



SBU KARTLÄGGER
PUBLIKATION NR: 320_1
PUBLICERAD: 1 FEBRUARI 2021
NEDLADDAD: 3 MAJ 2026

Kartläggning av metoder för diagnostik och behandling av graviditetskomplikationen graviditetsrelaterad bäckensmärta

Identifiering av evidens och vetenskapliga
kunskapsluckor utifrån systematiska översikter

Innehåll

1. Inledning	3
1.1 Uppdrag och syfte	3
1.2 Målgrupper	3
2. Bakgrund	4
Evidensbedömning i systematiska översikter	5
3. Metod	7
3.1 Projektplan	7
3.2 Graviditetsrelaterad bäckensmärt	7
3.3 Hantering av inkomna synpunkter på frågeställningar	11
3.4 Process för urval av studier	11
3.5 Kategorisering av de systematiska översikterna	13
4. Urval av artiklar	14
4.1 Flödesschema	14
5. Resultatkapitel	15
6. Överväganden för forskning	16
7. Medverkande	18
7.1 Projektgrupp	18
8. Ordförklaringar och förkortningar	20
9. Referenser	21
Bilagor	22

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/320_1

1. Inledning

1.1 Uppdrag och syfte

Denna rapport har tagits fram på uppdrag av Regeringen (Regeringsuppdrag dnr S2019/05315/RS) och syftar till att identifiera och granska systematiska översikter som studerat diagnostik eller behandling av graviditetskomplikationen graviditetsrelaterad bäckensmärt, för att:

- visa på behov av tillförlitliga systematiska översikter,
- utifrån systematiska översikter visa på vilka områden som det finns tillförlitlig och sammanställd vetenskaplig evidens och på vilka områden sådan saknas,
- utifrån systematiska översikter visa på behov av fler primärstudier

För att avgränsa projektet så har projektgruppen valt att fokusera på komplikationer som drabbar modern och är specifika för en graviditet. För att ytterligare avgränsa rapporten har den även avgränsats till komplikationsområden som är allvarliga eller vanliga. I avgränsningen beaktades även de projekt som pågår på SBU samt om en komplikation nyligen utvärderats av SBU eller någon annan aktör. Graviditetsrelaterad diabetes och preeklampsi (havandeskapsförgiftning) är exempel på två områden som tidigare genomgått en granskning av det vetenskapliga stödet.

Det kunskapsområde som denna kartläggning innefattar är således diagnostik och behandling av graviditetsrelaterad bäckensmärt.

Graviditetsrelaterad bäckensmärt har kategoriserats av sakkunniga utifrån diagnostiska metoder, behandlingsmetoder och utfall som är aktuella och används eller antas bli aktuella att användas i Sverige.

Resultatet av kartläggningen blir [evidenskartor](#) som visar var det finns respektive saknas tillförlitliga sammanställda forskningsresultat (systematiska översikter), de systematiska översikternas bedömning av evidens och vetenskapliga kunskapsluckor samt hur eventuella kunskapsluckor kan fyllas. I processen för denna kartläggning ingår däremot ingen prioritering av de vetenskapliga kunskapsluckor som identifieras.

1.2 Målgrupper

Målgruppen för denna rapport är forskare, forskningsfinansiärer och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården.

2. Bakgrund

Under graviditeten kan komplikationer som drabbar modern eller barnet uppstå. Då graviditeten påverkar hela kroppen kan i stort sett kvinnans alla organ påverkas och drabbas av graviditetskomplikationer. Om kvinnan har en sjukdomsbild innan graviditeten så kan den förvärras under graviditeten. Det finns många olika graviditetskomplikationer som kan drabba såväl kvinnan som barnet. En graviditetskomplikation som kan uppstå under en graviditet är graviditetsrelaterad bäckensmärta.

