

Retningslinjer DYSFUNKSJON I BEKKENBUNNEN

Faglige retningslinjer for fysioterapeutisk utredning og
behandling



NORSK
FYSIOTERAPEUTFORBUND

Innhold

Om utarbeidelsen av retningslinjene.....	3
Retningslinje 1 – medisinsk indisert behandling.....	4
. Retningslinje 2 – fasiliteter og utstyr.....	5
Retningslinje 3 – klinisk undersøkelse.....	6
Retningslinje 4 – Analyse og behandlingsplan.....	10
Retningslinje 5 – Intervensjon.....	11
Retningslinje 6 – Evaluering.....	12
Retningslinje 7 – Fysioterapistab.....	13
Retningslinje 8 – Profesjonell utvikling og forskning.....	14
Referanser.....	15

Om utarbeidelsen av retningslinjene

Disse faglige retningslinjene er en oppdatering og revidering av tilsvarende veiledende retningslinjer utarbeidet av Kari Bø i regi av Norsk Fysioterapeut Forbund (NFF) i 1997.

Revisjonen er utarbeidet av:

Fysioterapeut, Professor, Dr. scient Kari BØ,
Institutt for idrettsmedisinske fag, Norges
idrettshøgskole og Kvinneklinikken,
Akershus universitetssykehus.

Fysioterapeut Dr. scient Ingeborg Hoff
BRÆKKEN, Norsk Fysioterapeutforbund
(NFF), faggruppen for kvinnehelse.

Kompetanseklinikken for bekkenbunn,
Kolbotn Fysikalske Institutt. Bekkensenteret,
Akershus universitetssykehus.

Dokumentet har vært på høring i NFFs
faggruppe for kvinnehelse, kursledere for de
tre kursene «Bekkenbunn1, 2 og 3» som
arrangeres i regi av NFF, sekretariatet, rådet
for fysioterapietikk, NFF, Norsk gynekologisk
forening og Norsk urologisk forening.

Faglige retningslinjer skal beskrive hva god
faglig praksis er og baseres på kunnskap fra
forskning, klinisk erfaring og
pasienterfaringer. Retningslinjene er ment å
bidra til kontinuerlig forbedring av
fysioterapivirksomhet innen utredning og
behandling av dysfunksjoner i
bekkenbunnen. Retningslinjene er ikke
rettslige bindende, men beskriver hva
faggruppen for kvinnehelse, NFF, anser som
god faglig praksis. Faggruppens mandat til å
utvikle faglige retningslinjer bygger på
Helsepersonellovens bestemmelser og
annen relevant lovgivning, samt NFFs
yrkesetiske retningslinjer. Selv om
retningslinjene ikke er rettslig bindende, bør
fysioterapeuter begrunne avvik fra
anbefalingene i en retningslinje.

Anbefalingene er utformet på gruppenivå og vil
være riktig for de aller fleste, men man skal
alltid utøve skjønn i forhold til den enkelte
pasient og ulike kontekster.

Grad av normering i anbefaling og råd
(Helsedirektoratet):

Styrken i retningslinjenes anbefalinger angis av
de modale hjelpevene; skal, bør og kan.

Skal (må): Når det står man skal eller må, er
anbefalingen tett på lov og forskrift og
tjenestene er forpliktet til å følge anbefalingen.

Det er sjeldent helsefaglig forsvarlig å gjøre
noe annet.

Bør (anbefaler): Når det står bør, er dette en
sterk anbefaling som vil gjelde de aller fleste.
Det kan være situasjoner som tilsier at man bør
gjøre noe annet. Det skal derfor alltid utøves
skjønn med tanke på hva som er riktig å gjøre i
hver enkelt situasjon.

Kan (foreslår): Når det står kan, er dette en
svak anbefaling. Det betyr at ulike valg kan
være riktig i ulike kontekster og i ulike
situasjoner.

