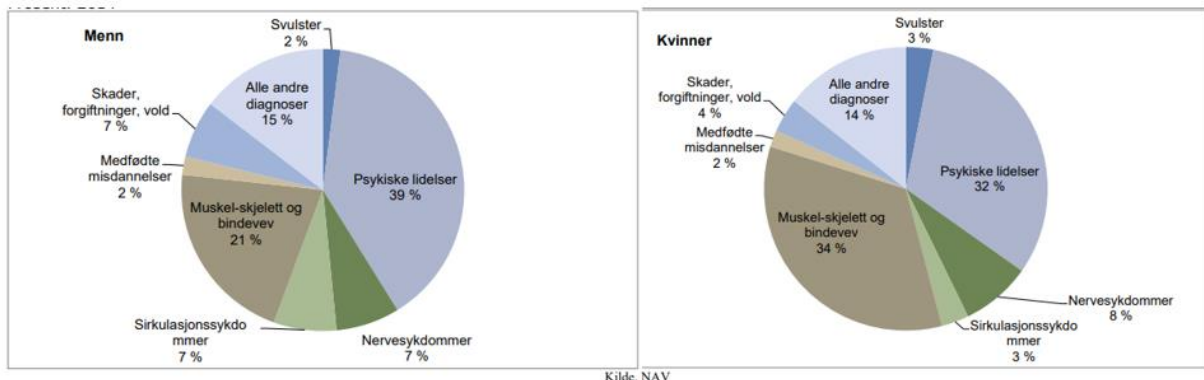
vurdere og gjennomføre tilpassede behandlings/treningstilbud, rehabiliterende, helsefremmende og forebyggende tiltak på individ- og gruppenivå.

## Muskel- og skjelettlidelser



Det legemeldte sykefraværet øker, og i tredje kvartal 2021 var det ifølge NAV i overkant av 2 547 926 tapte dagsverk som skyldes muskel- og skjelettlidelser. Dette utgjør nær 40 prosent av tapte dagsverk på grunn av legemeldt sykefravær i Norge. Det er et langt sprang ned til neste diagnosegruppe på lista, som er psykiske lidelser, med 1 526 905 tapte dagsverk. Blant mottakere av uføretrygd var muskel- og skjelettlidelser årsaken i om lag 29 prosent av tilfellene ifølge NAV. For kvinner er muskel- og skjelettlidelser viktigste årsak til uføretrygd. Langt flere kvinner enn menn har en muskel- eller skjelettlidelse som hoveddiagnose.

Mottakere av uføretrygd. Utvalgte diagnosegrupper. Menn og kvinner. Prosent. 2014



Muskel- og skjelettlidelser utgjør et stort problem både for samfunnet og for den enkelte, og er den langt største enkeltårsaken til sykefravær og helsetap. Om lag 75 prosent av alle voksne i Norge opplever smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form i løpet av en måned. Vanligst er plager fra korsryggen, nakken og skuldrene. Det er også mange som har smerter i hofter, bekken og knær. Foruten belastningslidelsene, som skyldes inaktivitet, feilbelastning eller overbelastning, har vi reumatiske lidelser, osteoporose og skader. Det er også verdt å merke seg at psykososiale årsaker bidrar til utvikling og opprettholdelse av langvarige smerter og uførhet.

Selv om færre har tungt fysisk arbeid enn tidligere, blir det likevel ikke mindre rygg-, nakke og skuldersmerter. Årsakene til muskel- og skjelettplager kan være mange og sammensatte,

eksempelvis ensidige arbeidsstillinger, ensformige bevegelser, uhensiktsmessig organisert og dårlig psykososialt arbeidsmiljø, stress eller andre påkjenninger. En studie fra STAMI anslår at nærmere 42 prosent av tilfellene med moderate til alvorlige korsryggsmerter er relatert til eksponering på jobb.

Årsakene til langvarige smerter i muskel- og skjelettsystemet er ofte sammensatte. Kvinner rapporterer gjennomgående mer smerter enn menn, og det er betydelige forskjeller mellom ulike utdanningsgrupper og yrkesgrupper. Det er en klar overhyppighet av slike plager innenfor bygg og anlegg, helsesektoren og flere serviceyrker.

Det er også en kjent sak at når tiden ikke strekker til, eller vi utsettes for press, så strammer vi nakkemusklene, som igjen resulterer i hodepine og nakke- og skuldersmerter. I jobbsammenheng viser det seg at de viktigste risikofaktorene for nakkesmerter er rollekonflikt og lav selvbestemmelse, samt arbeid med armene over hodet.

Tilbake til sykefraværet. Å bidra til størst mulig grad av arbeids- og samfunnsdeltakelse bør være målsettingen for både helsetjenesten og arbeids- og velferdstjenesten. Og skal vi fortsatt bygge og opprettholde et bærekraftig velferdssamfunn er Norsk Fysioterapeutforbund ikke i tvil om at inkludering i arbeidslivet er avgjørende.

Da Olav Thon høsten 2019 bevilget 1 milliard til forskning på muskel- og skjelettlidelser, sa han: «Disse plagene koster staten, og alle stater, milliarder av kroner i sykepenger og fravær fra arbeidslivet, men er merkelig lite prioritert ... og skal det være noe vits i dette her, så snakker vi om en milliard. Såpass må det være».

NFF er enig med Thon her. Det er behov for mer forskning på muskel- og skjelettplager generelt, men kvinneperspektivet i den forbindelse spesielt. For her er det stort potensiale for forebygging og kostnadsreduksjon.

### Arbeidshelse – lovverket må oppjusteres



Det er godt dokumentert over mange år at sykefravær og helserelaterte ytelser fra Nav er høyere for kvinner enn for menn. Hvorfor det er slik har man ikke helt klart å finne svar på, og vi skal heller ikke forsøke å løse den knuten her. Annet enn at når det gjelder et slikt spørsmål, så er det garantert ikke ett enkelt svar. Det er viktig å ha et bredt perspektiv, der både fysiologi, arbeidets organisering og andre arbeidsmiljøfaktorer, samt strukturelle samfunnsmessige faktorer må ses i sammenheng.

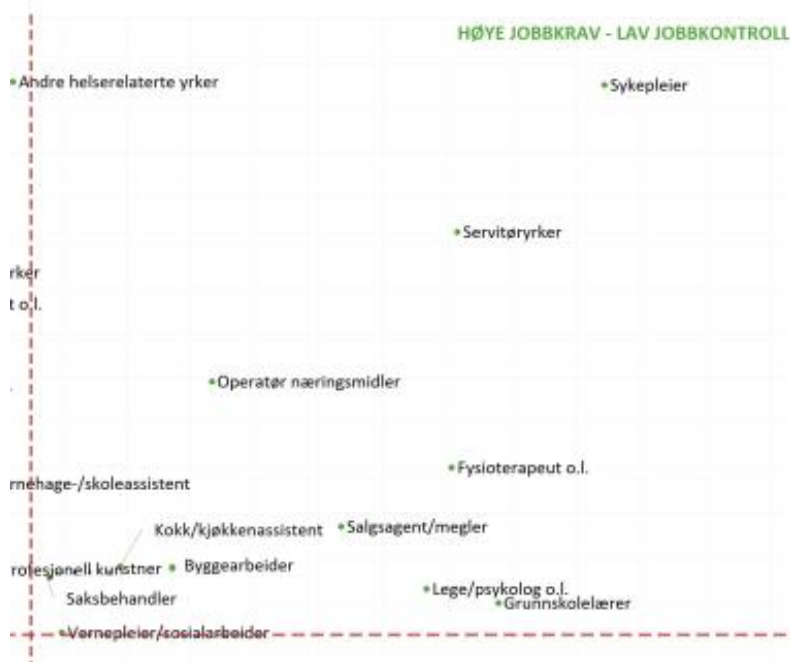
Det er en kjent sak at kjønnsforskjeller i sykefraværet øker når par får barn. Noe av dette kan tilskrives svangerskapsrelaterte lidelser, mens andre kan tilskrives økt belastning på grunn av

dobbeltarbeid. Videre bidrar fødselsskader til økt sykefravær når mødrene returnerer til jobb. Foreldrepermisjonen har blitt endret de siste årene og i dag kommer ammende mødre tilbake til jobb etter seks måneder. Dette kan etter vårt synspunkt bidra til en økt belastning, som det er mulig å gjøre noe med.