Bäckensmärta (så kallad foglossning) drabbar cirka 30 procent av alla gravida kvinnor och debuterar oftast kring graviditetsvecka 18, men kan ibland debutera redan i graviditetsvecka 8–10 [1] och inom tre veckor efter förlossningen. Bäckensmärta kan också debutera efter trauma mot bäckenet [2]. Orsaken till graviditetsrelaterad bäckensmärta är okänd, men insöndring av hormonet relaxin, den växande magen och den förändrade kroppshållningen anses spela roll. Hormoninsöndringen medför att rörligheten i alla kroppens leder ökar och att en uppmjukning av bindväv i fogarna sker men syftar specifikt till att öka rörligheten i bäckenet för att underlätta barnets passage under förlossningen. Dessa faktorer ställer större krav på muskler och ledband och ökar risken för bäckensmärta. Föreslagna riskfaktorer för bäckensmärta som undersökts i fler studier är ålder, Body Mass Index, paritet och rökning, men en systematisk översikt som beskriver rollen av dessa riskfaktorer för utveckling av bäckensmärta under graviditet saknas [3]. Diagnosen ställs efter en standardiserad undersökning där ländryggsmärta uteslutits och smärtprovokationstest kunnat provocera fram bäckensmärta. Den specifika anamnesen innefattar tids- och belastningsrelaterad smärta lokaliserad mellan höftkammarna och skinkvecken tillsammans med eller utan smärta i blygdbenet [2]. Smärtan kan flytta sig från sida till sida och strålar ofta ner i låret [2]. Behandlingen utgörs bland annat av information om tillståndet, ergonomiska råd, ett bäckenbälte, akupunktur, kryckor, muskelstabiliserande träning, hel- eller deltidssjukskrivning. Kvinnorna beskriver en negativ inverkan på upplevelsen av att vara gravid, funktion, samliv, moderskap, möjligheten att yrkesarbeta och oro för att besvären ska kvarstå efter förlossningen [4]. De flesta kvinnor som får bäckensmärta har kvar besvären hela graviditeten men tillfrisknar under de första månaderna efter förlossningen oavsett om de fått behandling för den under graviditeten eller inte, men den kan också vara början till ett kroniskt smärttillstånd. Bäckensmärta efter förlossningen har rapporterats hos 17,5, 8,5 och 10 procent av kvinnorna efter 3 månader, 2 år och 11 år [5] [6] [7]. Risk för upprepning av bäckensmärta vid ny graviditet är stor men inte definitivt [8]. Kvinnor med tidigare ländryggssmärta och smärta i alla bäckenets leder (båda sakroiliakalederna plus symfysen) och många positiva smärtprovokationstest under graviditeten, har störst risk för

kroniska besvär vilket medför påverkan på funktion i vardagen och därmed en sänkt livskvalitet. För en del kvinnor kan oro för att återfå bäckensmärta medföra att de väljer att avstå från en ny graviditet [1] [3].

Evidensbedömning i systematiska översikter

En systematisk översikt med låg eller måttlig risk för bias sammanfattar den vetenskapliga kunskapen för en specificerad frågeställning (Faktaruta 2.1). Vetenskaplig kunskap identifieras genom att en systematisk översikt dragit slutsatsen att det finns kunskap. En vetenskaplig kunskapslucka uppstår när det saknas kunskap om vilken effekt en metod eller insats har eller när en systematisk översikt för den specifika frågeställningen saknas (Faktaruta 2.2).

Faktaruta 2.1. Systematiska översikter

En välgjord systematisk översikt (systematic review) ska uppfylla höga krav på tillförlitlighet och reproducerbarhet. En systematisk översikt följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slump eller systematiska fel påverkar slutsatserna. Hit hör:

- En preciserad fråga/problem.
- Systematisk sökning efter all relevant litteratur för den fråga eller problem som behandlas.
- Reproducerbarhet: redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) för att sälla fram den relevanta litteraturen samt hur sökning och relevansgranskning skett.
- Risk för biasbedömning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna.
- Extraktion av data och tabellering av de studier som har inkluderats
- Sammanvägning av resultaten i till exempel en metaanalys.
- En bedömning av hur välgrundade resultaten är (evidensgradering).

En välgjord systematisk översikt ger läsaren möjlighet att bedöma tillförlitligheten i slutsatserna och att kontrollera om någon viktig litteratur inte kommit med i bedömningen.