Pasientjournalforskriften sier at helsepersonell
skal dokumentere undersøkelse og behandling
i pasientens journal. Avvik skal også
dokumenteres.

Oslo 17. mars 2025

RETNINGSLINJE 1

MEDISINSK INDISERT

BEHANDLING

Anamnese, undersøkelse og behandling skal kun igangsettes dersom det er medisinsk indisert. Det er direkte tilgang til fysioterapi i Norge, uten henvisning fra leger, men fysioterapeuter på feltet bekkenbunn samarbeider tett med fastleger, gynekologer, urologer, nevrologer og radiologer som kan anbefale og fremdeles henvise til fysioterapi for utredning, forebygging og behandling av dysfunksjon i bekkenbunnen.

ANBEFALINGER

1. Fysioterapeuten bør ta inn pasienten til første undersøkelse så snart som mulig etter at pasienten eller henvisende instans har tatt kontakt.
2. Fysioterapeuten skal innhente nødvendig pasientdata fra pasienten og samarbeidende helsepersonell, hvis aktuelt.
3. All pasientkontakt følger Helsepersonellovens bestemmelser, Norsk Fysioterapeutforbund sine yrkesetiske retningslinjer og annen relevant lovgivning. Anamnese, undersøkelse, konklusjon, tiltak (behandlingsplan som beskriver intervensjon) og evaluering underveis og etter behandlingsperioden skal dokumenteres i journal og følge Helsepersonellovens bestemmelser og annen relevant lovgivning som regulerer journalføring, herunder pasientjournalforskriften. Undersøkelse og tiltak skal kun igangsettes dersom det er medisinsk indisert, og det er gitt samtykke fra pasienten.
4. En vaginal undersøkelse innebærer palpasjon av bekkenbunnsmusklene. Indikasjon for denne prosedyren er behandling og forebygging av urinlekkasje, underlivs prolaps (fremfall), smerter i underlivet, fødselsskader, seksuell dysfunksjon og tømningsproblemer. Rektaleksplorasjon er en undersøkelse av endetarmen og innebærer rektal palpasjon av endetarmsmusklene. Indikasjon for å gjennomføre denne prosedyren er anorektal dysfunksjon, slik som fødselsskade med affeksjon av perineal – og endetarmsmuskulatur, avføringslekkasje, tømningssvanser og smerter i endetarms- og halebeinsområdet.
5. Pasienten velger selv om fastlege eller henvisende instans informeres om anamnese, undersøkelse og forslag til tiltak.
6. Viser anamnesen og undersøkelsen at ytterligere utredning eller henvisning til annen instans eller annen behandling er å anbefale, skal fysioterapeuten journalføre og informere pasienten om dette.

RETNINGSLINJE 2

FASILITETER OG UTSTYR

Fysioterapeuter skal sørge for at lokaler og utstyr er egnet for profesjonell konsultasjon med hensyn til sikkerhet og smittevern for denne pasientgruppen.

ANBEFALINGER

1. Pasientens privatliv må sikres i den individuelle undersøkelsen, undervisning og behandling. Dette skal foregå i et lukket og egnet rom. Hvis avskjerming ikke er mulig, bør døren kunne låses. Konsultasjonen skal ikke kunne høres eller ses av uvedkommende og taushetsplikten skal ivaretas. Dersom det er mulighet for andre til å komme inn i rommet, bør pasienten ligge med hodet i retning mot døren. Ved vaginal / anal undersøkelse og behandling skal pasienten være tildekket med håndkle e.l.
2. Utstyr til vaginal / anal undersøkelse: laken, håndklær, engangshansker, eksplorasjonskrem, tørkepapir, vask og såpe, eventuelt måleapparater og annet spesialutstyr.
3. Toalett skal være tilgjengelig.
4. Undersøkelse- og behandlingsutstyr skal til enhver tid sikre effektiv undersøkelse og behandling. Alt utstyr skal sjekkes opp, gjennomgå service og brukes i tråd med det utstyrsleverandørene og eventuell smittevernsavdeling anbefaler for å sikre riktig bruk, effektivitet, smittevern og sikkerhet. Fysioterapeuten som fagperson har ansvar for å formidle erfaring med bruk av utstyr til utstyrsleverandørene, slik at dette kan forbedres om nødvendig.
5. Et egnet lokale skal benyttes ved eventuell gruppetrening.