Oppfølging av gravide arbeidstakere er også et viktig tiltak. Der det jobbes systematisk med dette ses positive resultater. Systematisk oppfølging bør etter vårt synspunkt være standard på alle arbeidsplasser.

Videre vil vi trekke frem at det er andre risikofaktorer i kvinnedominerte bransjer i arbeidslivet enn for eksempel i bygg og anleggsbransjen. HMS-begrepet har blitt implementert slik det tolkes og brukes i mannsdominerte yrker, og er dessverre ikke tilpasset risikoforholdene i for eksempel helse- og omsorgssektoren som er en kvinnedominert bransje. Dette fører til liten grad av forebyggende og helsefremmende arbeid i bransjer hvor sykefraværet allerede er høyt.

Yrker i helse- og sosialsektoren toppe sykmeldingsstatistikken, og det er kjent at i disse yrkene foreligger det en rekke arbeidsmiljøutfordringer. Arbeidsmiljøfaktorer, som vold og trusler, rollekonflikter og en ubalanse mellom innsats og belønning og høye emosjonelle krav, er mulig å forebygge.



Kilde: [Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021](#) (STAMI), s. 77

Videre vil vi understreke at når kjønnsforskjeller trekkes fram i forbindelse med sykefravær, blir fokuset gjerne negativt. Og vi opplever at det sjeldent kommer noe konstruktivt ut av det.

NFF mener at når det gjelder forskjeller i fysisk kapasitet og anatomiske grunnforutsetninger kunne dette fått større oppmerksomhet i forbindelse med kartlegginger av ulike jobber og belastninger i arbeidslivet. HMS-arbeid og arbeidsmiljøarbeid bør i langt større grad enn i dag tilpasses den enkelte bransje, det vil si f.eks. helse og omsorg, barnehage og skole.

Det må likeledes være sterkere oppmerksomhet på helsefremmende arbeidsplasser, psykososial trygghet og aksept for kjønnsforskjellene.

Vi er videre opptatt av at lovverket som regulerer arbeidsmiljøet må oppjusteres betraktelig med hensyn til psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, slik det er gjort i Sverige og Danmark. Det fysiske arbeidsmiljøet er svært godt regulert i forhold.

### Barselomsorgen – overlatt til kommersielle krefter?

Det er behov for bedre barselomsorg. I likhet med barselomsorgen i seg selv opplever også vi som profesjon å bli satt på sidelinjen i denne omsorgen. Det til tross for at fysioterapeuter kan være viktige behandlere for denne gruppen kvinner.



Liggetiden etter fødsel ved norske sykehus er svært kort. Tidligere var fysioterapeuten inne hos nybakte mødre mens de lå på sykehuset. Den muligheten er fratatt kvinnene nå. I dag sendes nybakte mødre hjem fra sykehus uten time med fysioterapeut. Det å gjennomgå svangerskap/fødsel kan medføre mange plager, som urininkontinens, analinkontinens, underlivs prolaps, smerter under samleie, bekkenleddsmerter, rectusdiastase og andre fødselsskader. Disse kvinnene har sjeldent bare en plage. Dette er plager som dessverre er skambelagt og som derfor få snakker om at de har. Det er ikke vanskelig å se hvordan disse plagene reduserer livskvalitet.

Muskulaturen får en enorm belastning under graviditet og fødsel og under en vaginal fødsel kan bekkenmuskulaturen forlenges opptil tre ganger sin egen lengde, og styrken kan reduseres med 50-60 prosent. Strukturert og kyndig veiledet trening av bekkenbunnsmuskulaturen er viktig og over 70% av kvinner med urininkontinens og underlivs prolaps blir bra eller bedre med bekkenbunnstrening. Og vi har norsk forskning i verdensklasse, som understøtter dette.

Vi har observert at kvinner etter fødsel unødvendig blir diagnostisert med rectus diastase (delte magemuskler) – noe som har åpnet vei for kommersielt styrte «mammatrenerne» og bloggere, som ikke alltid gir faglig velfunderte råd. Det er ikke skremselspropaganda kvinnene trenger, de trenger kunnskapsbasert informasjon, for studier har vist at det foregår naturlig tilheling av rectus diastase

det første året etter fødsel. Det er rapportert en forekomst på 60% seks uker etter fødsel og 30% tolv måneder etter fødsel. Og forskningen som foreligger gir ingen entydig effekt av forskjellige øvelser for å redusere diastasen.

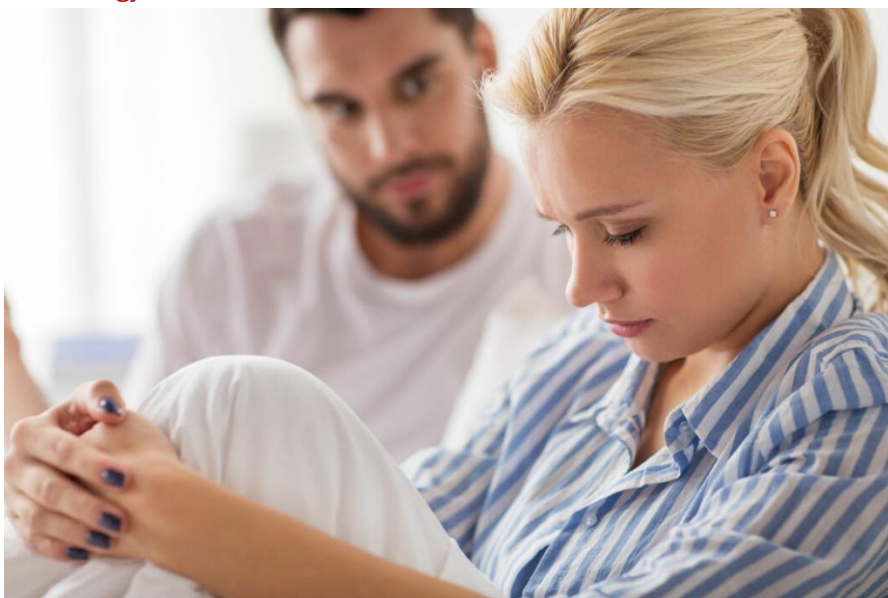
I det første året etter graviditet og fødsel rapporterer én av fire kvinner analinkontinens og det er spesielt en økt forekomst av lekkasjeplager blant kvinner som har gjennomgått skade på lukkemuskulaturen rundt endetarmen ved vaginal fødsel. Anorektal dysfunksjon påvirker livskvaliteten i stor grad og begrenser fysisk aktivitet, sosial omgang og kan ha stor påvirkning på seksuallivet. Tradisjonelt har konservativ behandling og fysioterapeutiske tiltak ved disse tilstandene fått lite oppmerksomhet og kunnskapsgrunnlaget er begrenset. Effekt av bekkenbunnstrening er godt dokumentert for urinlekkasje og underlivs prolaps. Til tross for få studier med god kvalitet, er det grunn til å tro at bekkenbunnstrening også har effekt for pasienter med anorektal dysfunksjon.