Faktaruta 2.2. Vetenskapliga kunskapsluckor

En vetenskaplig kunskapslucka uppstår när det saknas kunskap om vilken effekt en metod eller insats har. Baserat på vilken forskning som behövs för att fylla luckan finns tre typer av vetenskapliga kunskapsluckor enligt SBU:s modell:

- En systematisk översikt behövs:
 - när en tillförlitlig systematisk översikt saknas. För dessa frågeställningar kan det finnas primärstudier, men för att fastställa kunskapsläget behöver studierna granskas och vägas samman i en systematisk översikt.
- Fler primärstudier behövs:
 - när en tillförlitlig systematisk översikt över befintliga studier visar att det inte går att avgöra vilken effekt en metod eller insats har. Det kan bero på att det saknas studier eller att tillförlitligheten i det sammanvägda resultatet är mycket låg, se Faktaruta 2.3 där ett evidensgraderingssystem (GRADE) beskrivs.
- En uppdaterad systematisk översikt behövs:
 - när det tidigare gjorts en systematisk översikt och där nya primärstudier på området har tillkommit som möjligen kan ändra kunskapsläget.

När en vetenskaplig kunskapslucka identifieras i en systematisk översikt kan den, som beskrivs i faktarutan ovan, fyllas genom två sätt det vill säga att den systematiska översikten uppdateras eller genom att det finns fler primärstudier. Det första alternativet används då översikten anses så gammal att det troligen tillkommit nya primärstudier som kan ha ändrat kunskapsläget. Det andra alternativet används när översikten är ny och det troligtvis inte har tillkommit några nya primärstudier sedan översikten publicerats. Gränsen för när en inkluderad systematisk översikt ansågs ny var om den var publicerad år 2015 eller tidigare.

Faktaruta 2.3. Tillförlitlighet enligt GRADE-systemet

En systematisk översikt väger samman resultat från olika studier t ex i en metaanalys.

Sammanvägningen görs separat för varje utfall som utvärderas. Det sista steget i arbetet med den systematiska översikten är att bedöma hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten är. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (<http://www.gradeworkinggroup.org>) som ett stöd i bedömningarna. En viktig aspekt av GRADE är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen av det sammanvägda resultatet med GRADE görs utifrån fem olika aspekter:

- sammanvägd risk för bias (snedvridning) för resultaten från de ingående studierna
- hur mycket resultaten i studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet; engelska: inconsistency)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de ingående studierna skiljer sig från översiktens inklusionskriterier (bristande överförbarhet; engelska: indirectness),
- hur stor den statistiska osäkerheten är i det sammanvägda resultatet (bristande precision; engelska: imprecision) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: publication bias).

När det vetenskapliga underlaget består av studier som inte är randomiserade tas även hänsyn till storleken på resultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt om tänkbara snedvridande faktorer (engelska: confounders) kan förväntas missgynna en intervention.

För en mer detaljerad beskrivning av GRADE hänvisas till [Metodboken](#) [9].

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

(⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet.

(⊕⊕⊕○) Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet.

(⊕⊕○○) Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet.

(⊕○○○) Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (det innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer).

När det saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges "studier saknas", utan klassificering.

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att resultatet stämmer medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att resultatet stämmer. I båda fallen är resultaten osäkra och tolkningen är att det i de flesta fall behövs mera forskning.

3. Metod

3.1 Projektplan

En projektplan för denna rapport utarbetades av projektgruppen och fastställdes genom beslut den 12 maj 2020.

3.2 Graviditetsrelaterad bäckensmärt

3.2.1 Fråga

Vad finns det för vetenskaplig evidens respektive kunskapsluckor för diagnostik och behandling av graviditetsrelaterad bäckensmärt?

3.2.2 Urvalskriterier

3.2.3 Population

Kvinna med enkelbörd som under graviditeten drabbats av graviditetsrelaterad bäckensmärt.

3.2.4 Indextest/Intervention

Indextest

En metod för att diagnostisera graviditetsrelaterad bäckensmärt.

