

Nationella riktlinjer 2025:

Bäckenbottendysfunktion

Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser
i hälso- och sjukvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-649-9

Artikelnummer: 2025-6-9661

Omslagsfoto: Antonio Guillem Mostphotos.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2025

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid bäckenbottendysfunktion. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar – för en god och jämlik vård.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna.

Detta är den första versionen av riktlinjerna. Du som arbetar för exempelvis en region, intresseorganisation, yrkesförening eller privat vård- eller omsorgsgivare kan skicka skriftliga synpunkter, senast den 10 oktober 2025. Se instruktionerna på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/backenbottendysfunktion. Vi publicerar sedan en uppdaterad version i februari 2026.

Socialstyrelsen arbetar för att Sverige ska nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. De nationella riktlinjerna är ett sätt att bidra till detta.

Vi vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd	6
Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande	6
Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap	8
Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och på andra sätt ...	10
Utgångspunkt: om bäckenbottendysfunktion och vården idag	11
Faktorer som ökar risken	11
Hälsan påverkas på flera sätt	12
Brister i vården idag	13
Rekommendationer.....	15
Huvudbudskap: bryt skam och stärk vårdkedjan genom tidiga insatser och gemensamt ansvar	16
Identifiera bäckenbottendysfunktion	16
Behandla och följ upp	18
Organisera multiprofessionellt	22
Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård.....	24
Att implementera effektivt.....	24
Exempel på risker och utmaningar	25
Etiska principer för prioritering	27
Kompletterande stöd	29
Deltagare i riktlinjearbetet	33
Referenser.....	37
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer.....	39
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	44
Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben	46
Bilaga 4. Versionshistorik	47

Sammanfattning

Bäckenbottendysfunktion innefattar olika nedsatta funktioner och besvär som är kopplade till bäckenbottens struktur, muskulatur och stödjevävnader. Det är ett folkhälsoproblem som kan drabba människor oavsett kön, och problemen blir vanligare med stigande ålder. Omkring varannan kvinna får någon gång under livet bäckenbottendysfunktion.

Bryt skammen – normalisera inte besvären

Synliggör bäckenbottendysfunktion i hälso- och sjukvårdens strukturer och i kommunikationen med patienter. Fråga aktivt om symtom och ge patienter möjlighet att tala om besvär som påverkar livskvaliteten, även när de rör intima områden som urin- och analläckage, smärta och sexualitet. God vård motverkas om besvären normaliseras och betraktas som något patienten får lära sig leva med.

Stärk primärvårdens kompetens och ansvar

Ge primärvården bättre förutsättningar att arbeta systematiskt med bäckenbottendysfunktion. Det handlar både om kompetens och fungerande samverkansvägar. När rätt insatser sätts in tidigt minskar risken för långvarigt lidande – och därmed behovet av mer resurskrävande specialistvård.

Utgjämna ojämlikheter i tillgång till vård

Det ska inte spela någon roll var i landet en person söker vård för bäckenbottendysfunktion. Alla behöver ha tillgång till en likvärdig bedömning, behandling och uppföljning, oavsett bostadsort och bakgrund. Våra rekommendationer syftar till att minska skillnader och ge förutsättningar för en god vård för alla i hela landet.

Organisera för multiprofessionell samverkan

Bäckenbottendysfunktion med komplexa symtom kräver ofta insatser från flera professioner och verksamheter. Vården kan därför behöva organiseras så att olika kompetenser samverkar – både inom den somatiska vården och med psykiatri. För att vården ska bli effektiv, jämlik och tillgänglig även för de mest utsatta patientgrupperna, krävs ofta förbättrad samverkan och en tydlig ansvarsfördelning.

Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd

Dessa riktlinjer är ett stöd för att prioritera resurser. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera eller avveckla, på en övergripande gruppnivå.

Vi vänder oss framför allt till dig som har ett ansvar för resursfördelning i hälso- och sjukvården. Du kan arbeta på regional nivå, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för de kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande: det är alltid personalens ansvar att bedöma vad en enskild patient behöver. Vården får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag (se 4 kap. 2 § patientlagen, 2014:821).

Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutsfattare. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader och ojämlikheter eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Vi ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att upprätthålla.

Urvalet i dessa riktlinjer bygger på en behovsanalys utifrån

- tidigare kartläggningar som pekar på behovet av förstärkning av vården vid bäckenbottendysfunktion
- dialog med sakkunniga inom olika yrkesgrupper, professionsföreningar och andra relevanta aktörer, till exempel Nationellt programområde för kvinnosjukdomar och förlossning
- dialog med företrädare för patienter.

Behovsanalysen visade bland annat att vården är ojämlik vad gäller behandling och utfall och skiljer sig mellan olika regioner, samt att såväl

kompetensutveckling som en bättre organisering behövs i hälso- och sjukvården [1, 2].

➔ **Läs mer** om hur vi har valt ut frågorna för just dessa riktlinjer i webbilagan [Metodbeskrivning](#).

Riktlinjerna gäller kvinnor från 18 år

Riktlinjerna är avgränsade till att omfatta *kvinnor från 18 års ålder*. Barn och män kan också drabbas av bäckenbottendysfunktion, och för flickor är bäckenbottendysfunktion ofta kopplad till endometrios eller provocerad vulvodyni, som täcks av andra nationella riktlinjer [28,29]. Män med bäckenbottendysfunktion hanteras i andra vårdförlopp, exempelvis regionala vårdprogram.

Ordet *kvinnor* är dock inte entydigt. Det kan kopplas till så skilda företeelser som juridik, biologi, könsidentitet och sociala normer – beroende på sammanhang.

Vilka handlar riktlinjerna om?

Vi avgränsar riktlinjerna till patienter som

- är **18 år eller äldre**
- har **tilldelats kvinnligt kön vid födseln**, baserat på hälso- och sjukvårdens bedömning av kroppsliga kännetecken
- har en **bäckenbotten som bedöms som kvinnlig** ur ett anatomiskt perspektiv
- **inte har genomgått könsbekräftande behandlingar** som påverkat bäckenbottens anatomi eller funktion.

Observera: Rekommendationerna gäller även patienter med en annan könsidentitet än kvinna, förutsatt att kriterierna i rutan ovan är uppfyllda. Omvänt gäller rekommendationerna inte patienter med könsidentiteten kvinna om deras bäckenbotten inte är kvinnlig i anatomisk mening.

Patientgrupper som inte ingår i riktlinjerna

Vi vill understryka att bäckenbottendysfunktion kan förekomma hos alla människor, även om vissa grupper inte omfattas av riktlinjerna, till exempel:

- män
- barn
- personer som genomgått viss könsbekräftande behandling.

Män

Män kan ha bäckenbottendysfunktion, om än inte i lika stor omfattning som kvinnor. Långvarig bäckensmärta, *chronic pelvic pain syndrome* (CPPS), förekommer i olika studier hos upp till 10 procent av alla män, och är den vanligaste urologiska diagnosen hos män under 50 år [3]. Det är mycket vanligt med urininkontinens och sexuell dysfunktion efter en behandling för prostatacancer är [4].

Barn

Barn kan ha bäckenbottendysfunktion även om förekomsten ökar med ålder [5]. Symtomen kan exempelvis höra ihop med

- neuourologiska besvär och tarmstörningar
- medfödda missbildningar eller sjukdomar
- följder av övergrepp, inklusive kvinnlig könsstympning.

Personer som genomgått viss könsbekräftande behandling

Personer som genomgått viss könsbekräftande behandling kan ha bäckenbottendysfunktion av samma orsaker som andra grupper, men även som en biverkning av den könsbekräftande behandlingen [6].

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens rekommendationer bygger på bästa tillgängliga kunskap – vetenskap och beprövad erfarenhet. Många viktiga insatser för personer med bäckenbottendysfunktion saknar tillräcklig vetenskaplig evidens. Rekommendationerna bygger därför till stor del på beprövad erfarenhet. Den har vi samlat in genom en systematisk konsensusprocess med sammanlagt 112 yrkesverksamma i hälso- och sjukvården inom området bäckenbottendysfunktion.