Også halebeinssmerter kan forekomme etter fødsel og en studie rapporterer at ca. 7% av tilfellene med halebeinssmerter kan komme som følge av vaginal fødsel. Halebeinssmerter medfører vanligvis symptomer i forbindelse med å sitte og gå og å reise seg igjen etter sitting. Smertene påvirker både sosialt og arbeidsliv, og dermed også livskvalitet.

Det finnes som sagt mye og overbevisende kunnskap om effekten av fysioterapeutiske tiltak på flere av de lidelsene barselkvinner kan oppleve, problemet er at kunnskapen ikke er tatt i bruk i helsevesenets tilbud til disse kvinnene. Det er derfor forståelig at kvinnene oppsøker informasjonen der de finner den, på nettet, og tar til takke med det de finner der. Den manglende oppfølgingen i helsevesenet har åpnet vei for sterke kommersielle krefter. Det er ikke holdbart, for kvinner fortjener å bli møtt med evidensbasert behandling og informasjon fra helsepersonell, som fysioterapeuter.

Alle barselkvinner, som et minimum, må derfor få én time med konsultasjon hos fysioterapeut etter fødsel, gjerne på helsestasjonen eller hos avtalefysioterapeuter med rett spesialkompetanse.

### Når sex gjør vondt verre



Stadig flere kvinner søker hjelp og behandling for smertefulle tilstander i underlivet, men i helsevesenet synes det som at kunnskapen om disse tilstandene er begrenset, også blant fysioterapeuter.

Fysioterapeuter som jobber innen fagfeltet kvinnehelse treffer stadig flere kvinner som tar kontakt for å få hjelp mot smertefulle tilstander i underlivet, hvor det å gjennomføre samleie ofte er ett av hovedproblemene. Pasienter som må lete lenge for å finne helsepersonell med riktig kompetanse på dysfunksjonell seksuell helse og føler i mange tilfeller at de ikke blir tatt på alvor.

Problematikken er sammensatt, men symptomene har ofte sammenheng med muskulære spenninger i hofter/bekkenregionen og i bekkenbunnmuskulaturen. Tre fjerdedeler av kvinner som har smerter under samleie likevel velger å gjennomføre, og at lav eller manglende sexlyst kan utløse skyldfølelse overfor partneren.

Ofte handler det om kvinner som ønsker å prestere godt på alle områder i livet. Hvis de presser seg til å ha samleier til tross for at det gjør vondt, kan tilstanden forverres. Fysioterapeuten kan avmystifisere og forklare sammenhengen mellom anspenthet og underlivssmerter. Det alene kan være til hjelp for mange.

### Helsekompetansen er mangelfull når det gjelder seksuell helse – også i helsevesenet

Noen av disse pasientene sliter kun med smerter under og rett etter samleie. For andre kan underlivssmertene være konstante.



Dyspareuni: Smerter under samleie. Vaginisme: Skjedekrampe. Provosert vestibulodyni (populært kalt vestibulitt): Svie, smerter i skjedeåpningen. Vulvodynia: Smerter i vulva, kvinnens ytre kjønnsorganer.

Begrepene brukes litt om hverandre og de færreste pasientene har verken hørt om vaginisme eller vestibulitt når de kommer til konsultasjon hos fysioterapeut første gang. Selv blant dem som har vært til undersøkelse hos gynekolog for plagene sine kan dette være ukjente begreper.



Mange har gått flere runder i helsevesenet før de kommer til fysioterapeut med spesialkompetanse i seksuell helse. De har blitt behandlet for soppinfeksjon, eller fått antibiotika mot urinveisinfeksjon, gjerne gjentatte ganger. Disse medisinene gjør bare vondt verre. Til slutt er skjeden og slimhinnene så såre at det i seg selv forverrer tilstanden. Fastlege og gynekolog må selvfølgelig utelukke andre medisinske tilstander. Men etter det bør pasienten henvises videre til sexolog eller fysioterapeut med kvinnehelsekompetanse.

### Psykiske forhold virker inn



Psykiske tilstander som depresjon, angst, og posttraumatisk stress kan også være årsak til bekkenleddsmerter, underlivssmerter og at sexlivet ikke fungerer slik man ønsker.

Psykomotoriske fysioterapeuter gir også tilbakemelding på at de opplever stor pågang fra pasienter med vulvaproblematikk, inkontinens (avføring og urin) og at senskader etter underlivs-/tarmkreft øker. Dette er en sårbar gruppe, og mange har ventet i mange år før de tør å spørre etter hjelp. Dette gjelder etter overgrep, men også etter fødselsskader, stråleskader, etc.

Psykiske forhold er av stor betydning for sykdomsutviklingen ved slike smerter. Mange pasienter har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Dette er viktig kunnskap å kjenne til og ta i betraktning når disse pasientene skal behandles. Og i slike tilfelle vil behandlingen måtte ta tid.

Fysioterapeuter melder også om en klar økning i antall henvisninger fra gynekologisk poliklinikk og private gynekologer. Disse uttrykker at de har kompetanse til å undersøke og utrede pasientene, men mangler verktøyet som handler om å hjelpe kvinner med underlivssmerter. Disse pasientene blir prioritert da vi ser at mange kan bli hjulpet raskt med relativt lite ressurser (gruppebehandling) og at de ofte er svært motiverte. Mange forteller om årevis med krenkelser i helsevesenet, der de ikke har følt seg forstått. Alle forteller om et inntrykk av manglende kompetanse på dette feltet og at de ikke føler seg tatt på alvor.

## Endometriose og PCOS – noe du bare må leve med?



Mellom seks og ti prosent av kvinner har symptomgivende endometriose. Blant kvinner med barnløshet forekommer endometriose enda hyppigere, hos opptil 50 prosent. Også unge kvinner tidlig i 20-årene kan ha gått lenge med plagene uten at det har blitt forstått at dette er noe annet enn «vanlige» vondter under menstruasjon. I snitt tar det åtte år for en kvinne å få diagnosen endometriose. Tregheten skyldes blant annet at mange av kvinnene har vært kasteballer i helsesystemet, samt at det har vært lite søkelys på sykdommen som en årsak til plagene.

Antall pasienter med endometriose som henvises til fysioterapeut øker. Vi opplever at flere pasienter henvises til fysioterapi enn tidligere. Det skyldes blant annet at diagnostiseringen nok har blitt bedre og at det er mer kjent at fysioterapeuter kan bidra.

Pasienter med endometriose kan ha til dels omfattende smerter som gir redusert livskvalitet. De kan ha smerter i bekkenbunn og bekken, samleiesmerter og magesmerter. I tillegg opplever mange plager fra urinveier og tarm. Flere av dem er helt utmattet når de kommer til fysioterapi, og mange har utviklet generelle muskel- og skjelettplager. Når pasienten har smerter i bekkenbunn, jobber fysioterapeuter med bekkenbunnsøvelser, avspenningsteknikker, pusteøvelser og sirkulasjon. Kvinnene er ofte ansente, sover lite og har mye smerter. Sykdommen tar mye fokus.

Videre vet vi at aktiv behandling er bra for generelle smertetilstander, og at det kan være et viktig tiltak der medikamentell behandling eller operasjon ikke er aktuelt eller fører frem. Til nå har det vært lite fokus på konservativ ikke-medikamentell behandling.