Intervention

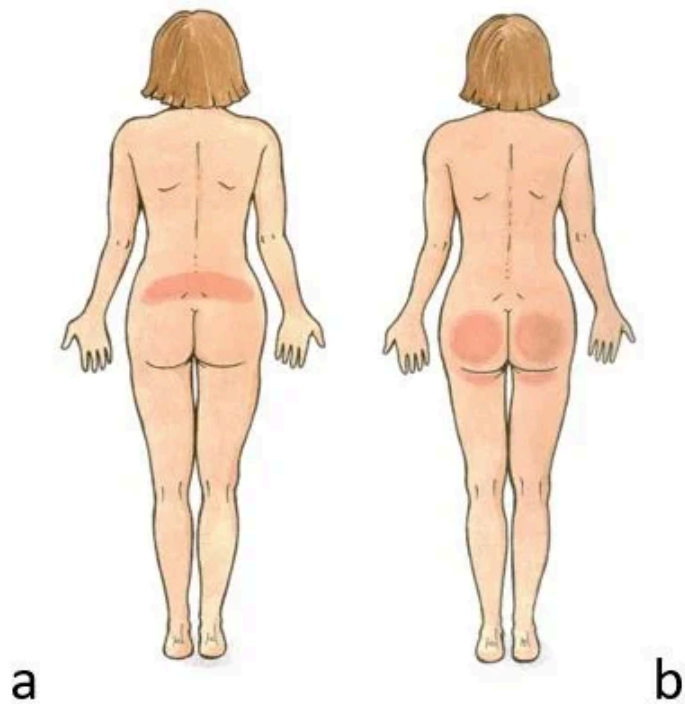
En intervention för att behandla graviditetsrelaterad bäckensmärt.

I Tabell 3.3 listas exempel på metoder för att diagnostisera eller behandla graviditetsrelaterad bäckensmärt.

Tabell 3.3. Graviditetsrelaterad bäckensmärt (exempel på diagnostiska tester och interventioner)

Diagnostiskt test (indextest)	Intervention
<p>Bakre bäckensmärta: Anamnes (smärta i bakre delen av bäckenet), smärta vid vändning i sängen, smärtritning visar markeringar över bakre delen av bäckenet. Kliniska smärtprovokationstest: modifierat Trendelenburg test, Posterior pelvic pain provocation test (4p-test), Straight Leg raise test . Distraction test, Gaenslen's test, Compression test, Sacral thrust test. Test av funktion: Active Straight Leg Test Egentest: 4p-test, Bridging test, Four-point kneeling with leg extension test.</p> <p>Främre bäckenet: Anamnes (smärta i främre delen av bäckenet), smärtritning visar markeringar över främre delen av bäckenet. Kliniska smärt-provokationstest: Palpation av symfyser, Patric Faber test , modifierat Trendelenburgs test Egentest (kvinnan): MAT-test, modified Trendelenburg test</p>	<p>Läkemedel mot bäckensmärta. Paracetamol eller kortisoninjektion i ledbandsfästen (efter förlossningen)</p>
<p>Patientrapporterade symtom såsom tids- och belastningsrelaterade huggande och molande smärta som upplevs främst i området omkring sakroiliakalederna, men ibland också i symfys och ljumskar. Smärtan förvärras efter en tids stående, gående, sittande och vid vändning i sängen. Den kan stråla ut i sätesmuskulaturen och ner på baksidan av benen men inte ner i foten. Kvinnan ska själv peka ut lokalisationen för smärtan eller markera lokalisationen av smärtan på en smärtritning. I Figur 1 visas lokalisation av smärta vid 'vanlig' ländryggsmärta respektive bakre bäckensmärta</p>	<p>Egenvård inklusive patientundervisning (information om tillståndet, ergonomi, hållningsträning), bäckenbälte, generell träning (t.ex.yoga, vattengymnastik, gruppträning, hemträningsprogram), avslappningsövningar, värme (bad, dusch, vetekudde) Fysioterapi, t.ex. transkutan nervstimulering (TENS), utprovning av bäckenbälte, akupunktur, bålstabiliserande träning, bäckenbottenträning, individuellt anpassad träningsprogram utformat av fysioterapeut och bäckenvändning. Manuell terapi t.ex. massage, osteopati inklusive kraniosakral terapi eller kiropraktisk behandling.</p>

Figur 1. Lokalisation av ländryggsmärta (a) respektive bakre bäckensmärta (b)



3.2.5 Kontroll/referenstest

Annan diagnostisk metod eller behandlingsmetod än indextest eller intervention, eller ingen behandling. Ingen kontroll behövs när utfallet biverkningar studerats.

3.2.6 Utfall

Endast utfall som uppstår under graviditeten och som mäts under graviditeten eller upp till sex månader efter förlossningen. I Tabell 3.4 nedan listas utfall för graviditetsrelaterad bäckensmärt.