Till dig som är beslutsfattare eller chef ger vi rekommendationer med olika prioritet, som stöd för att prioritera insatser som bidrar till en jämlik vård (se tabell 1).

Tabell 1. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap. Observera: I dessa riktlinjer om vård vid bäckenbottendysfunktion ingår inga FoU-rekommendationer.
Icke-göra	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

De med störst behov ska få företräde

Vi utgår från nyttan och riskerna med de olika insatserna när vi sätter prioritetssiffrorna. Högst prioritet har de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden – eftersom de som behöver vården mest ska få företräde (se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30).

Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Svårighetsgraden när det gäller bäckenbottendysfunktion är mycket varierande.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden. Det har dock inte varit aktuellt i dessa riktlinjer.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [7]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Se vidare avsnittet [Etiska principer för prioritering](#) i kapitlet *Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård*.

➔ Läs mer:

- I kapitlet [Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård](#) får du mer praktisk vägledning i arbetet med att följa rekommendationerna.

- I webbilagan [Metodbeskrivning](#) beskriver vi Socialstyrelsens metod för att ta fram rekommendationer med olika prioritet mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för de olika tillstånd som ingår i riktlinjerna.

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och på andra sätt

Socialstyrelsen kommer att utvärdera hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status.

Utvärderingen kommer att utgå från indikatorerna i [bilaga 2](#), men vi belyser även andra aspekter av hälso- och sjukvården. Som beslutsfattare kan du också använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

Under de kommande åren kommer vi även att utvärdera vården på andra sätt än genom indikatorer för att följa utvecklingen.

➔ Läs mer:

- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna för vård vid bäckenbottendysfunktion.
- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för bäckenbottendysfunktion](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Utgångspunkt: om bäckenbottendysfunktion och vården idag

Samlingsbegreppet bäckenbottendysfunktion innefattar olika nedsatta funktioner och besvär som är kopplade till bäckenbottens struktur, muskulatur och stödjevvnader. Bäckenbottendysfunktion kan ha en mängd olika orsaker. Följande tillstånd och symtom kan räknas in i begreppet:

- urininkontinens
- tömningsbesvär från urinblåsan
- analinkontinens
- tömningsbesvär från tarmen
- vaginalt framfall
- sexuella dysfunktioner
- bäckensmärta [8].

Symtomen är komplexa och samvarierar ofta. Det är svårt att säkert fastställa förekomsten av de olika tillstånden, eftersom de är omgärdade av tabun och skam – många patienter lider i tystnad utan att söka vård. Svårighetsgraden hos tillstånden varierar, från mindre besvär till starkt lidande och sänkt livskvalitet.

Bäckenbottendysfunktion är ett folkhälsoproblem som kan drabba människor oavsett kön, och problemen blir vanligare med stigande ålder. Omkring varannan kvinna får någon gång under livet bäckenbottendysfunktion [9].

Faktorer som ökar risken

Bland annat följande faktorer kan öka risken för bäckenbottendysfunktion:

Förändringsbara faktorer:

- BMI över 25 [10]
- rökning [10]
- förstoppning [10]
- idrotter som innefattar tunga lyft eller hopp [11-15].

Icke-förändringsbara faktorer:

- ålder (besvären ökar med stigande ålder)
- ärftlighet

- gynekologisk cancer, inklusive biverkningar av behandling
- gynekologisk kirurgi (till exempel hysterektomi)
- fibromyalgi
- kronisk lungsjukdom
- klimakteriet [16].

Bäckenbottendysfunktion förekommer ofta till följd av eller i kombination med

- vissa neurologiska tillstånd och sjukdomar [16]
- graviditet och förlossning [16]
- utsatthet för sexuellt våld [16]
- endometrios [10]
- provocerad vulvodyn [10]
- bindvävssjukdomar [17]
- könsbekräftande underlivskirurgi [6]
- vissa psykiatriska tillstånd [8]
- kvinnlig könsstympning [18].

Hälsan påverkas på flera sätt

Bäckenbottendysfunktion är ett mångfacetterat och komplext område, eftersom det kan påverka hälsan i stort på en mängd olika sätt.

Bäckenbottendysfunktion – mer än ett fysiskt besvär

Bäckenbottendysfunktion bidrar ofta till psykiskt lidande och sänkt livskvalitet – och försämrar ofta den sexuella hälsan och sociala relationer.

För många patienter påverkas livet i stor utsträckning. Exempelvis kan patienter som oroar sig för urin- eller analläckage begränsa sin vardag och undvika att lämna hemmet, eftersom de vill befinna sig nära en toalett. Vissa undviker att äta eller dricka innan de lämnar hemmet för att begränsa symtomen.

Brister i vården idag

Socialstyrelsens förstudie inför arbetet med dessa nationella riktlinjer visar att det finns brister och utmaningar i hur vården bedrivs och är organiserad idag [19].

Vården är ojämlik

Vården vid bäckenbottendysfunktion skiljer sig åt mellan regioner. Ett exempel är att hälften av landets regioner har ett bäckenbottencentrum, där olika professioner samverkar för att erbjuda en mer samlad vård för patienterna. I andra regioner saknas motsvarande strukturer, vilket innebär att patienter inte får likvärdig bedömning eller behandling. Detta skapar ojämlikhet och leder till att vissa patienter inte får tillgång till insatser som erbjuds i andra delar av landet.

En annan form av ojämlikhet handlar om demografi. Äldre personers besvär kan ibland ses som en naturlig del av åldrandet, även när det finns behandling att erbjuda. Det kan också röra sig om att personer med migrationsbakgrund eller svagare socioekonomisk ställning inte får tillgång till vård i samma utsträckning som andra [20].

Området omgärdas av tystnad

För den som drabbas är bäckenbottendysfunktion ofta förknippad med skam, eftersom det kan handla om urin- och analläckage, genital smärta eller sexuella besvär – symtom som rör kroppens mest privata delar och funktioner. Det kan göra det svårt att ta upp problemen i kontakt med vården. Även vårdpersonal kan uppleva det som känsligt att ställa frågor om dessa symtom [21]. Det bidrar till att besvären inte uppmärksammas. Det förekommer också att besvären normaliseras och betraktas som något man får leva med, snarare än som tillstånd som kan och bör behandlas. Ett exempel är när patienter erbjuds inkontinensskydd i stället för behandling.

Primärvården saknar förutsättningar

Primärvården har en nyckelroll i att identifiera och inleda behandling vid bäckenbottendysfunktion. Idag varierar dock vårdpersonalens kompetens. Strukturerade arbetssätt kan också saknas, liksom en tydlig vårdkedja när patienten behöver remitteras till specialiserad vård. Det kan medföra att patienter får vänta onödigt länge på rätt insats, vilket leder till ett förlängt lidande – och ibland till att tillstånd förvärras. När primärvården samtidigt ska hantera många olika vårdbehov finns också en risk för undanträngnings-effekter.

Bristande samverkan

Patienter med bäckenbottendysfunktion behöver ofta stöd från flera professioner och verksamheter. Det gäller till exempel de som har långvarig bäckensmärta. De kan få kontakt med ett smärteam som en personcentrerad insats, men för den här patientgruppen behövs även särskild kompetens om just bäckenbotten. Patienter vars sexuella hälsa har påverkats negativt kan också behöva insatser som ibland kräver samverkan mellan olika professioner.

Patienter som samtidigt har psykiatriska tillstånd, som psykiska sjukdomar och syndrom eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar [22], kan få särskilt stor negativ påverkan på hälsan. Bäckenbottendysfunktionen kan alltså förstärkas av det psykiatriska tillståndet. Utan adekvat psykiatrisk behandling riskerar dessa patienter att inte kunna tillgodogöra sig insatser kopplade till bäckenbotten.