Det er helt klart behov for mer kunnskap på området og vi kan opplyse om at det nylig er igangsatt en studie som nettopp skal se på dette, da det er viktig å sikre at de øvelsene som gjøres er riktig dosert og tilpasset, slik at det ikke fremprovoserer ytterligere plager.

## Unge kvinnelige idrettsutøvere



Om lag 25% av norske kvinner plages av urinlekkasje i større og mindre grad. Aktive idrettsutøvere, gravide, barselkvinner eller kvinner i overgangsalder er ekstra utsatte for å få lekkasjeproblemer. De vanligste behandlingsmetodene er blæretrening, bekkenbunnstrening, medikamentell behandling eller operasjon.

Som fysioterapeuter møter vi mange unge, kvinnelige idrettsutøvere som sliter med urinlekkasje og andre bekkenbunnsplager. For mange vil riktig trening kunne gi kontroll over disse plagene. Treningen krever nøyaktighet, tålmodighet og riktig progresjon. Fysioterapeuter med kompetanse har mye å bidra med her.

Samtidig erfarer vi at få vet hvordan hormoner påvirker utøveren og hvordan treningen bør tilpasses menstruasjonssyklusen. Manglende kompetanse på dette området i støtteapparatet rundt den kvinnelige idrettsutøveren kan gi alvorlige konsekvenser som spiseforstyrrelser, menstruasjonsforstyrrelser og redusert beinhelse.

Det er en myte at jenter mister mensene fordi de trener hardt. Jenter mister mensene fordi de ikke spiser nok i forhold til hvor hardt de trener og hva kroppen har behov for. Det er mulig å trene både mye og intensivt og samtidig opprettholde regelmessig menstruasjon. Poenget er bare at du må passe på at du spiser nok.

«Den kvinnelige utøvertriaden», som dette kalles, er en tilstand som først og fremst rammer kvinnelige idrettsutøvere. Tidligere trodde man at menstruasjonsforstyrrelser hos en idrettsutøver som trente mye var helt normalt og ufarlig. Men på 1980 tallet fant man ut at ikke-menstruerende utøvere hadde lavere beinmasse enn utøvere som menstruerte. Man så også at beinmassen til utøvere som hadde vært uten menstruasjon i en periode ikke ble normalisert hvis de gikk opp i vekt og fikk tilbake menstruasjonen.

Da det også ble vist at menstruasjonsforstyrrelser og tap av beinmasse var vanligere blant kvinner som led av spiseforstyrrelser, begynte man å se på sammenhengen mellom forstyrret spiseatferd, menstruasjonsforstyrrelser og tap av beinmasse og kalte syndromet for «the female athlete triad».

## Lipødem



Lipødem er en tilstand med sykkelig fettansamling i sete, lår og legger, eventuelt armer. Det er ofte en smertefull tilstand, og den bedres ikke ved slanking. Årsaken er ukjent, men den ser ut til å være arvelig. Dette er en sykdom som rammer spesielt kvinner.

De fleste med lipødem plages med smerter, ømhet og bloduttredelser i lår og legger. I tillegg oppleves tyngdefølelse og ubehag. Tilstanden kan også være kosmetisk svært sjenerende, og psykisk belastende. Mange rapporterer betydelig redusert livskvalitet.

Det er mange kunnskapshull om lipødem, dette gjelder diagnosekriteria og anbefalt behandling. Det trengs mer forskning på lipødem og ernæring, trening, behandling og kompresjon.

Med vennlig hilsen

**Gerty Lund**  
forbundsleder i NFF

**Kari Bente Sørli**  
seniorrådgiver

Vedlegg:

Referanser og aktuelle lenker

## Referanser og aktuelle lenker

### Relevant forskning kvinnehelse

Mørkved S et al. (2017) Adult Conservative Management. In: Abrams PH, Cardoza L, Khoury AE and Wein A (ed). Incontinence volume 2, 6th Ed. International Consultation on Urinary Incontinence, Plymbridge United Kingdom: Health Publication Ltd. pp.1443-1628

Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactivecontrol treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4;10:CD005654. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>

Bø K (2020) Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *J Physiother* 66:147-154. doi: 10.1016/j.jphys.2020.06.011

Hagen S, Stark D (2011) Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD003882. doi: 10.1002/14651858.CD003882.pub4.

J.B. Sperstad, M.K. Tennfjord, G. Hilde, M. Ellstrom-Engh, K. Bø. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *Br J Sports Med*, 50 (17) (2016), pp. 1092-1096

Mota PG, Pascoal AG, Carita AI, Bø K. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. *Man Ther.* 2015;20(1):200–205.

Turan V, Colluoglu C, Turkyilmaz E, Korucuoglu U. Prevalence of diastasis recti abdominis in the population of young multiparous adults in Turkey. *Ginekol Pol.* 2011;82(11):817–821.

Mota P, Pascoal AG, Carita AI, Bø K. Normal width of the inter-recti distance in pregnant and postpartum primiparous women. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018 Jun;35:34-37. doi: 10.1016/j.msksp.2018.02.004. Epub 2018 Feb 20. PMID: 29494833.

National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NICE Guideline 123). 2019.

Benjamin DR, van de Water AT, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: A systematic review. *Physiotherapy.* 2014;100(1):1–8.

Gluppe SL, Hilde G, Tennfjord MK, Engh ME, Bø K. Effect of a Postpartum Training Program on the Prevalence of Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther.* 2018 Apr 1;98(4):260-268. doi: 10.1093/ptj/pzy008. PMID: 29351646; PMCID: PMC5963302.

Gluppe S, Engh ME, Bø K. What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. *Braz J Phys Ther.* 2021 Jul 21:S1413-3555(21)00073-3. doi: 10.1016/j.bjpt.2021.06.006. Epub ahead of print. PMID: 34391661.

Gluppe SB, Engh ME, Bø K. Immediate Effect of Abdominal and Pelvic Floor Muscle Exercises on Interrecti Distance in Women With Diastasis Recti Abdominis Who Were Parous. *Phys Ther.* 2020 Aug 12;100(8):1372-1383. doi: 10.1093/ptj/pzaa070. PMID: 32302393.

Theodorsen NM, Strand LI, Bø K. Effect of pelvic floor and transversus abdominis muscle contraction on inter-rectus distance in postpartum women: a cross-sectional experimental study. *Physiotherapy*. 2019 Sep;105(3):315-320. doi: 10.1016/j.physio.2018.08.009. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30808514.

D.R. Benjamin, H.C. Frawley, N. Shields, A.T.M. van de Water, N.F. Taylor. Relationship between diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM) and musculoskeletal dysfunctions, pain and quality of life: a systematic review. *Physiotherapy*, 105 (1) (2019), pp. 24-34

Gluppe S, Ellström Engh M, Kari B. Women with diastasis recti abdominis might have weaker abdominal muscles and more abdominal pain, but no higher prevalence of pelvic floor disorders, low back and pelvic girdle pain than women without diastasis recti abdominis. *Physiotherapy*. 2021 Jun;111:57-65. doi: 10.1016/j.physio.2021.01.008. Epub 2021 Feb 13. PMID: 33691943.

Fei H, Liu Y, Li M, He J, Liu L, Li J, Wan Y, Li T. The relationship of severity in diastasis recti abdominis and pelvic floor dysfunction: a retrospective cohort study. *BMC Womens Health*. 2021 Feb 15;21(1):68. doi: 10.1186/s12905-021-01194-8. PMID: 33588826; PMCID: PMC7885475.

Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 6th Edition, 2017. 6th International Consultation on Incontinence. Health Publication Ltd. ISBN:978-9953-493-21-3. (Oppdateres I 2022)

Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical Activity and Exercise during Pregnancy and the Postpartum Period. Number 804, 2020.

Bo K, Fernandes ACNL, Duarte TB, Brito LGO, Ferreira CHJ. Is pelvic floor muscle training effective for symptoms of overactive bladder in women? A systematic review. *Physiotherapy* 106: 65-76, 2020

Bø K, Artal R, Barakat R, Brown W, Dooley M, Evenson KR, Haakstad LAH, Larsen K, Kayser B, Kinnunen TI, Mottola MF, Nygaard I, van Poppel M, Stuge B, Davies GAL: Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part II. The effect of exercise on the foetus, labour and birth. Epub ahead of print *BJSM*, Oct 2016

Stuge B, Khan KM Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part I— exercise in women planning pregnancy and those who are pregnant. Epub ahead of print *BJSM* April 2016

Stuge B, Khan KM. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part III. Exercise in the postpartum period, E-pub ahead of print, *BJSM*, June 2017

Stuge B, Khan KM. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part IV. Recommendations for further research. E-pub ahead of print *BJSM* Sept 2017

Stuge B, Khan KM. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part V. Recommendations for health personell and active athletes. doi:10.1136/ bjsports-2018-099351, 13 June, *BJSM* 2018 *BJSM* 20

Bø K, Herbert R. When and how should new therapies become routine practice? *Physiotherapy*, 95: 51-57, 2009

Bø K, Herbert RD. There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. *J Physiother*, 59: 159-168, 2013

Bø K, Nygaard IE. Is physical activity good or bad for the pelvic floor? A narrative review. *Sports Med*, published online Dec 9th, 2019

Bø K, Sherburn M 2005 Evaluation of female pelvic floor muscle function and strength. *Physical Therapy* 85(3):269–282

Bø K, Frawley H, Haylen B et al: An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint report on the Terminology for the conservative management of pelvic floor dysfunction. Epub ahead of print *International Urogynecology J / Neurourol Urodyn* 2016

Cochrane library: pelvic floor muscle training

DeLancey JOL, Low LK, Miller JM, Patel D, Tumbarello JA: Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. *Clinical opinion. www.AJOG.org*, 601.e1, December 2008

Dumoulin C, Alewijnse D, Bo K, Hagen S et al: Pelvic floor muscle training adherence: Tools, Measurements and strategies 2011 ICS State of the Science Seminar Research paper II of IV. *Neurourol Urodyn*, 34: 615-621, 2015

Frawley HC, Dean SG, Slade SC, Hay-Smith EJC. Is Pelvic-Floor Muscle Training a

Physical Therapy or a Behavioral Therapy? A Call to Name and Report the Physical, Cognitive, and Behavioral Elements. *Physical Therapy*, 97: 425-437, 2017

Frawley HC, Neumann P, Delany C. An argument for competency-based training in pelvic floor physiotherapy practice. *PHYSIOTHERAPY THEORY AND PRACTICE* 2018

<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1470706>

Frawley H, Shelly B, Morin M, Bernard S, Bo K, Digesu A, Dickinson T, Goonewardene S,

McClurg D, Rahnama S, Schizas IA, Sliker-ten Hove MCP, Takahashi S, Guevera J: An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn*. 2021 Apr 12. doi: 10.1002/nau.24658.

Herbert R, Bø K. Analysis of quality of interventions in systematic reviews. *BMJ*,331:507-509, 2005

Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. *Practical evidence-based physiotherapy*. Elsevier, 2012 (Oppdatert)

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN 2010 An International Urogynecology Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 21: 5-26

Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of no-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technology Assessment*, 14, 40: 1-250, 2010

NICE guidelines. Urinary incontinence – the management of urinary incontinence in women. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). RCOG Press. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London 2019

Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJC.

Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 5. Art. No.: CD007471.

DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub4.

NICE Guideline NG210: Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. Published 9th of december 2021.

Doggweiler et al 2017: A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from The chronic pelvic pain working group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2017, 4:984-1008.

International Association for the Study of Pain I. IASP Terminology [www.iasppain.org](http://www.iasppain.org): IASP; [cited 2020 March 24th]. Available from: <https://www.iasppain.org/terminology>.

Morin et al 2017: [Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia](#). *Sex Med Rev.* 2017 Jul;5(3):295-322. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.02.003. Epub 2017 Mar 28. PMID: 28363763 Review.

Ferreira, C. H. J., Dwyer, P. L., Davidson, M., De Souza, A., Ugarte, J. A., & Frawley, H. C. (2015). Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 26(12), 1735-1750. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2749-y>

Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., Wein, A. (Eds) Incontinence 6th Edition (2017). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK, ISBN: 978-0956960733. Kapittel 19.

[Ingeborg H Braekken](#)<sup>1</sup>, [Memona Majida](#), [Marie Ellström Engh](#), [Kari Bø](#). Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *J Sex Med* 2015 Feb;12(2):470-80. doi: 10.1111/jsm.12746.

Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Women's Health.* 2021: 21:355. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>

Tennfjord MK, Ellström Engh M, Bø K. 2017. Role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction. In: Costantini E, Villari D, Filocamo M, eds., editors. *Female sexual function and dysfunction*: Springer, Cham; [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-41716-5\\_17](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-41716-5_17)

Klotz S, G, R., Schon M, Ketels G, B, A., Lowe B, Brunahl C, A. Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2019;35:516-532.

Brandt C, Pedersen BK. The role of exercise-induced myokines in muscle homeostasis and the defense against chronic diseases. *J Biomed Biotechnol.* 2010;2010:520258.

Nimmo MA, Leggate M, Viana JL, King JA. The effect of physical activity on mediators of inflammation. *Diabetes Obes Metab.* 2013;15 Suppl 3:51-60.

Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med.* 2017;51:199-213.

Van Reijn-Baggen et al 2021: Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sex Med Rev.* 2021 Jun 11:S2050-0521(21)00012-3. doi: 10.1016/j.sxmr.2021.03.002. Epub ahead of print. PMID: 34127429.

American College of Obstetricians and Gynecologists: Chronic Pelvic Pain. *ACOG Practice Bulletin*, Number 218. *Obstet Gynecol.* 2020;135(3):e98-e109.



Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Green-top Guideline: The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. ; 2012 May. Contract No.: 41.

Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician*. 2014;17(2):E141-147.

Ariza-Mateos MJ, Cabrera-Martos I, Ortiz-Rubio A, Torres-Sanchez I, Rodriguez-Torres J, Valenza MC. Effects of a Patient-Centered Graded Exposure Intervention Added to Manual Therapy for Women With Chronic Pelvic Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;09:09.

Ayorinde AA, Macfarlane GJ, Saraswat L, Bhattacharya S. Chronic pelvic pain in women: an epidemiological perspective. *Womens Health (Lond)*. 2015;11(6):851-864.

BØ, K., FRAWLEY, H. C., HAYLEN, B. T., ABRAMOV, Y., ALMEIDA, F. G., BERGHMANS, B., BORTOLINI, M., DUMOULIN, C., GOMES, M., MCCLURG, D., MEIJLINK, J., SHELLY, E., TRABUCO, E., WALKER, C. & WELLS, A. 2017. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*, 36, 221-244.

Champaneria R, Daniels JP, Raza A, Pattison HM, Khan KS. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(3):281-286.

DAVIDSON, M. J., NIELSEN, P. M. F., TABERNER, A. J. & KRUGER, J. A. 2020. Is it time to rethink using digital palpation for assessment of muscle stiffness? *Neurourol Urodyn*, 39, 279-285.