Tabell 3.4. Utfall för diagnostik eller behandling av graviditetsrelaterad bäckensmärt

Utfall diagnostik
Diagnostisk tillförlitlighet
Biverkningar av diagnostisk metod
Utfall behandling
Bäckensmärta
Kvarstående bäckensmärta efter förlossning
Funktion, t.ex. mätt med Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ)
Hälsorelaterad livskvalitet, t.ex. mätt med EuroQol
Sjukskrivning
Upplevelser och erfarenheter
Biverkningar av behandling t.ex. övergående ökad smärta, obehag, smärta eller stickblödning vid nålstick
Depression
Stress
Kvarstående bäckensmärta efter förlossning

3.2.7 Studiedesign

Systematiska översikter, oavsett publikationsår, på engelska, svenska, danska eller norska ingår. Även HTA-rapporter kan ingå.

3.2.8 Avgränsningar

Endast metoder som används i Sverige eller kan tänkas användas i Sverige inom en snar framtid inkluderas i kartläggningen. Systematiska översikter som inte redovisar en så pass tydlig frågeställning så att de kan kategoriseras i kartan exkluderas då de inte är relevanta för kartan.

3.3 Hantering av inkomna synpunkter på frågeställningar

Flertalet kliniker samt Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och nationellt programområde (NPO), en patientorganisation och en patientrepresentant ombads via mejl ge synpunkter på urvalskriterierna. Patientrepresentanten och en kliniker gav återkoppling. Deras synpunkter berörde vikten av att individer med graviditetskomplikationen bäckensmärta får en grundlig utredning och behandling då bäckensmärta kan leda till kronisk ryggsmärta som är svårare att behandla än den ursprungliga bäckensmärta. Dessa synpunkter har påverkat projektet på så sätt att längre uppföljningstid efter förlossning ingår i kartläggningen av graviditetsrelaterad bäckensmärta.

3.4 Process för urval av studier

3.4.1 Litteratursökning

Projektets informationsspecialist utformade och genomförde litteratursökningar i samråd med projektets sakkunniga och projektledare. Databaser som söktes var: Cinahl, Embase, Epistemonikos, HTA-database och PubMed. Sista datum för litteratursökningen var juni 2020.

Särskild vikt lades vid att utforma sökstrategierna på ett sådant sätt att sökningarna skulle vara uttömmande och förutsättningslösa i syfte att fånga så många som möjligt av alla relevanta studier.

I sökstrategierna användes söktermer ur databasernas olika ämnesordslister tillsammans med söktermer hämtade ur abstrakt och titlar. Sökningen avgränsades inte till publiceringsår men till språk: danska, engelska, norska och svenska.

Litteratursökningen presenteras i sin helhet i [Bilaga 1](#).

3.4.2 Bedömning av relevans

Relevanta systematiska översikter identifierades och selekterades i två steg: (1) urval efter bedömning av relevans av de systematiska översiktens titel och sammanfattning samt (2) urval efter att ha läst de systematiska översikterna i sin helhet (relevansbedömning). Båda dessa steg genomfördes parvis av projektgruppens medlemmar, oberoende av varandra.

Abstraktgranskningen gjordes med hjälp av programmet Rayyan. Vid oenighet gällande relevans för en artikel som lästs i sin helhet fördes först en diskussion inom paret och vid behov involverades hela projektgruppen i diskussionen och beslut togs i konsensus.

Vid relevansgranskningen bedömdes även hur överförbara de diagnostiska metoderna och behandlingarna som utvärderades i översikterna är till svenska förhållanden. Om inte dessa ansågs möjliga att använda i svensk kontext exkluderades översikten på grund av bristande relevans.

3.4.3 Bedömning av risk för bias

Projektgruppen bedömde, parvis och oberoende av varandra, de systematiska översikternas risk för bias med stöd av de frågor som finns beskrivna i AMSTAR I granskningsmall [10] utifrån sex delsteg (detaljerad beskrivning återges i [Bilaga 2](#)). Dessa delsteg är:

1. Frågeställning och litteratursökning.
2. Relevansbedömning.
3. Bedömning av risk för bias och data-presentation av ingående studier.
4. Sammanvägning och analys.
5. Evidensgradering och slutsatser.
6. Transparent dokumentering.

En systematisk översikt granskas upp till det steg där båda granskarna anser att den har otillräckligt genomförande. Kartläggningen inkluderar däremot inte någon risk för biasbedömning av de primärstudier som ingår i de systematiska översikterna.