RETNINGSLINJE 3 – KLINISK UNDERSØKELSE

Alle resultater skal til enhver tid holdes konfidensielle og taushetsplikten skal ivaretas i tråd med Helsepersonellovens bestemmelser og annen relevant lovgivning.

INFORMASJON, ANAMNESE, INSTRUKSJON

ANBEFALINGER

1. Pasienten skal informeres om innholdet i undersøkelsen og at det er frivillig å gjennomføre en vaginal eller anal undersøkelse. Pasienten skal informeres om mulighet til å ha med tredjeperson under undersøkelsen og forespørres om de ønsker å ha rommet avlåst. Både anamnese, spørreskjemaer om pasientens egenbedømming og evaluering av tilstanden, observasjon samt evaluering av bekkenbunnens funksjon skal gjennomføres med takt og forståelse og med respekt for konfidensialitet og pasientens privatliv.
2. Det skal settes av tilstrekkelig tid til første konsultasjon.
3. Første konsultasjon starter med anamneseopptak og ideelt sett utfylling/gjennomgang av spørreskjemaer innen temaene urin- og avføringslekkasje, symptomer fra skjede og tarmer, smerter i underlivet og seksuell dysfunksjon. Eksempler på gode validerte spørreskjemaer som kan brukes er:
 - Lekkasje-index (Bø 1994)
 - Alle spørreskjemaene fra The International Consultation on Incontinence Questionnaires (ICIQ 2025)
 - St. Marks inkontinensscore (Vaizey et al 1999)
 - Obstructed Defecation Syndrome Score med Wexner score (Sultan et al 2017)
4. Etter kartlegging av pasientens problem, utfordringer, mål og ønsker med behandlingen vil pasienten få undervisning i bekkenbunnens anatomi og fysiologi, funksjon og dysfunksjon i bekkenbunnen.
5. Fysioterapeuten skal nøye forklare indikasjon og prosedyre for undersøkelse av funksjon i bekkenbunnsmusklene. Forklaringen skal være lettfattelig med norske termer, og gis på en slik måte at det er naturlig for pasienten å stille spørsmål.
6. Instruksjon av bekkenbunnskontraksjon (uten innvendig undersøkelse) bør gjennomføres før undersøkelsen. Pasienten lærer riktig kontraksjon, med minst mulig bruk av annen muskulatur, og får prøve dette på egenhånd.
7. Styrketrening og annen behandling som krever kontraksjon av bekkenbunnsmusklene bør ikke igangsettes før fysioterapeuten har evaluert om pasienten gjennomfører en korrekt kontraksjon av bekkenbunnsmusklene.

RETNINGSLINJE 3 FORTSETTER

VAGINAL / ANAL UNDERSØKELSE

Dersom pasienten samtykker, anbefales det å undersøke/ evaluere bekkenbunnen ved observasjon etterfulgt av vaginal og eller anal palpasjon og måling av funksjon til bekkenbunnsmusklene. En vaginal/ anal undersøkelse bør gjennomføres for å bekrefte/avkrefte om pasienten kan utføre en korrekt kontraksjon av bekkenbunnsmusklene samt grovt evaluere grad av styrke, utholdenhet og avspenningsevne ved hjelp av visuell observasjon og palpasjon. For pasienter med smerter i underlivet vil undersøkelsen forsøke å avdekke hvilke strukturer som kan gi smerte. For pasienter med underlivs prolaps vil en vurdering av posisjon på vaginalveggene gi nyttig informasjon. I dette dokumentet benyttes ordet anal palpasjon ikke bare for å vurdere muskelfunksjonen i endetarmsmusklene, men også for strukturer som ligger over disse musklene, slik som øvrig bekkenbunnsmuskulatur og halebein (rektaleksplorasjon). Før den kliniske undersøkelsen bør pasienten late vannet.