ENGELER, D., BARANOWSKI, A., BERGHMANS, B., BOROVICKA, J., COTTRELL, A. M., DINIS-OLIVEIRA, P., ELNEIL, S., HUGHES, J., MESSELINK, E. J. & DE C. WILLIAMS, A. 2020. *EAU Guidelines on chronic pelvic pain* [Online]. Available: <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/> [Accessed].

FRAWLEY, H., SHELLY, B., MORIN, M., BERNARD, S., BO, K., DIGESU, A., DICKINSON, T., GOONEWARDENE, S., MCCLURG, D., RAHNAMA'I, S., SCHIZAS, A., SLIEKER-TEN HOVE, M. C. P., TAKAHASHI, S. & GUEVERA, J. 2021. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodynam*, accepted 2021 Jan.

Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview Cheong YC, Smotra G, Williams AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.

Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006;332(7544):749-755.

Meltzer-Brody S, Leserman J, Solnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):902-908.

Loving S, Nordling J, Jaszczak P, Thomsen T. Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review. *Scand J Pain*. 2012;3(2):70-81.

MORIN, M., BERGERON, S., KHALIFE, S., MAYRAND, M. H. & BINIK, Y. M. 2014. Morphometry of the Pelvic Floor Muscles in Women With and Without Provoked Vestibulodynia Using 4D Ultrasound. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 776-785.

MORIN, M., BINIK, Y. M., BOURBONNAIS, D., KHALIFE, S., OUELLET, S. & BERGERON, S. 2017. Heightened Pelvic Floor Muscle Tone and Altered Contractility in Women With Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 14, 592-600.

Nygaard AS, Rydningen MB, Stedenfeldt M, Wojniusz S, Larsen M, Lindsetmo RO, Haugstad GK, Øian P. Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 Oct;99(10):1320-1329. doi: 10.1111/aogs.13896. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32386466.

Nygaard AS, Stedenfeldt M, Øian P, Haugstad GK. Characteristics of women with chronic pelvic pain referred to physiotherapy treatment after multidisciplinary assessment: a cross-sectional study. *Scand J Pain*. 2019 Apr 24;19(2):355-364. doi: 10.1515/sjpain-2018-0308. PMID: 30703061.

NAESS, I. & BO, K. 2015. Pelvic floor muscle function in women with provoked vestibulodynia and asymptomatic controls. *International Urogynecology Journal*, 26, 1467-1473.

TREUDE, R. D., RIEF, W., BARKE, A., AZIZ, Q., BENNETT, M. I., BENOLIEL, R., COHEN, M., EVERS, S., FINNERUP, N. B., FIRST, M. B., GIAMBERARDINO, M. A., KAASA, S., KORWISI, B., KOSEK, E., LAVAND'HOMME, P., NICHOLAS, M., PERROT, S., SCHOLZ, J., SCHUG, S., SMITH, B. H., SVENSSON, P., VLAEYEN, J. W. S. & WANG, S. J. 2019. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160, 19-27.

Næss, I. M., Bø, K. (2018). Can maximal voluntary pelvic floor muscle contraction reduce vaginal resting pressure and resting EMG activity?. *International Urogynecology Journal*, 1-5.

Flink IK, Reme S, Jacobsen HB, et al. Pain psychology in the 21st century: lessons learned and moving forward. *Scand J Pain*. 2020;20(2):229-238.

Booth, J., Bliss, D., ICS Nursing Committee. 2020. Consensus statement on bladder training and bowel training. *Neurology and Urodynamics*. Doi:10.1002/nau.24345. [http://nkib.helsekompetanse.no/sites/nkib.helsekompetanse.no/files/ICS\\_Consensus\\_statement\\_on\\_bladder\\_training\\_and\\_bowel\\_training.pdf](http://nkib.helsekompetanse.no/sites/nkib.helsekompetanse.no/files/ICS_Consensus_statement_on_bladder_training_and_bowel_training.pdf)

Frawley, HC., Dean, SG., Slade, SC. & Hay-Smith, EJC. 2017. Is Pelvic-Floor Muscle Training a Physical Therapy or a Behavioral Therapy? A Call to Name and Report the Physical, Cognitive, and Behavioral Elements. *Phys Ther*, 97, 425-437.

Johannessen, HH., Wibe, A., Stordahl, A., Sandvik, L. & Mørkved, S. 2017. Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial. *Bjog*, 124, 686-694

Meinds RJ, van Meegdenburg MM, Trzpis M, Broens PM. On the prevalence of constipation and fecal incontinence, and their co-occurrence, in the Netherlands. *Int J Colorectal Dis*. 2017;32:475-483.

Menees SB, Almario CV, Spiegel BM, Chey WD. Prevalence of and factors associated with fecal incontinence: results from a population-based survey. *Gastroenterology*. 2018;154:1672-1681.e3.

Menees, SB. 2017. My Approach to Fecal Incontinence: It's all about Consistency (Stool, that is). *Am J Gastroenterol*, 112, 977-980.

Mørkved, S., Bø, K., Johannessen, HH. 2022. Evidence for PFMT for urinary incontinence, pelvic organ prolapse and anal incontinence in the peripartum period. In: Bø, K., Berghmanns, B., Mørkved, S., van Kampen, M. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. 3rd edition

Norsk gruppe for konservative behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser, 2018. Faglige retningslinjer for utredning og konservativ behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser. <http://nkib.helsekompetanse.no/veiledere>  
<http://nkib.helsekompetanse.no/sites/nkib.helsekompetanse.no/files/AI%20retningslinjer%202019%20pdf.pdf>

Woodley, SJ., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, JD., Mørkved, S., Kernohan, A. & Hay-Smith, EJC. 2020. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd007471.

Charrière S, Maigne JY, Couzi E, Lefèvre-Colau MM, Rannou F, Nguyen C. Conservative treatment for chronic coccydynia: a 36-month prospective observational study of 115 patients. *Eur Spine J*. 2021;30(10):3009-18. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-021-06911-3>

Dampc B, Słowiński K. Coccygodynia - pathogenesis, diagnostics and therapy. Review of the writing. *Pol Przegl Chir*. 2017;89(4):33-40. <http://dx.doi.org/10.5604/01.3001.0010.3909>

Elkhashab Y, Ng A. A Review of Current Treatment Options for Coccygodynia. *Current pain and headache reports*. 2018;22(4):28. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-018-0683-7>

Foye PM. Coccydynia: Tailbone Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017;28(3):539-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.006>

Garg B, Ahuja K. Coccydynia-A comprehensive review on etiology, radiological features and management options. *J Clin Orthop Trauma*. 2021;12(1):123-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcot.2020.09.025>

Jensen MM, Milosevic S, Andersen G, Carreon L, Simony A, Rasmussen MM, et al. Factors associated with patient-reported outcomes following coccygectomy for chronic coccydynia. *Bone Jt Open*. 2021;2(7):540-4. <http://dx.doi.org/10.1302/2633-1462.27.Bjo-2021-0018.R2>

Márquez-Carrasco Á M, García-García E, Aragóndez-Marcos MP. Coccyx pain in women after childbirth. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019;29(4):245-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.01.005>

Neville CE, Carrubba AR, Li Z, Ma Y, Chen AH. Association of coccygodynia with pelvic floor symptoms in women with pelvic pain. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1002/pmrj.12706>

Skalski MR, Matcuk GR, Patel DB, Tomasian A, White EA, Gross JS. Imaging Coccygeal Trauma and Coccydynia. *Radiographics*. 2020;40(4):1090-106.  
<http://dx.doi.org/10.1148/rg.2020190132>

[www.nkib.helsekompetanse.no/helsepersonell](http://www.nkib.helsekompetanse.no/helsepersonell): Kompetanseportal med faglige oppdateringer, kvalitetssikret informasjon om ulike tilstander, utredning (inkludert link til ulike scoringsverktøy) og behandling av inkontinens og bekkenbunnssykdom, Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnssykdom, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Bartlett, L., Nowak, M. & Ho, Y. H. 2007. Reasons for non-disclosure of faecal incontinence: a comparison between two survey methods. *Tech Coloproctol*, 11, 251-7.