3.4.4 Kriterier för acceptabel risk för bias

Projektgruppen bedömde de systematiska översikternas risk för bias, med stöd av en granskningsmall som baseras på frågorna i AMSTAR I [10] och används vid granskning av systematiska översikter (Faktaruta 2.1). För att en översikt skulle anses ha tillräckligt låg risk för bias (låg/måttlig risk för bias) ska den uppfylla följande sex kriterier:

1. En tydlig frågeställning och en transparent och återupprepningsbar litteratursökning som bör fånga upp studier som besvarar frågeställningen.
2. En relevansbedömning av granskade studier som genomförts av minst två personer oberoende av varandra.
3. En risk för biasbedömning av inkluderade studier som är genomförd av minst två personer oberoende av varandra och där bedömningen för varje inkluderad studie är tydlig och dess sammantagna påverkan på översiktens slutsats(er) finns beskriven.
4. Extraktion av data och tabellering från de studier som har inkluderats.
5. Sammanvägning av resultaten i till exempel en metaanalys.
6. En bedömning av hur välgrundade resultaten är, till exempel en evidensgradering.

Om en översikt brister i något av dessa steg, till exempel saknar en litteratursökning som presenterats på ett transparent sätt eller om litteratursökningen inte täcker in frågeställningen så att risken är stor att relevanta primärstudier inte kommit med i sökningen, eller om det är otydligt om eller hur granskning eller bedömning av primärstudierna genomförts så bedömdes risken för bias vara hög. Bedömningen av risk för bias finns redovisat i respektive interaktiv evidenskarta.

3.5 Kategorisering av de systematiska översikterna

Samtliga inkluderade systematiska översikter, oavsett risk för biasbedömning, kategoriserades utifrån innehåll mot de förbestämda diagnostiska metoder, behandlingar och utfall. Detta arbete gjordes av en sakkunnig person i gruppen samt kontrollerades av en annan person. Beroende på om översikten har inkluderat en eller fler interventioner respektive utfall kan samma översikt märkas med mer än en diagnostisk metod/behandlingsmetod/utfall. Översikternas kategoriseringar åskådliggjordes i den interaktiva evidenskartan.

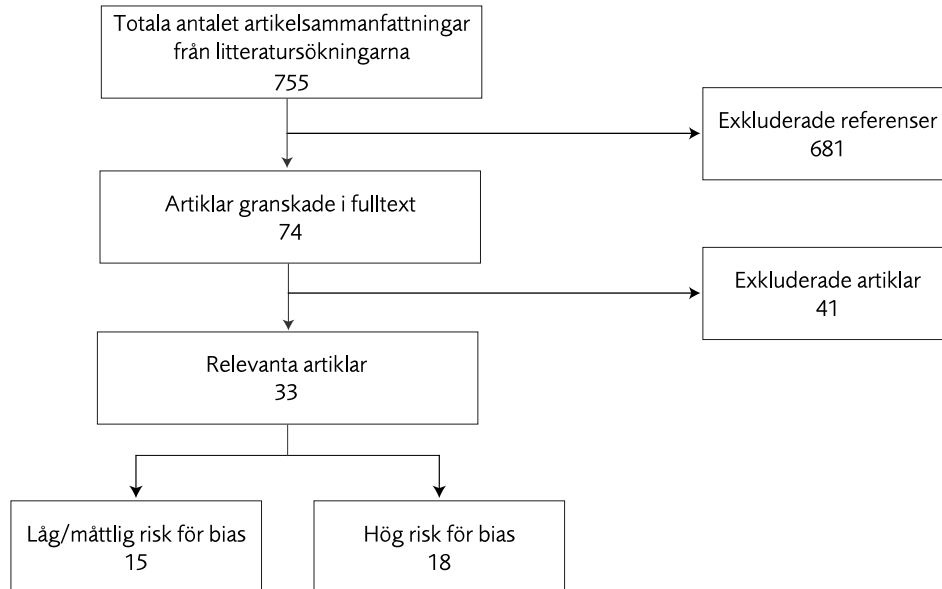
3.5.1 Bedömning av evidens eller vetenskaplig kunskapslucka

Endast för översikter med låg till måttlig risk för bias markerades även om översiktsförfattarna bedömer att det finns viss evidens (låg, måttlig eller hög tillförlitlighet enligt t.ex. GRADE) respektive vetenskaplig kunskapslucka (Faktaruta 2.2). Beroende på hur den vetenskapliga kunskapsluckan kan fyllas (Faktaruta 2.2) märktes även översikten upp med ”mer primärstudier behövs” eller ”en uppdaterad översikt behövs”. Denna bedömning lades till de kategoriserade översikterna i den interaktiva evidenskartan. Då flera metoder och utfall kan ingå i en och samma översikt med låg till måttlig risk för bias kan den bli uppmärkt med både ”viss evidens finns” och ”fler primärstudier behövs”.