OBSERVASJON

Fysioterapeuten observerer perineum og/eller endetarmsåpning og informerer pasienten om observasjon av hud, arr etc. Pasienten blir bedt om å kontrahere musklene i underlivet og informeres om at dette skal kjennes som en sammentrekning rundt urinrør, skjede og endetarm og et løft av underlivet i retning mot navle. Fysioterapeuten observerer og gir tilbakemelding til pasienten om det foreligger en korrekt kontraksjon av bekkenbunnsmusklene uten bruk av andre muskler. Det skal også informeres hvis det ikke observeres noen bevegelse av underlivet, eller om pasienten trykker underlivet nedover.

TEST AV SENSIBILITET og REFLEKSER

Testing av sensibilitet på huden i underlivet og anal refleks vil kunne avdekke affeksjon av nervevev. Testene bør utføres og terminologi brukes etter gjeldene retningslinjer fra 'International Continence Society (www.ICS.org)', 'the International Urogynecological Association (IUGA)', NICE guidelines (www.icsoffice.org, www.iuga.org, www.nice.org.uk, Bø et al 2016, Frawley et al 2021).

RETNINGSLINJE 3 FORTSETTER

VAGINAL OG ANAL PALPASJON

Pekefingeren påføres eksplorasjonskrem. Pasienten informeres om at palpasjon vil starte. Før fingertuppen forsiktig mot bekkenbunnsmuskulaturen, vær ekstra forsiktig ved smertefulle tilstander. Pasienten blir bedt om å trekke sammen musklene og deretter slappe av. Pasienten gjør flere kontraksjoner med tilbakemelding fra fysioterapeuten på:

- Evne til å kontrahere bekkenbunnsmusklene på en korrekt måte uten bruk av hjelpemuskulatur

- Maksimal viljestyrt styrke
- Evne til å holde kontraksjonen (utholdende muskelstyrke)
- Evne til avspenning

Fysioterapeuten bør registre palpasjonsfunn på en av følgende måter:

- Kvalitativt (Bø et al 1990, Frawley et al 2021)
- ingen kontraksjon
- korrekt kontraksjon
- kontraksjon kun med hjelp fra andre muskler (hjelpemuskler)
- usikker
- trykking

- Kvantitativt, modifisert Oxford skala (Laycock og Jerwood 2001)
- Ingen kontraksjon = 0
- Skjelvende = 1
- Svak = 2
- Moderat = 3
- God = 4
- Sterk = 5

For de svakeste pasientene:

Dersom pasienten ikke får til riktig kontraksjon, kan fysioterapeuten benytte andre metoder for å stimulere til korrekt kontraksjon, enten manuelt eller ved hjelp av vaginal/anal elektrostimulering. Pasienten bør informeres at dette er tilfelle for mer enn 30 % av kvinner første gang de forsøker, og at de aller fleste lærer dette etter hvert. Pasienten bør bli anbefalt å forsøke på egen hånd en ukes tid og deretter få en ny konsultasjon.

RETNINGSLINJE 3 FORTSETTER

MÅLING AV MUSKELSTYRKE, UTHOLDENHET OG HVILETONUS

Det anbefales at fysioterapeuten foretar supplerende undersøkelser med mer følsomme, reliable og valide måleinstrumenter enn palpasjon for å måle funksjonen til bekkenbunnsmusklene. Slike måleinstrument kan være manometri (trykkmålinger), dynamometri, EMG (elektromyografi), diagnostisk ultralyd etc. Det er viktig at fysioterapeuten er klar over styrker og svakheter ved måleinstrumentene (kjenner deres følsomhet, reliabilitet og validitet) og kjenner til potensielle feilkilder ved målingene.