Trots detta är samverkan mellan den somatiska vården och psykiatrien ofta bristfällig, och vården är sällan organiserad för att fånga upp patienternas olika behov. Utan tillgång till både somatisk och psykiatrisk vård är prognosen sämre, eftersom patienten kan behöva ett multiprofessionellt omhändertagande.

Rekommendationer

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioritet 1 betyder högsta prioritet.

Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

- Identifiera bäckenbottendysfunktion
- Behandla och följ upp
- Organisera multiprofessionellt.

Observera att rekommendationerna inte är heltäckande, utan gäller ett urval av insatser där vägledningsbehovet är stort.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna <i>Rekommendationslista i Excelformat</i> och <i>Kunskapsunderlag</i>)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
Så utvärderar vi hälso- och sjukvården	De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering, när det är aktuellt

➔ Läs mer:

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, bilagorna *Kunskapsunderlag*, och *Metodbeskrivning* samt rapporten *Indikatorer för vård vid bäckenbottendysfunktion*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/backenbottendysfunktion.

Huvudbudskap: bryt skammen och stärk vårdkedjan

För att personer med bäckenbottendysfunktion ska få rätt vård i tid krävs att den skam och normalisering som kan präglade området bryts – och att vårdkedjan hänger ihop. Tidig upptäckt, rätt insatser och fungerande samverkan är avgörande. Mot denna bakgrund föreslår Socialstyrelsen följande inriktning för fortsatt styrning:

- **Bryt skammen – normalisera inte besvären:** Synliggör området bäckenbottendysfunktion i hälso- och sjukvårdens strukturer och kommunikation. Kompetensutveckling för personal är centralt, liksom ett tydligt uppdrag att fråga aktivt om symtom som annars kan förbli osynliga.
- **Stärk kompetensen i primärvården:** Ge primärvården bättre förutsättningar att arbeta systematiskt med bäckenbottendysfunktion. Det handlar både om kompetens och samverkansvägar.
- **Utjämna ojämlikheter:** Alla behöver ha tillgång till en likvärdig bedömning, behandling och uppföljning, oavsett bostadsort och demografisk bakgrund.
- **Organisera multiprofessionellt:** För att vården ska bli effektiv, jämlik och tillgänglig även för de mest utsatta patientgrupperna, kan samverkan behöva förbättras och ansvarsfördelningen bli tydlig.

Identifiera bäckenbottendysfunktion

Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt identifiera bäckenbottendysfunktion. Tidig upptäckt möjliggör rätt insatser och minskar risken för att besvären förvärras i onödan. Därför rekommenderar Socialstyrelsen åtgärder som omfattar strukturerad anamnes, adekvat undersökning och kompetensutveckling. Syftet med rekommendationerna är att öka träffsäkerheten i bedömningar och förbättra patientens vårdkedja.

Personer med symtom på bäckenbottendysfunktion utgör en heterogen grupp, där besvären varierar i typ och svårighetsgrad. Åtgärderna strukturerad anamnes samt undersökning i benstöd (på undersökningsbritten eller i gynekologstol) gynnar hela patientgruppen. De är avgörande för att tidigt identifiera dem med symtom som orsakar stora funktionsnedsättningar och försvårar vardagen väsentligt.

Kompetensutveckling är en grundläggande insats som kan förbättra vården för alla med bäckenbottendysfunktion. Den stärker även förutsättningarna för att i ett tidigt skede identifiera patienter med behov av specialistvård. När personalen frågar aktivt om symtom får patienten möjlighet att tala om

besvär som kan väcka skamkänslor, som urin- och analläckage, smärta och sexualitet.

Rekommendationerna riktar sig till den första instans som patienten möter – oftast primärvården.

Rekommendationer

Till den första instans som patienten möter

Id	För personer med ...	Rekommendation	Prioritet
01	symtom på bäckenbottendysfunktion	Säkerställ en strukturerad anamnes, exempelvis med stöd av Socialstyrelsens checklista.	1
02	symtom på bäckenbottendysfunktion	Erbjud undersökning i benstöd, inklusive palpation av bäckenbottenmuskulaturen, och provokationstest för framfall.	2
03	symtom på bäckenbottendysfunktion	Utvärdera styrkan och funktionen i bäckenbottens muskulatur med ett validerat instrument.	2
14	symtom på bäckenbottendysfunktion	Säkerställ kompetensutveckling för yrkesgrupper i primärvården om bäckenbottens anatomi, funktion och dysfunktion, samt bedömning och handläggning.	2

➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har tillsammans med experter på bäckenbottendysfunktion tagit fram [en checklista för strukturerad anamnes](#) – den finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats



Så har vi prioriterat

Alla rekommendationer om att identifiera bäckenbottendysfunktion har hög prioritet. Att ta en strukturerad anamnes har högsta prioritet, eftersom det är avgörande för att identifiera de patienter vars symtom leder till störst funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. Åtgärden kan genomföras på alla vårdnivåer och medför inga extra kostnader.

Följande åtgärder ger också goda förutsättningar för att identifiera de patienter som har svårast symtom: undersökning i benstöd, provokationstest för framfall och ett validerat instrument för att utvärdera styrkan och funktionen i bäckenbotten.

Även kompetensutveckling har hög prioritet, eftersom vårdens kvalitet höjs och ökar möjligheten till tidig upptäckt, tidiga insatser och effektiv remittering till specialistnivå.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Genom att identifiera bäckenbottendysfunktion tidigt kan behovet av sena och kostsamma ingrepp i din region minska. En strukturerad anamnes ger ingen extra kostnad. Undersökning i benstöd kan innebära ökade vårdkostnader på kort sikt, men minskar behovet av kostsammare åtgärder på lång sikt.

Validerade instrument för att standardisera bedömningen av styrka och funktion i bäckenbottens muskulatur kan minska den subjektiva variationen och ge en mer träffsäker behandling. Att implementera dessa instrument kan innebära initiala kostnader för utbildning, men kan på sikt effektivisera vården genom förbättrad diagnostik.

Att stärka kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonalen i framför allt primärvården kan förbättra möjligheten att identifiera bäckenbottendysfunktion tidigt. Även om kompetensutvecklingen innebär en initial kostnad kan den på sikt minska behovet av remisser till specialistvården genom att fler patienter får rätt behandling i ett tidigt skede.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen kommer att utvärdera området *identifiera bäckenbottendysfunktion* genom enkätundersökningar med fokus på

- strukturerad anamnes, undersökning i benstöd och utvärdering av styrka i bäckenbottenmuskulatur (indikator E1)
- rutinmässigt urodynamisk undersökning vid ansträngningsinkontinens (indikator E2)
- kompetensutveckling för personal inom primärvården (indikator E3).

Socialstyrelsen har också tagit fram två övergripande indikatorer. Med dem mäter vi

- bäckenbottendysfunktion bland kvinnor 18 år eller äldre (indikator 1)
- upprepade besök för bäckenbottendysfunktion för kvinnor med bäckenbottendysfunktion inom 2 års tid efter första vårdkontakt för bäckenbottendysfunktion (indikator 2).

➔ **Läs mer** om [utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Behandla och följ upp

Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att behandla och följa upp bäckenbottendysfunktion på ett likvärdigt sätt över hela landet. Därför rekommenderar Socialstyrelsen insatser som innefattar såväl konservativ

behandling (icke-kirurgisk) som kirurgisk behandling vid olika tillstånd, samt systematisk utvärdering av individuell bäckenbottenmuskelträning. Det är alltid viktigt att vårdpersonalen informerar om risker inför en operation, och att de följer upp patienten efteråt.

Vi rekommenderar också sexologisk konsultation för patienten när den sexuella hälsan påverkas negativt. Vi avråder däremot från att rutinmässigt erbjuda urodynamisk undersökning vid ansträngningsinkontinens – vilket inte hindrar att det kan vara en relevant åtgärd efter en individuell bedömning.