För de kombinationer av metoder och utfall som inte studerats i någon av de systematiska översikterna med måttlig eller låg risk för bias föreligger det en vetenskaplig kunskapslucka av typen ”en systematisk översikt behövs”.

4. Urval av artiklar

4.1 Flödesschema



5. Resultatkapitel

I evidenskartor för diagnostik och behandling av graviditetsrelaterad bäckensmärta finns samtliga relevanta systematiska översikter kategoriserade och länkade ([till evidenskartorna](#)). I evidenskartorna kan man se i vilka områden som det finns tillförlitlig och sammanställd vetenskaplig kunskap och i vilka sådan kunskap saknas. Evidenskartan visar även var det finns behov av fler primärstudier och var det finns behov av en uppdaterade tillförlitliga systematiska översikter. För de interventioner och utfall där det i evidenskartan saknas tillförlitliga systematiska översikter finns behov av sådana.

Av de 33 relevanta systematiska översikterna som identifierades hade 15 låg till måttlig risk för bias. Fjorton av dessa översikter har studerat en eller flera av behandlingsmetoderna generell träning (t.ex. yoga, gruppträning, vattengymnastik), bålstabiliserande träning, bäckenbottenträning, bäckenbälte, avslappningsövningar, massage, akupunktur, samt manipulation av bäckenet i form av massage, osteopati, kiropraktik. Det eller de utfall som studerats är smärta, funktion, livskvalitet, sjukskrivning, kvarstående bäckensmärta efter förlossning samt bieffekter av behandlingen. Även om översikternas resultat inte är entydiga så visar de enskilda översikterna att det både finns vetenskapliga kunskapsluckor och viss evidens för behandlingsmetoderna. Det saknas översikter som har studerat utfallen stress, depression, eller kvinnornas upplevelser och erfarenheter. Det saknas även systematiska översikter av låg eller måttlig risk för bias som har sammanställt eventuell forskning rörande läkemedelsbehandling av graviditetsrelaterad bäckensmärta. Endast en systematisk översikt har studerat diagnostik och den översikten konkluderade att det saknas vetenskaplig kunskap om klassifikationssystemen för diagnostik av graviditetsrelaterad bäckensmärta.

6. Överväganden för forskning

Det faktum att det föreligger en vetenskaplig kunskapslucka är inte detsamma som att en insats saknar effekt. Det innebär endast att det finns en vetenskaplig osäkerhet om effekten och att en systematisk översikt eller ytterligare studier behövs för att kunna säkerställa den.

Att hälso- och sjukvården använder insatser som är vetenskapliga kunskapsluckor kan vara problematiskt, men det behöver inte alltid vara det. Om en insats används som saknar tillräcklig evidens, kan mottagarna utsättas för onödiga risker i relation till den nytta som insatsen kan ge. Å andra sidan finns det en risk att personer undanhålls en potentiellt värdefull insats om den inte används över huvud taget.

Det faktum att det föreligger brister i det vetenskapliga underlaget betyder inte att det saknas orsak till att välja en viss insats framför en annan i praxis. Metoder som potentiellt kan utsätta personer för stor risk ska självfallet undvikas. Metoder där effekten inte är uppenbar eller metoder som inte studerats eller som medför särskilt höga kostnader, torde också undvikas tills dess att de prövats ut i praktisknära studier (ordnat införande). Insatser baserade på relevanta, etablerade och teoretiska antaganden är att föredra mot metoder som saknar sådan teoretisk grund.