Fysioterapeuten skal sørge for at måleapparater alltid er kalibrert og fungerer på høyest mulige tekniske nivå. Pasienten blir forklart hvordan apparatet virker og hvordan det skal plasseres. Måleapparatet og utstyret skal tilfredsstillende smittevernregler og engangsutstyr skal nyttes der dette er mulig/anbefalt. Pasienten skal informeres/se målingene enten underveis eller umiddelbart i etterkant av målingene.

VURDERING AV UNDERLIVSPROLAPS

For pasienter med underlivs prolaps vil fysioterapeuten i tillegg be pasienten å trykke nedover i flere sekunder (Valsalvas manøver) for å vurdere prolapsens ledende del relatert til hymenalringen. Funnene kan enten måles med linjal som angitte punkter etter standardisert POP-Q system (Bump et al 1996), Forenklet POP-Q (4 punkter, IUC 2021) eller gjøres på øyemål, såkalt «Eyeball POP-Q undersøkelse» (Karp et al 2010).

VURDERING AV SMERTEFULLE STRUKTURER

For pasienter med smerter i underlivet vil det hos de fleste pasienter foreligge en indikasjon for at fysioterapeuten skal forsøke å avdekke hvilke strukturer som kan gi smerte, eller avdekke om det er en mer generalisert smerte. Fysioterapeuten kan legge et forsiktig trykk på ulike muskler og strukturer i underlivet.

RETINGSLINJE 4

ANALYSE OG

BEHANDLINGSPLAN

God kommunikasjon er nødvendig for å få klare retningslinjer og et godt samarbeid før behandlingen starter. Fysioterapeuten skal gi pasienten relevante, kunnskapsbaserte råd, foreslå behandling og bistå med søknader om hjelpemidler innen aktuelle diagnose. Behandlingsplanen skal settes opp i nøye samarbeid med pasientens ønsker, behov og realistiske forventninger til egeninnsats og følge protokoller basert på best tilgjengelige evidens for aktuell diagnose.

Der evidens fra randomiserte kontrollerte studier/systematiske oversikter finnes, skal dette følges (Cochrane library (Woodley et al 2020), International Consultation on Incontinence (ICI) 2023, International Urogynecological Consultation (IUC) 2022, NICE guidelines og NKIB 2018).

ANBEFALINGER

1. Behandling prioriteres ut fra problemets alvorlighetsgrad
2. Planleggingen vil inkludere:
 - diskusjon om pasientens ønskede målsetting for effekt av behandling
 - etablering av realistiske kortsiktige og langsiktige mål
 - valg av teknikker, metoder, hjelpemidler og personell for å nå målsettingen
 - oppsetting av datoer for å revurdere målsetting og evaluering av effekt

RETNINGSLINJE 5

INTERVENSJON

ANBEFALINGER

1. Fysioterapeuten skal følge høyeste grad av evidens for effektiv behandling (effekt vist i randomiserte kontrollerte studier med høy kvalitet på metode og intervensjon kvalitet og meta-analyser) der dette finnes (Hoogeboom 2021, Herbert, Mørkved og Johannessen i Bø et al 2023, NKIB 2018, Physiotherapy Evidence Database, Cochrane Library (Woodley et al 2020)).
2. Fysioterapeuten vil gjennomføre eller veilede behandlingsprogrammet enten individuelt eller i grupper. I tillegg gis som regel et hjemmetreningsprogram som følges opp med registrering av gjennomført trening i treningsdagbok eller app.
3. Når intervensjonen gis individuelt:
 - Fysioterapeuten vil dosere programmet i samsvar med endringer hos pasienten
 - Frekvens, varighet og intensitet fastsettes ut fra dokumentert kunnskap om effektiv behandling. Det må tas hensyn til at pasienten skal kunne gjennomføre behandling med høyest mulig oppslutning (adherence). Individuelle tilpasninger til pasientenes ulike livssituasjoner må derfor gjøres. Informasjon om at avvik fra oppsatt behandlingsplan vil påvirke forventet resultat, skal imidlertid gis til pasienten.
4. Når intervensjonen gis i grupper, skal denne;
 - alltid bygge på individuell undersøkelse og instruksjon av pasienten
 - ikke starte opp før pasienten kan riktig kontraksjon
 - ta hensyn til individuelle forskjeller mellom deltakerne, og så langt det er mulig tilpasses den enkelte
 - ivareta pasientens og gruppens konfidensialitet
 - gjennomføres i egnet lokale
5. Fysioterapeuten skal kunne gi pasienten relevante, kunnskapsbaserte råd og bistå med søknader om hjelpemidler innen aktuelle diagnose.