Rekommendationer

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ...	Rekommendation	Prioritet
06	långvarig bäckensmärtan eller ökad tonus i bäckenbottenmuskulaturen	Erbjud avslappningsövningar för bäckenbottenmuskulaturen för att minska tonus och spänning, samt för att öka förmågan till avslappning.	1
13	bäckenbottendysfunktion som har instruerats att genomföra strukturerad och individuellt anpassad bäckenbottenmuskelträning i högst 6 månader	Erbjud uppföljning efter 3–6 månader för att utvärdera effekten och besluta om avslut eller fortsatta åtgärder.	1
10	trängningar, med eller utan urininkontinens, där konservativ behandling eller läkemedelsbehandling inte har haft tillräcklig effekt	Erbjud behandling med botulinumtoxin i urinblåsan.	2
05	urininkontinens	Erbjud strukturerad och individuellt anpassad bäckenbottenmuskelträning under minst 3 månader, där kontraktionsförmågan säkerställs genom att palpera.	3
11	framfall eller förlossningsskada, där konservativ behandling inte har haft tillräcklig effekt	Erbjud kirurgisk behandling.	3
09	ansträngningsinkontinens där konservativ behandling inte har haft tillräcklig effekt	Erbjud kirurgisk behandling, som miduretral slyngplastik och uretrala injektioner.	4

Id	För personer med ...	Rekommendation	Prioritet
07	bäckenbottendysfunktion som påverkar den sexuella hälsan negativt	Erbjud sexologisk konsultation.	5
12	ansträngningsinkontinens	Erbjud inte urodynamisk undersökning rutinmässigt.	Icke-göra

→ **Läs mer:**

- I [Socialstyrelsens Nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter](#) rekommenderas beslutsfattare att avsätta resurser för olika insatser för patienter med besvär efter förlossningen [29].
- Socialstyrelsen har tagit fram ett samtalsstöd för personal i primärvården och en checklista för chefer: [Samtala om sexuell hälsa](#) [21].



Så har vi prioriterat

Att erbjuda avslappningsövningar för personer med långvarig bäckensmärta eller ökad tonus i bäckenbotten har högsta prioritet, eftersom tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden kan ge lindring där andra alternativ ofta saknas.

Uppföljning av individuell bäckenbottenträning efter 3 till 6 månader har också högsta prioritet, eftersom detta bidrar till en adekvat bedömning av om insatsen haft effekt och om fortsatt behandling behövs. Uppföljningen bidrar dessutom till att undvika både under- och överbehandling.

Behandling med botulinumtoxin vid trängningar har hög prioritet. Det rör sig om ett tillstånd med mycket stor svårighetsgrad och där behandlingsalternativen är begränsade. Risken för komplikationer, som visserligen oftast är övergående, sänker prioriteten.

Strukturerad och individuellt anpassad bäckenbottenträning vid urininkontinens har också hög prioritet. Det har även kirurgisk behandling vid framfall eller förlossningsskada. Båda tillstånden har stor svårighetsgrad. Kirurgi vid ansträngningsinkontinens har dock fått något lägre prioritet, på grund av komplikationsriskerna.

Sexologisk konsultation vid bäckenbottendysfunktion som påverkar den sexuella hälsa negativt har också lägre prioritet, eftersom den gäller patienter med ett lindrigare hälsotillstånd än övriga rekommendationer på området. Vi vill dock understryka att detta rör en stor och heterogen patientgrupp, där svårighetsgraden kan variera. En individuell bedömning bör alltid göras, där patientens behov av sexologiskt stöd får avgöra insatsens utformning.

Slutligen rekommenderar vi **inte** urodynamiska undersökningar rutinmässigt. Nyttan är låg, samtidigt som åtgärden kan fördröja beslut om behandling och orsaka undanträngning av mer relevanta insatser.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Behandlingar som avslappningsövningar och bäckenbottenmuskelträning inklusive uppföljning kan ge förbättringar till en låg kostnad jämfört med kirurgiska alternativ. Dessa åtgärder kan bidra till att minska behovet av smärtlindrande läkemedel, inkontinenshjälpmedel och vårdbesök.

Sexologisk konsultation har en låg kostnad om det finns utbildad personal, men du som beslutsfattare behöver se över behovet av kompetensutveckling i regionen.

Kirurgisk behandling och behandling med botulinumtoxin i urinblåsan kan på kort sikt innebära högre kostnader för operationer, personal och rehabilitering. Men på lång sikt kan behovet av kontinuerlig läkemedelsbehandling och inkontinenshjälpmedel minska, vilket kan leda till att ni kan spara resurser. Minskade sjukskrivningar kan dessutom ge en samhällsekonomisk vinst.

Att avstå från rutinmässiga undersökningar av urinvägarnas funktion (urodynamiska undersökningar) kan minska onödiga kostnader. På nationell nivå innebär detta en besparing på närmare 10 miljoner kronor per år.¹ Genom att undvika överutredning kan ni i stället fokusera resurserna på åtgärder som ger mest nytta för patienterna.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för att följa upp området *behandla och följ upp*. Med dem mäter vi

- behandling av trängningar med botulinumtoxin i blåsa (indikator 3)
- kirurgisk behandling för kvinnor med förlossningsskada minst ett år efter förlossningen (indikator 4.1)
- vårdkontakter för kvinnor ett år efter kirurgisk behandling av förlossningsskada (indikator 4.2)
- kirurgisk behandling för kvinnor med framfall (indikator 5.1)
- vårdkontakter ett år efter kirurgisk behandling av framfall (indikator 5.2).

¹ Baserat på antagandet att alla 9000 patienter som hade diagnosen N39.3 (stressinkontinens) inom specialiserad öppen- och slutenvård 2023 (hämtat från Socialstyrelsens patientregister, PAR) hade en 60 minuter lång gynekologundersökning. Lönekostnaden hämtades från SCB:s genomsnittliga lönekostnader för gynekologer 202, inklusive sociala avgifter och overhead, enligt Tillväxtverkets rekommendationer, 2017.

I utvärderingen kommer Socialstyrelsen genomföra enkätundersökningar om konservativ behandling (indikator E4).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för bäckenbottendysfunktion](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Organisera multiprofessionellt

Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på samverkan för att patienterna ska få tillgång till en jämlik vård. Det behövs en multiprofessionell organisering med vårdpersonal från olika professioner som samarbetar för att patienter med komplexa tillstånd ska kunna få den vård de behöver. Det är också viktigt att stärka samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård.

Rekommendationer

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ...	Rekommendation	Prioritet
04	långvarig bäckensmärt	Erbjud multiprofessionellt omhändertagande från personal med specialistkompetens i bäckensmärt.	1
08	med bäckenbottendysfunktion där psykiatriska tillstånd ² bidrar till eller förvärrar tillståndet, eller försvårar behandlingen	Erbjud multiprofessionell behandling i samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård.	1

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för

- [adhd och autism](#)
- [schizofreni och schizofreniliknande tillstånd](#)
- [depression och ångestsyndrom](#).



Så har vi prioriterat

Båda rekommendationerna om att organisera multiprofessionellt gäller patienter med mycket svåra hälsotillstånd, och de har därför högsta prioritet. Multiprofessionellt omhändertagande vid långvarig bäckensmärt ger bättre symtomlindring än fragmenterade insatser, och bidrar till kontinuitet i vårdkedjan. Genom att etablera organisatorisk samverkan mellan den somatiska och psykiatriska vården kan patienter med dubbelt vårdbehov få

² Med psykiatriska tillstånd avses här psykiska sjukdomar och syndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

bättre omhändertagande, anpassat utifrån de individuella och komplexa förutsättningarna.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Multiprofessionell vård vid långvarig bäckensmärta kan minska behovet av upprepade vårdbesök, eftersom patienten får en mer personcentrerad och heltäckande behandling av smärtproblematiken. Under 2023 fick cirka 3 000 patienter tillgång till multiprofessionell vård av detta slag,³ men antalet kan stiga om fler diagnostiseras. Ni kan minska era kostnader om personalen arbetar strukturerat tillsammans mellan olika specialiteter, i stället för att varje verksamhet agerar enskilt.