Berghmans, L.C., et al., Dutch evidence statement for pelvic physical therapy in patients with anal incontinence. *Int Urogynecol J*, 2015. 26(4): p. 487-96.

Borre, M.Q., N. Raahave, D. Worsøe, J. Ærhøj, J. Christensen, P. Krogh, K., Kronisk obstipation og betydning af livsstilsfaktorer. *Ugeskrift for læger*, 2015. 177(15). 7.

Christensen, P., et al., Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 2009. 52(2): p. 286-92.

Deutekom, M. and A.C. Dobben, Plugs for containing faecal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(7): p. CD005086.

Hicks, C.W., et al., In patients with rectoceles and obstructed defecation syndrome, surgery should be the option of last resort. *Surgery*, 2014. 155(4): p. 659-67.

Knowles, C.H., et al., Percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation for the treatment of faecal incontinence in adults (CONFIDeNT): a double-blind, multicentre, pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet*, 2015. 386(10004): p. 1640-8.

McKinney, J., Keyser, L., Clinton, S. & Pagliano, C. 2018. ACOG Committee opinion no. 736: optimizing postpartum care. *Obstetrics & Gynecology*, 132, 784-785.

NICE. Faecal incontinence in adults: management - clinical guideline. 2007 October 2013 [cited 2016 27 June]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49/chapter/1-Guidance>. 8.

Rockwood, T.H., et al., Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 2000. 43(1): p. 9-16; discussion 16-7.

Staudacher, H.M. and K. Whelan, The low FODMAP diet: recent advances in understanding its mechanisms and efficacy in IBS. *Gut*, 2017. 66(8): p. 1517-1527.

Engeset J, **Stuge B**, Fegran L. Pelvic girdle pain affects the whole life-a qualitative interview study in Norway on women's experiences with pelvic girdle pain after delivery. *BMC Res Notes*. 2014 Oct 3;7:686.

Gutke A, Boissonnault J, Brook G, Stuge B. [The Severity and Impact of Pelvic Girdle Pain and Low-Back Pain in Pregnancy: A Multinational Study](#). J Womens Health (Larchmt). 2018 Apr;27(4):510-517. doi: 10.1089/jwh.2017.6342. Epub 2017 Aug 23.

O'Sullivan P & Beales DJ, Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders--Part 1: a mechanism based approach within a biopsychosocial framework. [Man Ther.](#) 2007 May;12(2):86-97. 12s

O'Sullivan P & Beales DJ, Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders, Part 2: illustration of the utility of a classification system via case studies. [Man Ther.](#) 2007 May;12(2):e1-12. 12s

Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S & Dawn BM. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. Eur.Spine J. 2012; 21(9): 1769-1776

Bjelland E, Stuge B, Engdahl B & Eberhard-Gran M. The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study. BJOG. 2013a;120:32-40

Bjelland EK, Stuge B, Vangen S, Stray-Pedersen B & Eberhard-Gran M. Mode of delivery and persistence of pelvic girdle syndrome 6 months postpartum. Am.J.Obstet.Gynecol. 2013b; 208:X

Palsson TS & Graven-Nielsen T. Experimental pelvic pain facilitates pain provocation tests and causes regional hyperalgesia. Pain 2012; 153(11): 2233-2240

Robinson HS, Mengshoel AM, Bjelland EK & Vollestad NK. Pelvic girdle pain, clinical tests and disability in late pregnancy. Man.Ther. 2010; 15(3): 280-285

Stafne SN, Salvesen KA, Romundstad PR, Stuge B & Morkved S. Does regular exercise during pregnancy influence lumbopelvic pain? A randomized controlled trial. Acta Obstet.Gynecol.Scand. 2012; 91(5): 552-559

Stuge B. [Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain]. Tidsskr.Nor Laegeforen. 2010; 130(21): 2141-2145

Stuge, B., Saetre, K., & Braekken, I.H. 2012. The association between pelvic floor muscle function and pelvic girdle pain--a matched case control 3D ultrasound study. *Man.Ther.*, 17, (2) 150-156

Stuge, B., Saetre, K., & Ingeborg, H.B. 2013. The automatic pelvic floor muscle response to the active straight leg raise in cases with pelvic girdle pain and matched controls. *Man.Ther.*

Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B & Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. European Spine Journal 2008; 17(6): 794-819

[The sacroiliac joint: an overview of its anatomy, function and potential clinical implications](#)

A Vleeming, M D Schuenke, A T Masi, J E Carreiro, L Danneels, F H Willard  
J Anat. 2012 Dec; 221(6): 537-567. Published online 2012 Sep 19. doi: 10.1111/j.1469-7580.2012.01564.x

Stuge B, Garratt A, Krogstad Jenssen H, Grotle M. The Pelvic Girdle Questionnaire: a condition specific instrument for assessing activity limitations and symptoms in people with pelvic girdle pain. *Phys Ther.* 2011 Jul;91(7):1096-108. Epub 2011 May 19.

Grotle M, Garratt AM, Krogstad Jenssen H, Stuge B. Reliability and construct validity in self-reported questionnaires for patients with pelvic girdle pain. *Phys Ther.* 2012 Jan;92(1):111-23. Epub 2011 Oct 20.

Stuge B, Jenssen HK, Grotle M. [The Pelvic Girdle Questionnaire: Responsiveness and Minimal Important Change in Women With Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain, Low Back Pain, or Both.](#) *Phys Ther.* 2017 Nov 1;97(11):1103-1113. doi: 10.1093/ptj/pzx078.

Bjelland E, Owe K, Stuge B, Vangen S, Eberhard-Gran M. *BJOG.* [Breastfeeding and pelvic girdle pain: a follow-up study of 10 603 women 18 months after delivery.](#) 2014 Oct 20. [Epub ahead of print]

Engeset J, Stuge B, Fegran L. Pelvic girdle pain affects the whole life-a qualitative interview study in Norway on women's experiences with pelvic girdle pain after delivery. *BMC Res Notes.* 2014 Oct 3;7:686.

Stuge B. Current knowledge on low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy and after childbirth. A narrative review. *Current Women's Health Reviews*, 2015 (11):68-74

Kibsgård TJ, Røise O, Sudmann E, Stuge B. Pelvic joint fusions in patients with chronic pelvic girdle pain: a 23-year follow-up. *Eur Spine J.* 2012 Sep 23. [Epub ahead of print]

[Kibsgård TJ](#), [Røise O](#), Stuge B, [Röhr SM](#). Precision and Accuracy Measurement of Radiostereometric Analysis Applied to Movement of the Sacroiliac Joint. *Clin Orthop Relat Res.* 2012 Jun 14

Kibsgård TJ, Röhr SM, Røise O, Stuesson B, Stuge B. Movement of the sacroiliac joint during the Active Straight Leg Raise test in patients with long-lasting severe sacroiliac joint pain. *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 2017 Aug;47:40-45.