RETNINGSLINJE 6

EVALUERING

Fysioterapeuten evaluerer tilstanden til pasienten før, under og etter behandling og endrer behandlingen når dette er indisert.

ANBEFALINGER

1. Evalueringen bør gjøres med anerkjente spørreskjemaer (instrumenter) og målemetoder med god følsomhet, reliabilitet og validitet.
2. Fysioterapeuten bør evaluere den aktuelle tilstanden med Patient Reported Outcome Measures (PROM) og gjerne gjenta spørreskjemaene som ble benyttet under anamneseopptak (retningslinje 3, punkt 3). I tillegg skal kvantitative mål på grad av lekkasje og/eller grad av underlivsprolaps samt funksjon i bekkenbunnsmusklene før og etter behandling evalueres.

RETNINGSLINJE 7

FYSIOTERAPISTAB

ANBEFALINGER

1. Fysioterapeut med spesialkunnskap innen bekkenbunns dysfunksjon bør i størst mulig grad formidle sin kunnskap på dette feltet til annet personell slik at alle som arbeider på området har et minimum av kunnskap om bekkenbunnens funksjon og dysfunksjon og fysioterapeutens rolle i undersøkelse, forebygging og behandling.
2. Fysioterapeuter i turnus, studenter eller andre fysioterapeuter under opplæring skal kunne være til stede ved undersøkelse, informasjon og behandling etter pasientens samtykke

RETNINGSLINJE 8

PROFESJONELL UTVIKLING OG FORSKNING

Fysioterapeuter med spesialkunnskap innen dysfunksjon i bekkenbunnen:

- bør delta regelmessig i relevant etterutdanning, symposier, møter og kongresser for å holde seg oppdatert på feltet
- bør bidra der det er mulig i forsknings- og utviklingsarbeid innen dysfunksjon i bekkenbunnen

ANBEFALINGER

Profesjonell utvikling

- arbeide i klinisk praksis med problemfeltet
- følge med i internasjonale tidsskrift om emnet
- regelmessig delta i etterutdanning

Forskning. Fysioterapeuten bør:

- Lese og kritisk evaluere forskningsartikler og annen litteratur på feltet
- Innarbeide relevante forskningsresultater i sin kliniske praksis
- Identifisere forskningsspørsmål fra praksis og bringe disse videre til relevante og kompetente forskningsmiljøer
- Delta som klinikere i innhenting av data og gjennomføring av intervensjoner i forskningsprosjekter

REFERANSER

Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Jul;175(1):10-7.

Bø K. (1994) Reproducibility of instruments designed to measure subjective evaluation of female stress urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol*. 28:97-100.

Bø K, Berghmanns B, Mørkved S, van Kampen M. (2023) Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. 3rd edition. Elsevier Health Sciences. ISBN 9780702083082

- Chapter 7.5: Mørkved, S. Evidence for pelvic floor muscle training for urinary incontinence related to the peripartum period, page 394-420
- Chapter 7.3. Bø, K, Frawley H Pelvic floor muscle training in prevention and treatment of pelvic organ prolapse. Page 320-333
- Johannessen, HH. Evidence for PFMT for anal incontinence in the peripartum period. Page 420-436

Bø K, Kvarstein B, Hagen R, Larsen S (1990) Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence. II: Validity of vaginal pressure measurements of pelvic floor muscle strength and the necessity of supplementary methods for control of correct contraction. *Neurourol Urodyn*: 9:479-87.