Behandlingsresultaten kan förbättras med multiprofessionell vård när psykiatriska tillstånd bidrar till eller försvårar patientens hälsotillstånd. Dessutom kan behovet av långvarig vård minska. Färre sjukskrivningar kan också bli en följd, vilket sänker kostnaderna för sjukförsäkringen och innebär en samhällsekonomisk vinst.

Ni kan underlätta implementeringen av multiprofessionell vård genom att etablera samarbetsmodeller mellan olika vårdinstanser. På kort sikt kan detta innebära ökade kostnader för samordning och utbildning, och eventuellt fler initiala vårdbesök. På lång sikt kan dock kostnaderna för kroniska besvär, återbesök och specialistvård minska.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen kommer att utvärdera området *organisera multiprofessionellt* genom enkätundersökningar med fokus på

- multiprofessionellt omhändertagande från personal med specialistkompetens inom bäckensmärta (indikator 5)
- rutiner för samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård (indikator 6)

➔ **Läs mer** om [utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer](#) på Socialstyrelsens webbplats.

³ Uppgiften om cirka 3 000 patienter med diagnosen R10.2 (smärtor i bäcken och bäckenbotten) inom specialiserad öppen- och slutenvård 2023 är hämtad från Socialstyrelsens patientregister (PAR).

Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet, en region eller en kommun. Det handlar om att

- införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt
- avveckla behandlingar och metoder som inte har tillräcklig effekt, eller till och med är skadliga.

En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patientgrupper.

➔ Läs mer:

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [23]
- hos [Prioriteringscentrum](#), som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar.
- i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi [24].

Att implementera effektivt

Det går att implementera planerat och framgångsrikt, och ett aktivt ledarskap är centralt i denna process [25]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Nedan följer några viktiga steg i processen att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer, med fokus på verksamhetsnivå.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi idag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder idag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader? Finns det insatser som kan vara skadliga?
- Hur ofta utför vi ineffektiva eller skadliga insatser?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?

- Vilka insatser är viktigast att införa eller avveckla snabbt?
- Vad vill vi förebygga?
- Vad lägger personalen mest tid på i verksamheten?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att vården blir så effektiv som möjligt.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att avveckla ineffektiva arbetssätt.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår. Du behöver både följa upp att nya metoder används rätt och att avvecklade metoder inte börjar användas igen.

Har ni tagit fram lokala rutiner för er verksamhet utifrån de nationella riktlinjerna? Inkludera dem i ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Exempel på risker och utmaningar

Du som ska arbeta med implementering av nationella riktlinjer bör relatera dem till den befintliga verksamheten och göra en prioritering mellan flera områden utifrån behov av förbättring. Det finns ett antal risker och utmaningar i arbetet, som du behöver vara medveten om. Här följer några exempel som vi har hämtat från diskussioner med användare av olika riktlinjer. Vi ger också exempel på särskilda utmaningar kopplat till bäckenbottendysfunktion sist i detta avsnitt.

Olika områden har olika förutsättningar för utveckling

Som beslutsfattare eller chef behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Intervjuade riktlinjeanvändare framhåller till exempel att förutsättningarna ser mycket olika ut inom olika områden, vilket påverkar möjligheten att implementera riktlinjer och åstadkomma förändring. Faktorer som påverkar är till exempel

- patient- eller brukargruppens status och hur ”stark röst” den har i offentligheten
- om det finns särskilda yrkesgrupper som känner ansvar för patient- eller brukargruppen och hur stor genomslagskraft dessa har, till exempel utifrån resurser och starka företrädare
- hur komplext det aktuella hälsotillståndet är och hur många olika verksamheter som berörs
- om det finns verk samma åtgärder
- om det finns tillgång till data om patient- eller brukargruppen och vilka åtgärder som utförs
- om det görs ekonomiska satsningar [26].

Svårt att värdera risk för sjukdom mot faktisk sjukdom

Förebyggande arbete och arbete med till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för behandling av sjukdomar som redan har uppkommit. Risk för sjukdom ses också som mindre allvarligt än faktisk sjukdom enligt de etiska principerna för prioritering (se nedan). Förebyggande insatser har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga – samtidigt finns ju mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser. Det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och först då prioritera dem högt.

Särskilda utmaningar kopplat till bäckenbottendysfunktion

När det gäller vården vid bäckenbottendysfunktion finns det specifika implementeringsutmaningar. Symtom som rör urin- och analläckage, genital smärta och sexualitet är ofta tabubelagda, vilket kan hämma både patienters benägenhet att söka hjälp och personalens vilja att fråga. Samtidigt varierar kompetens och arbetssätt mellan verksamheter – särskilt i primärvården.

För att riktlinjerna ska bli användbara i klinisk vardag behöver implementeringsstödet

- **stärka samtalskompetens och minska stigma**, så att personalen kan ställa frågor om intima symtom på ett tryggt och professionellt sätt
- **bygga strukturerade arbetssätt** som stödjer systematisk bedömning, behandling och uppföljning
- **höja kunskapsnivån** – särskilt i primärvården, där många patienter först söker hjälp.

Utöver dessa grundläggande behov kan implementeringen behöva anpassning utifrån särskilda förutsättningar:

- **Olikartad kapacitet i landet:** Vissa regioner har etablerade, multiprofessionella team – andra kan behöva förstärka kompetens och strukturer.
- **Multiprofessionell vård:** Vid samsjuklighet krävs samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård. Implementering kan därför behöva stödja fungerande samarbetsmodeller över verksamhetsgränser.
- **Risk för undanträngning:** Om symtom inte uppmärksammas tidigt riskerar de att förvärras, vilket innebär större vårdbehov och kostnader. Implementeringsarbetet behöver därför främja tidiga insatser som förebygger eskalerande vårdbehov.

Genom att anpassa stödinsatserna till dessa förutsättningar ökar sannolikheten att riktlinjerna får faktisk effekt i vården – och att patienter med bäckenbottendysfunktion får tidigare, mer jämlik och ändamålsenlig behandling.

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60). Det gäller både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [7]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

➔ **Läs mer:** [Prioriteringscentrum](#) ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar.

Kompletterande stöd

Du som planerar och beslutar om vården vid bäckenbottendysfunktion behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar.

Motivera personalen

En framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Se till att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Det kan krävas särskilt stöd till personalen för att våga ställa frågor om symtom som rör sexualitet, läckage och smärta i underlivet. Lyft arbetet med attityder och föreställningar om vad som är normalt eller behandlingsbart – både hos vårdgivare och patienter.

Riktlinjer för samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar

Personer med bäckenbottendysfunktion kan ha andra sjukdomar och funktionsnedsättningar samtidigt. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. Olika vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser. Vi har nationella riktlinjer på följande områden med koppling till bäckenbottendysfunktion:

- [provocerad vulvodyni](#) – med flera rekommendationer som hänger nära samman med bäckenbottendysfunktion [27]
- [endometrios](#) – med flera rekommendationer som hänger nära samman med bäckenbottendysfunktion [28]
- [graviditet, förlossning och tiden efter](#) – med särskilda rekommendationer om att patienter med besvär efter förlossningen ska erbjudas bedömning, behandling och rehabilitering [29]
- [depression och ångestsyndrom](#) – som relaterar till rekommendationen om psykiatriska tillstånd [30]
- [schizofreni och schizofreniliknande tillstånd](#) – som relaterar till rekommendationen om psykiatriska tillstånd [31]
- [adhd och autism](#) – som relaterar till rekommendationen om psykiatriska tillstånd [32].

Under hösten 2025 planerar vi att publicera nationella riktlinjer om vård vid klimakteriebesvär.