Stuge B. [Evidence of stabilizing exercises for low back- and pelvic girdle pain - a critical review.](#) *Braz J Phys Ther.* 2018 Nov 17. pii: S1413-3555(18)30661-0. doi:

Stuge B. Current knowledge on low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy and after childbirth. A narrative review. *Current Women's Health Reviews*, 2015 (11):68-74

Stuge B, Bergland A. Evidence and individualization: Important elements in treatment for women with postpartum pelvic girdle pain. *Physiotherapy Theory and Practice.* *Physiother Theory Pract.* 2011 Nov;27(8):557-65. Epub 2011 Jun 18.

Hilde G, Gutke A, Slade SC, Stuge B.

Physical therapy interventions for pelvic girdle pain (PGP) after pregnancy.  
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD012441.  
DOI: 10.1002/14651858.CD012441.

Stuge B, Lærum E, Kirkesola G, and Vøllestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. A randomized controlled trial. *Spine* 2004;29:351-9.

Stuge B, Lærum E, Veierød MB, and Vøllestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. A -Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *Spine* 2004;29:E197-E203.

Stuge B, Holm I, and Vøllestad N. To treat or not to treat postpartum pelvic girdle pain with stabilizing exercises? *Man Ther.* 2006 Nov;11(4):337-43. Epub 2006 Jan 9.

Stuge B, Mørkved S, Haug Dahl H, and Vøllestad N. Abdominal and pelvic floor muscle function in women with and without long-lasting pelvic girdle pain. *Man Ther.* 2006 Nov;11(4):287-96. Epub 2005 Dec 28.

Stuge B. Studies used similar numbers of treatment sessions. *Australian Journal of Physiotherapy* 2005; vol 51, 132

Stafne S, Salvesen KA, Romundstad PR, Stuge B, Mørkved S. Does regular exercise during pregnancy increase lumbopelvic pain? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 May;91(5):552-9.

Eggen MH, Stuge B, Mowinckel P, Jensen KS, Hagen KB. Can supervised group exercises in pregnancy prevent Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain? A randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2012 Jan 26.

Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, Evenson KR, Haakstad LAH, Kayser B, Kinnunen TI, Larsen K, Mottola MF, Nygaard I, van Poppel M, Stuge B, Khan KM. [Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/2017 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 5. Recommendations for health professionals and active women.](#) *Br J Sports Med.* 2018 Sep;52(17):1080-1085. doi: 10.1136/bjsports-2018-099351. Epub 2018 Jun 12. No abstract available.

Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, Evenson KR, Haakstad LAH, Kayser B, Kinnunen TI, Larsén K, Mottola MF, Nygaard I, van Poppel M, Stuge B, Khan KM, Commission IM. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group Meeting, Lausanne. Part 3-exercise in the postpartum period. *Br J Sports Med.* 2017 Jun 22. [Epub ahead of print]

Bø K, Artal R, Barakat R, Brown W, Dooley M, Evenson KR, Haakstad LA, Larsen K, Kayser B, Kinnunen TI, Mottola MF, Nygaard I, van Poppel M, Stuge B, Davies GA; IOC Medical Commission.. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 2-the effect of exercise on the

fetus, labour and birth. Br J Sports Med. 2016 Oct 12. pii: bjsports-2016-096810. doi: 10.1136/bjsports-2016-096810. [Epub ahead of print]

Bø K, Artal R, Barakat R, Brown W, Davies GA, Dooley M, Evenson KR, Haakstad LA, Henriksson-Larsen K, Kayser B, Kinnunen TI, Mottola MF, Nygaard I, van Poppel M, Stuge B, Khan KM. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 1-exercise in women planning pregnancy and those who are pregnant. Br J Sports Med. 2016 May;50(10):571-89. doi: 10.1136/bjsports-2016-096218. No abstract available.

Owe KM, Bjelland EK, Stuge B, Orsini N, Eberhard-Gran M, Vangen S. Exercise level before pregnancy and engaging in high-impact sports reduce the risk of pelvic girdle pain: a population-based cohort study of 39 184 women. Br J Sports Med. 2016 Jul;50(13):817-22. doi: 10.1136/bjsports-2015-094921. Epub 2015 Oct 4.

Vaarbakken K, Steen H, Samuelsen G, Dahl HA, Leergaard TB, Stuge B. Primary functions of the quadratus femoris and obturator externus muscles – indicated from lengths and moment arms measured in mobilized cadavers. Clin Biomech 2015, 30(3):231-7

Vaarbakken K, Steen H, Samuelsen G, Dahl HA, Leergaard TB, Nordsletten L, Stuge B. Clin Biomech (Bristol, Avon). Lengths of the external hip rotators in mobilized cadavers indicate the quadriceps coxa as a primary abductor and extensor of the flexed hip. 2014 Jun 4.

Kibsgård TJ, Røise O, Stuge B. Pelvic joint fusion in patients with severe pelvic girdle pain - prospective single-subject research design study. BMC Musculoskelet Disord. 2014 Mar 15;15(1):85.

Remus A, Smith V, Gutke A, Mena JJS, Mørkved S, Nilsson Wikmar L, Öberg B, Olsson C, Robinson HS, Stuge B, Wuytack F. [A core outcome set for research and clinical practice in women with pelvic girdle pain: PGP-COS](#) PLoS One. 2021; 16(2): e0247466. Published online 2021 Feb 25.

### Lenker til artikler fra Tidsskriftet Fysioterapeuten

<https://www.fysioterapeuten.no/faggruppen-for-kvinnehelse-ingeborg-hoff-braekken-kvinnehelse/fysioterapeuter-kan-hjelpe-kvinner-fra-de-er-barn-til-de-er-bestemodre/127027>

<https://www.fysioterapeuten.no/barselomsorg-fysioterapeut-fysioterapeuter/slik-kan-du-bli-bedre-til-a-hjelpe-nybakte-modre/139369>

<https://www.fysioterapeuten.no/bekkenbunnstrening-bekkenleddsmerter-bekkenplager/klarte-seg-gjennom-svangerskapet-takket-vaere-fysioterapi/127230>

<https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapi-for-gravide-graviditet-trening-for-gravide/slik-hjelper-du-gravide-trene-klokt-og-riktig/127242>

<https://www.fysioterapeuten.no/kjersti-hatlebrekke-kvinnehelse-tove-villumstad/nar-underlivet-trenger-fysioterapi/133965>



<https://www.fysioterapeuten.no/bekkenleddsmerter-bekkenplager-bekkensmerter/vaer-forsiktig-med-provokasjon-ved-bekkenleddsmerter/127942>

<https://www.fysioterapeuten.no/kvinnehelse-kvinner-seksualitet/nar-sex-gjor-vondt-verre/117981>

<https://www.fysioterapeuten.no/fagessay-seksualitet/generasjon-seksuell-prestasjon/125357>

<https://www.fysioterapeuten.no/bekkenplager-fysioterapeut-fysioterapeuter/urinlekkasje-setter-unge-kvinnelige-idrettsutovere-pa-agendaen/139387>

<https://www.fysioterapeuten.no/bloggere-britt-stuge-kari-bo/kommer-fysioterapeuter-i-skyggen-av-mammatrenere-og-bloggere/127002>

### Andre aktuelle lenker

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>

<https://www.menon.no/samfunnskostnader-knyttet-muskel-skjelettsykdom/>

<https://bit.ly/33Mw45w>

<https://stami.no/smerter-og-arbeid-sasp-congress/>

<https://nhi.no/sykdommer/kvinne/ulike-sykdommer/endometriose/?page=5>

<https://www.ahus.no/kliniske-studier/blodig-alvor-behandling-av-endometrioseplager>

[Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021.](#)

[Fysioterapi for kvinner](#)