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

Cochrane library. www.chochrane.org

Frawley H, Shelly B, Morin M, Bernard S, Bo K, Digesu A, Dickinson T, Goonewardene S, McClurg D, Rahnama S, Schizas IA, Slieker-ten Hove MCP, Takahashi S, Guevera J (2021): An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn*. Apr 12. doi: 10.1002/nau.24658.

Hoogeboom TJ, Jette AM (2021). Using Evidence Hierarchies to Find the Best Evidence: A Procrustean Bed? *Phys Ther*. Nov 1;101(11):pzab235. doi: 10.1093/ptj/pzab235. PMID: 34865127.

REFERANSER

Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

ICI 2023. 7th International Consultation on Incontinence - International Continence Society, ICI-ICS, Cardozo, L, Rovner, E, Wagg, A, Wein, A, Abrams, P. (Eds) Incontinence 7th Edition (2023). Bristol UK, ISBN: 978-0-9569607-4-0. Last ned e-boka her: <https://www.ics.org/ici>

- Chapter 8: Booth, J., Cacciari, L., Campbell, P., Dumoulin, C., Hagen, S., Homsy, J., Morin, M., Marked, S., Nahon, I., Pang, R., Panicker, J., Vesentini, G., Wallace, S., & Yamanishi, T. (2023) Conservative management of UI and POP in adults including neurological patients.

ICIQ: The International Consultation on Incontinence Questionnaires.

<https://iciq.net/modules>

IUC - International Urogynecological Consultation.

<https://www.iuga.org/publications/iuc> by International Urogynecology association IUGA. www.iuga.org

- 2022, Chapter 3: Bø K, Anglès-Acedo S, Batra A, Brækken IH, Chan YL, Jorge CH, Kruger J, Yadav M, Dumoulin C (2022) International urogynecology consultation committee 2; conservative treatment of patient with pelvic organ prolapse: Pelvic floor muscle training. Int Urogynecol J. Aug 18.
- 2021. Collins SA, O'Shea M, Dykes N, Ramm O, Edenfield A, Shek KL, van Delft K, Beestrum M, Kenton K. International Urogynecological Consultation: clinical definition of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. Aug;32(8):2011-2019.

Karp DR, Peterson TV, Jean-Michel M, Lefevre R, Davila GW, Aguilar VC (2010).

"Eyeball" POP-Q examination: shortcut or valid assessment tool? Int Urogynecol J. Aug;21(8):1005-9. doi: 10.1007/s00192-010-1139-8.

Laycock J, Jerwood D (2001) Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. Physiotherapy. Volume 87, Issue 12, December 2001, Pages 633-642 doi.org/10.1016/s0031-9406(05)61108-x.

REFERANSER

NICE guidelines. National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk

NKIB 2018. Norsk gruppe for konservative behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser. 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>

Norsk Fysioterapeutforbunds (NFFs) yrkesetiske retningslinjer. <https://fysio.no/hva-er-fysioterapi> eller Pdf: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://25892275.fs1.hubspotusercontent-eu1.net/hubfs/25892275/NFFs%20yrkesetiske%20retningslinjer.pdf

Pasientjournalforskriften - Forskrift om pasientjournal. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Physiotherapy Evidence Database -PEDRO. <https://pedro.org.au/>

Sultan AH, Monga A, Lee J, Emmanuel A, Norton C, Santoro G, et al. (2017) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 36(1):10–34.

Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA (1999). Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut.* Jan;44(1):77-80. doi: 10.1136/gut.44.1.77. PMID: 9862829; PMCID: PMC1760067.

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.