Särskilda rekommendationer om bäckenbottenbesvär efter förlossning

De som har bäckenbottenbesvär efter förlossningen kan behöva tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering om läkningen och återhämtningen inte följer det normala förloppet. Som beslutsfattare behöver du säkra tillgången till team med fysioterapeuter, läkare, barnmorskor och andra relevanta yrkesgrupper efter behov, till exempel uroterapeuter.

För många kan det ta ett år eller mer efter förlossningen att rehabilitera sin bäckenbotten, och den multiprofessionella expertisen bör finnas tillgänglig så länge det behövs.

➔ Läs mer

- om Socialstyrelsens rekommendationer för eftervård i [Nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) [29].
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) har tillsammans tagit fram ett webbaserat utbildningsprogram för läkare och barnmorskor som arbetar i svensk förlossningsvård och eftervård: backenbottenutbildning.se.

Stöd för att samtala om sexuell hälsa

Bäckenbottendysfunktion leder ofta till försämrad sexuell hälsa. Socialstyrelsen rekommenderar därför sexologisk konsultation i dessa fall. Samtidigt kan frågor om sexuell hälsa med fördel ställas av många olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården – även av dem som saknar sexologisk utbildning.

Genom att vårdpersonal har en tillåtande hållning ställer frågor och ger enklare råd, blir det möjligt för patienten att få hjälp med sexuella problem [33, 34]. För att underlätta detta har vi tagit fram ett samtalsstöd på detta område, samt en checklista för chefer. Syftet är att stödja ett organiserat, personcentrerat arbetssätt som gör det möjligt att uppmärksamma och arbeta med sexuell hälsa i hälso- och sjukvården.

- ➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har tagit fram ett samtalsstöd för personal i primärvården och en checklista för chefer: [Samtala om sexuell hälsa](#) [21].

Rekommendationer om sjukskrivning

Socialstyrelsen har ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för **endometrios**, som är en diagnos som bland annat kan medföra långvarig bäckensmärta.

Beslutsstödet ska främst vägleda dig som är läkare, eller är handläggare vid Försäkringskassan, när du bedömer behov av sjukskrivning.

- ➔ **Läs mer** under rubriken *Sjukdomar i urin- och könsorganen* på Socialstyrelsens webbplats [Stöd inom försäkringsmedicin, på sidan Diagnoser](#).

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

- ➔ **Läs mer** om [patientsäkerhet på Socialstyrelsens webbplats](#).

Nationell högspecialiserad vård

Det finns åtgärder som utförs i nationell högspecialiserad vård som kan kopplas till bäckenbottendysfunktion. Nationell högspecialiserad vård är tillståndspliktig vård och får endast utföras i vissa regioner och på vissa sjukhus. Det finns två områden som är relevanta i relation till bäckenbottendysfunktion: nätkirurgi vid prolaps och urininkontinens och rekonstruktiv kirurgi efter förlossning.

Nätkirurgi vid prolaps och urininkontinens

Viss vård vid nätkirurgi vid prolaps och urininkontinens är nationell högspecialiserad vård:

- all vaginal nätkirurgi vid prolaps
- ställningstagande till och borttagande av vaginala prolapsnät
- ställningstagande till och eventuellt borttagande av inlagt nät efter inkontinensoperation.

➔ **Läs mer** om nationell högspecialiserad vård, [Nätkirurgi vid prolaps och urininkontinens](#), på Socialstyrelsens webbplats.

Rekonstruktiv kirurgi efter förlossning

Viss rekonstruktiv kirurgi efter förlossning är nationell högspecialiserad vård:

- kirurgisk behandling (sekundär sfinkterrekonstruktion) vid stora besvär med avföringsläckage efter förlossning, med påvisbar ultraljudsdefekt i sfinktermuskulatur, och där konservativ behandling inte har tillräcklig effekt
 - kirurgisk behandling vid anovaginala och rektovaginala fistlar efter förlossning.
- ➔ **Läs mer** om nationell högspecialiserad vård, [Rekonstruktiv kirurgi efter förlossning](#), på Socialstyrelsens webbplats.

Deltagare i riktlinjearbetet

Projektledning – rekommendationer

Deltagare

Fox Foxhage	projektledare, Socialstyrelsen
Kerstin Tóth Isaxon	projektledare, Socialstyrelsen
Anna Lindgren	lektor vid Linköpings universitet, leg. fysioterapeut och med dr, Gynekologiska mottagningen och Bäckensmärtenheten, Universitetssjukhuset i Linköping
Maria Lindqvist	docent vid Umeå universitet, barnmorska och verksamhetsutvecklare vid Centrum för obstetrik och gynekologi, Norrlands universitetssjukhus
Pia Teleman	docent, Lunds universitet, verksamhetschef ME Graviditet och förlossning, Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner, överläkare Karolinska Universitetssjukhuset
Eva Uustal	prioriteringsordförande, docent, överläkare, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, vetenskapligt råd i obstetrik och gynekologi för Socialstyrelsen

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Socialstyrelsen

Natalia Berg	informationsspecialist
Zara Daghbashyan	hälsoekonom
Hanna Norsted	vetenskaplig projektledare
Lina Lundström	vetenskaplig projektledare
Maria Silfverschiöld	hälsoekonom
Cecilia Mård Sterne	informationsspecialist
Gunilla Tegerstedt	vetenskaplig författare

Prioritering av rekommendationerna

Deltagare

Ursula Aho Fält	medicine doktor vid Lunds universitet, överläkare Bäckenbottencentrum Kirurgi, Skånes universitetssjukhus
Clara Björklund	barnmorska med ansvar för området bäckenbottenhälsa, BB Södertälje
Claudia Bruss	medicine doktor, överläkare obstetrik/gynekologi, processansvarig Bäckenbottencentrum Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus
Linnéa Engman	universitetslektor vid Örebro universitet, leg. psykolog och klinisk forskare, Smärtkliniken Capio S:t Görans sjukhus
Helena Hallencreutz Grape	master of science, doktorand vid Karolinska Institutet, specialistfysioterapeut obstetrik, gynekologi och urologi, uroterapeut, Karolinska Universitetssjukhuset
Emma Holmblom	överläkare, Centrum för Obstetrik och Gynekologi, Skellefteå
Cecilia Häggsgård	medicine doktor vid Lunds universitet, universitetsbarnmorska, Skånes universitetssjukhus
Karin Jerhamre Sund	mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Västra Götalandsregionen, medicinsk rådgivare, Regionhälsan
Anne Liljedahl	specialist i allmänmedicin och akutsjukvård, WOMNI och Matfors HC., Holistic Reproductive Health Practitioner/fertilitetsrådgivare Justissemetoden
Greger Lindberg	professor i mag- och tarmsjukdomar, och pedagogisk utvecklare vid Karolinska Institutet, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset
Helena Neymark Bachmeier	BSc (Hon) in Physiotherapy, leg sjukgymnast, Centralsjukhuset Karlstad
Birgitta Nordgren	medicine doktor, assisterande lektor vid Karolinska Institutet, specialistfysioterapeut obstetrik, gynekologi, och urologi, Karolinska Universitetssjukhuset
Elin Nyberg	barnmorska, barnmorskemottagningen Skellefteå
Lotta Renström Koskela	medicine doktor, överläkare urologi, ME Bäckencancer, Karolinska Universitetssjukhuset
Emilia Rotstein	medicine doktor, Karolinska institutet, överläkare, medicinskt ledningsansvarig för Karolinska bäckenbottencentrum, Karolinska universitetssjukhuset

Jenny Sjö Dahl	medicine doktor, adjungerad universitetslektor vid Linköpings universitet, leg. fysioterapeut och uroterapeut, magtarmmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Anna Skawonius	Specialistsjukgymnast, obstetrik, gynekologi och urologi, Karolinska Universitetssjukhuset
Sara Strandberg	specialistsjuksköterska och uroterapeut, Bäckenbottencentrum Kirurgi, Skånes Universitetssjukhus
Malin Swartling	med dr, överläkare, Akademiska sjukhuset, Fellow of the European Committee of Sexual Medicine

Projektleddning – indikatorer

Deltagare

Gudrun Jonasdottir Bergman	statistiker, Socialstyrelsen
Christina Broman	utredare, enhetskoordinator, Socialstyrelsen
Annabell Kantner	projektleddare indikatorer, Socialstyrelsen
Emilia Rotstein	expertstöd indikatorer, medicine doktor, Karolinska institutet, överläkare, medicinskt ledningsansvarig för Karolinska bäckenbottencentrum, Karolinska universitetssjukhuset
Maria State	enhetschef, Socialstyrelsen
Mikaela Svensson	statistiker, Socialstyrelsen

Andra medverkande

Deltagare från Socialstyrelsen

Sara Sjölund Andoff	utredare
Johanna Axelsson	kommunikatör
Anders Berg	enhetschef, projektägare
Maria Edén	utredare, stöd för implementering
Gunilla Granbom	redaktör
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Åsa Lindberg	jurist
Elin Linnarsson	utredare
Louise Ohlén	webbredaktör
Sofie Strömbäck	redaktör
Amanda Billinger Wilson	utbildningsspecialist, stöd för implementering

Susanne Åhlund	utredare, sakingång SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter)
Maja Österlund	huvudprojektledare

Samarbetspartner

I riktlinjerarbetet har Socialstyrelsen samverkat med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, specialistföreningar och patientföreningar. Andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga har också medverkat.

Sjukvårdshuvudmännen har samverkat via Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Genom detta system har också experter nominerats till de olika sakkunniggrupperna i riktlinjearbetet.

Referenser

1. Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom livet. Vårdens utmaningar och vägar framåt.: Sveriges regioner och kommuner (SKR); 2022.
2. Identifierade behov av strategiska insatser inom hälso- och sjukvården på området kvinnors hälsa. Socialstyrelsen; 2022.
3. Stav K. Chronic Pelvic Pain Syndromes in Males. United States, North America: Springer International Publishing; 2016.
4. Bakalis VI. Evaluating Quality of Life of Prostate Cancer Patients After Radical Prostatectomy. *Cureus*. 2025; 17(3):e79973.
5. Sager SL, Laufer MR. Chronic pelvic pain in children and adolescents. United Kingdom, Europe: Oxford University PressOxford; 2021.
6. da Silva LMB, Freire SND, Moretti E, Barbosa L. Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-sectional Study. *International urogynecology journal*. 2024; 35(5):1077–84.
7. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård : ett verktyg för rangordning. [Linköping]: Prioriteringscentrum; 2017.
8. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021.
9. Milsom I, Gyhagen M. Breaking news in the prediction of pelvic floor disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2019; 54:41–8.
10. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014; 28(7):977–90.
11. Skaug KL, Engh ME, Frawley H, Bø K. Prevalence of Pelvic Floor Dysfunction, Bother, and Risk Factors and Knowledge of the Pelvic Floor Muscles in Norwegian Male and Female Powerlifters and Olympic Weightlifters. *The Journal of Strength & Conditioning Research*. 2022; 36(10).
12. Bosch-Donate E, Vico-Moreno E, Fernández-Domínguez JC, González-Trujillo A, Sastre-Munar A, Romero-Franco N. Symptomatology and knowledge regarding pelvic floor dysfunctions and influence of gender stereotypes in female athletes. *Scientific Reports*. 2024; 14(1):11052.
13. Gillor M, Saens P, Dietz HP. Demographic risk factors for pelvic organ prolapse: Do smoking, asthma, heavy lifting or family history matter? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021; 261:25–8.
14. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology*. 2020; 46(1):5–14.
15. Bø K, Anglès-Acedo S, Batra A, Brækken IH, Chan YL, Jorge CH, et al. Strenuous physical activity, exercise, and pelvic organ prolapse: a narrative scoping review. *International Urogynecology Journal*. 2023; 34(6):1153–64.
16. Pang R, Chen Y. Pelvic Floor Dysfunction. I: Pang R, Zhou X, Lu J, red. *The Female Pelvis - Anatomy, Function and Disorders*. Rijeka: IntechOpen; 2024.

17. Thia I, Jeewa F. Management of Pelvic Floor Dysfunction in Connective Tissue Disorders Including Ehlers-Danlos Syndrome. I: Stothers L, Macnab AJ, red. *Frontiers in Pelvic Floor Medicine - Translating Science into Practice*. Rijeka: IntechOpen; 2024.
18. Binkova A, Uebelhart M, Dällenbach P, Boulvain M, Gayet-Ageron A, Abdulcadir J. A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with Female Genital Mutilation/Cutting. *Reproductive Health*. 2021; 18(1):39.
19. Förstudie till kunskapsstöd om vård vid kvinnlig bäckenbottendysfunktion. Socialstyrelsen; 2024.
20. Enskildas erfarenheter och behov av vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa : en intervjuundersökning. Sweco; 2024.
21. Samtala om sexuell hälsa : samtalsstöd för dig som möter patienter i primärvården. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2024.
22. Begrepp inom området psykisk hälsa : version 1.0. 2024. Hämtad 2025-04-29 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-6-9186.pdf>
23. Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2012.
24. Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2016.
25. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annual Review of Public Health*. 2014; 35:255–74.
26. Nationella riktlinjer och utvärderingar. Förslagsrapport mars 2020. Pm. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
27. Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni : prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2022.
28. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
29. Graviditet, förlossning och tiden efter : prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser : nationella riktlinjer 2025. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2025.
30. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
31. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
32. Adhd och autism : prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten : nationella riktlinjer 2024. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2024.
33. Annon JS. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of sex education and therapy*. 1976; 2(1):1–15.
34. Taylor B. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing standard*. 2006; 21(11).
35. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna om vård vid bäckenbottendysfunktion innehåller 14 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet [Rekommendationer](#) ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer, med motiveringar till varje rekommendation. De är uppdelade i följande områden:

- identifiera bäckenbottendysfunktion
- behandla och följ upp
- organisera multidisciplinärt.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i webbilagan Rekommendationslista i Excelformat.

Identifiera bäckenbottendysfunktion

Till den första instans som patienten möter

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
01	För personer med symtom på bäckenbottendysfunktion: Säkerställ en strukturerad anamnes, exempelvis med stöd av Socialstyrelsens checklista.	Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en mer adekvat bedömning av patientens vårdbehov, jämfört med att inte använda ett sådant stöd. Åtgärden är en förutsättning för att identifiera de personer inom gruppen med mycket stor svårighetsgrad. Den kan genomföras på alla vårdnivåer och innebär inga extra kostnader. Åtgärden innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.	1
02	För personer med symtom på bäckenbottendysfunktion: Erbjud undersökning i benstöd, inklusive palpation av bäckenbottenmuskulatur och provokationstest för framfall.	Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en mer adekvat bedömning av behandlingsbehov, jämfört med att inte utföra en sådan undersökning. <i>Kommentar:</i> Undersökningen bör utföras utifrån erfarenhet och kompetens. Vid osäkerhet bör patienten remitteras vidare.	2

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
03	<p>För personer med symtom på bäckenbotten-dysfunktion:</p> <p>Utvärdera styrkan och funktionen i bäckenbottens muskulatur med ett validerat instrument.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till att identifiera de personer inom gruppen med mycket stor svårighetsgrad samt till en mer adekvat bedömning av behandlingsbehov, jämfört med att inte utvärdera musklernas styrka och funktion.</p> <p><i>Kommentar:</i> Undersökningen bör utföras utifrån erfarenhet och kompetens. Vid osäkerhet bör patienten remitteras vidare.</p>	2
14	<p>För personer med symtom på bäckenbotten-dysfunktion:</p> <p>Säkerställ kompetensutveckling för yrkesgrupper i primärvården om bäckenbottens anatomi, funktion och dysfunktion, samt bedömning och handläggning.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden kan i förlängningen identifiera de personer inom gruppen med mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till att kvinnor med bäckenbottendysfunktion får bättre vård, jämfört med att inte erbjuda kompetensutveckling inom området. Åtgärden är viktig för att kunna ge tidiga insatser och för att kunna remittera patienter rätt vid behov.</p>	2

Behandla och följ upp

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
06	<p>För personer med långvarig bäckensmärta eller ökad tonus i bäckenbotten-muskulaturen:</p> <p>Erbjud avslappningsövningar för bäckenbotten-muskulaturen för att minska tonus och spänning, samt för att öka förmågan till avslappning.</p>	<p>Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en bättre symtomlindring, jämfört med att inte instruera till sådana övningar.</p> <p><i>Kommentar:</i> Undersökningen bör utföras utifrån erfarenhet och kompetens. Vid osäkerhet bör patienten remitteras vidare.</p>	1

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
13	<p>För personer med bäckenbottendysfunktion som har instruerats att genomföra strukturerad och individuellt anpassad bäckenbottenmuskelträning i högst 6 månader:</p> <p>Erbjud uppföljning efter 3–6 månader för att utvärdera effekten och besluta om avslut eller fortsatta åtgärder.</p>	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en bättre utvärdering av träningens effekt och en mer adekvat bedömning av fortsatt behandlingsbehov, jämfört med att inte göra någon uppföljning.</p> <p><i>Kommentar:</i> En insatt behandling behöver följas upp.</p>	1
10	<p>För personer med trängningar, med eller utan urininkontinens, där konservativ behandling eller läkemedelsbehandling inte har haft tillräcklig effekt:</p> <p>Erbjud behandling med botulinumtoxin i urinblåsan.</p>	<p>Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en bättre, kliniskt relevant, effekt på ett antal (viktiga) utfall avseende symtomlindring och livskvalitet, jämfört med kontrollgruppen. Samtliga sammanslagna utfallsmått har måttlig tillförlitlighet.</p> <p><i>Kommentar:</i> Åtgärden kan innebära en del komplikationer, som oftast är övergående. Behandlingsalternativen är få för denna patientgrupp.</p>	2
05	<p>För personer med urininkontinens:</p> <p>Erbjud strukturerad och individuellt anpassad bäckenbottenmuskelträning under minst 3 månader, där kontraktionsförmågan säkerställs genom att palpera.</p>	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en bättre symtomlindring för kvinnor med urininkontinens, jämfört med om träningsinstruktionerna inte är strukturerade och individuellt anpassade samt om kontraktionsförmågan inte har säkerställts.</p> <p><i>Kommentar:</i> Det är viktigt att även utreda orsaken till urininkontinensen.</p>	3
11	<p>För personer med framfall eller förlossningsskada, där konservativ behandling inte har haft tillräcklig effekt:</p> <p>Erbjud kirurgisk behandling.</p>	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en bättre symtomlindring, jämfört med att inte erbjuda kirurgisk behandling.</p> <p><i>Kommentar:</i> Åtgärden kan innebära en del komplikationer, även om de är relativt ovanliga. Samtidigt kan åtgärden också vara en förutsättning för vidare rehabiliteringsåtgärder.</p>	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
09	För personer med ansträngningsinkontinens där konservativ behandling inte har haft tillräcklig effekt: Erbjud kirurgisk behandling, som miduretral slyngplastik och uretrala injektioner.	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en bättre symtomlindring, jämfört med att inte erbjuda sådan kirurgisk behandling. <i>Kommentar:</i> Åtgärden kan innebära komplikationer, vilka bör delges patienten inför operation. Patienter bör också följas upp efter utförd kirurgi.	4
07	För personer med bäckenbottendysfunktion som påverkar den sexuella hälsan negativt: Erbjud sexologisk konsultation.	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en förbättrad sexuell hälsa, jämfört med att inte erbjuda sådan konsultation.	5
12	För personer med ansträngningsinkontinens: Erbjud inte urodynamisk undersökning rutinmässigt.	Att utföra en urodynamisk undersökning inför operation ger ingen skillnad i objektivet mätt eller patientskattat utfall av operationen. De oönskade effekterna av åtgärden överväger de önskade effekterna. Att rutinmässigt utföra en urodynamisk undersökning kan innefatta fördröjt beslut om behandling utan medicinsk vinst och kan innebära en risk för undanträngningseffekter.	Icke-göra

Organisera multiprofessionellt

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
04	För personer med långvarig bäckensmäta: Erbjud multiprofessionellt omhändertagande från personal med specialistkompetens inom bäckensmäta.	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden leder till en bättre symtomlindring för kvinnor med långvarig bäckensmäta, jämfört med att patienten inte får ett multiprofessionellt omhändertagande.	1

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
08	<p>För personer med bäckenbottendysfunktion där psykiatriska tillstånd bidrar till eller förvärrar tillståndet, eller försvårar behandlingen:</p> <p>Erbjud multiprofessionell behandling i samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård.</p>	<p>Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till en bättre symtomlindring, jämfört med om åtgärden inte genomförs.</p>	1

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i dessa nationella riktlinjer, framför allt för rekommendationer med hög prioritet (1–3) och icke-göra. Dessutom finns andra indikatorer med stor relevans för området. Alla indikatorer listas i tabell 1–3.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård. Med detta menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer i denna bilaga redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för bäckenbottendysfunktion](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Tabell 1. Övergripande indikatorer

Nr	Namn
1	Bäckenbottendysfunktion bland kvinnor 18 år eller äldre
2	Upprepade besök för bäckenbottendysfunktion

Tabell 2. Registerbaserade indikatorer för behandla och följ upp

Nr	Namn	Rekommendationens id
3	Behandling av trängningar med botulinumtoxin i blåsa.	10
4.1	Kirurgisk behandling av förlossningsskada	11
4.2	Vårdkontakter ett år efter kirurgisk behandling av förlossningsskada	11
5.1	Kirurgisk behandling av framfall	11
5.2	Vårdkontakter ett år efter kirurgisk behandling av framfall	11

Tabell 3. Enkätbaserade indikatorer som kommer att vidareutvecklas under utvärderingen

Nr	Namn	Rekommendationens id
E1	Strukturerad anamnes, undersökning i benstöd och utvärdering av styrka i bäckenbottenmuskulatur	01, 02, 03
E2	Rutinmässigt urodynamisk undersökning vid ansträngningsinkontinens	12
E3	Kompetensutveckling för personal inom primärvården	14
E4	Konservativ behandling	05, 06, 13
E5	Multiprofessionellt omhändertagande från personal med specialistkompetens inom bäckensmärta	04
E6	Rutiner för samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård	08

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [35]. En indikator för god vård ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka
- ange en riktning, det vill säga ange om höga eller låga värden är eftersträvaransvärda (när vi mäter något utan en sådan riktning använder vi uttrycket centralt mått i stället för indikator).

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor (såsom enkäter)
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- [Rekommendationslista i Excelformat](#)
- [Kunskapsunderlag](#)
- [Metodbeskrivning](#)

Socialstyrelsen har tillsammans med experter på bäckenbottendysfunktion tagit fram en checklista för strukturerad anamnes.

- [Bäckenbottenfunktion – checklista för en strukturerad anamnes](#)

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- [Indikatorer för bäckenbottendysfunktion](#)

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/backenbottendysfunktion.

Bilaga 4. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna om vård vid bäckenbottendysfunktion har publicerats en första version. Se tabell 1.

Tabell 1. Versionshistorik för nationella riktlinjer om vård vid bäckenbottendysfunktion

Publiceringsår	Aktivitet
2025	Riktlinjerna publiceras i en första version.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid bäckenbottendysfunktion. Vi beskriver också rekommendationernas organisatoriska konsekvenser, och redovisar indikatorer för uppföljning och utvärdering. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker.