För att bedöma vilka kunskapsluckor som bör beforskas är det viktigt att dessa uppfyller något eller flera av följande kriterier:

- viktigt för individens hälsa och välfärd
- viktigt ur samhälleligt perspektiv
- väsentlig praxisvariation
- stor ekonomisk betydelse
- etiskt betydelsefullt
- kontroversiell, uppmärksammas eller aktuell fråga

Ytterligare en aspekt som är viktig att ta hänsyn till är brukarnas perspektiv. Det är också viktigt att kunskapsluckans område är praktiskt möjligt att beforska, samt att forskningen kan bedrivas på ett etiskt acceptabelt sätt. Vi har i detta projekt inte gjort någon prioritering mellan de olika kunskapsluckorna, efter angelägenhetsgrad för framtida forskning. Ett framtida projekt skulle kunna omfatta en sådan rangordning genom att använda en prioriteringsmetod framtagen av brittiska James Lind Alliance där kunskapsluckor prioriteras i samverkan mellan profession och brukare [11].

För de områden där det helt saknades systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias så är behovet i första hand att ta fram en sådan. För de vetenskapliga kunskapsluckor som baserar sig på systematiska översikter av låg eller måttlig risk för bias är det i första hand fler primärstudier som behövs för att på sikt kunna fylla kunskapsluckan.

7. Medverkande

7.1 Projektgrupp

7.1.1 Sakkunniga

- Helen Elden, docent. Phd och Universitetssjukhusöverbarnmorska, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborgs universitet
- Linda Englund Ögge, PhD, Överläkare, Östra sjukhuset, Göteborg
- Anna-Karin Wikström, Professor Uppsala universitet, Överläkare, Akademiska sjukhuset Uppsala.

7.1.2 Kansli

- Helena Domeij, projektledare SBU
- Rebecca Silverstein, biträdande projektledare SBU
- Anne Syversson, projektadministratör
- Ann Kristine Jonsson, informationsspecialist
- Maria Ahlberg, projektadministratör
- Mikael Nilsson, projektägande chef till och med september 2020
- Helena Domeij, projektägande chef, från och med oktober 2020

7.1.3 Externa granskare

- Annelie Gutke, Leg fysioterapeut, docent, specialist gynekologi, obstetrik och urologi, Institutionen för Neurovetenskap och fysiologi, Enheten för fysioterapi, Göteborgs universitet
- Ove Axelsson, Senior professor, Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa, Uppsala universitetssjukhus
- Bo Jacobsson, Professor, Universitetssjukhusöverläkare, Kvinnokliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer som förbättrat rapporten. SBU har dock inte alltid möjlighet att tillgodose alla ändringsförslag och de externa granskarna står därför inte med nödvändighet bakom samtliga texter i rapporten.

7.1.4 Bindningar och jäv

Sakkunniga och externa granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklARATIONER om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

8. Ordförklaringar och förkortningar

Sakroiliakalederna

SI- lederna, lederna mellan korsben och höftben

Symfysen

Blygdbenet

9. Referenser

1. Elden H, Lundgren I, Robertson E. Life's pregnant pause of pain: pregnant women's experiences of pelvic girdle pain related to daily life: a Swedish interview study. *Sex Reprod Healthc.* 2013;4(1):29-34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.11.003>.
2. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008;17(6):794-819. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>.
3. Wuytack F, Begley C, Daly D. Risk factors for pregnancy-related pelvic girdle pain: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):739. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03442-5>.
4. Mackenzie J, Murray E, Lusher J. Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. *Midwifery.* 2018;56:102-11.
5. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(6):505-10.
6. Elden H, Gutke A, Kjellby-Wendt G, Fagevik-Olsen M, Ostgaard HC. Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:276. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1154-0>.
7. Gutke A, Lundberg M, Ostgaard HC, Oberg B. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *Eur Spine J.* 2011;20(3):440-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1487-6>.
8. Leadbetter RE, Mawer D, Lindow SW. Symphysis pubis dysfunction: a review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004;16(6):349-54. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767050400018247>.
9. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. [accessed 2020-12-17]. Available from: <http://www.sbu.se/metod>.
10. SBU. Mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR. Tillgänglig via http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_systematiska_oversikter.pdf. 2014.
11. James Lind Alliance Priority Setting Partnership (JLASP). National Institute of health Resaerch (NIHR). [accessed 23 december 2020]. Available from: <http://www.jla.nihr.ac.uk>.

Bilagor

[Bilaga 1. Litteratursökning och Bilaga 2. Granskningsmall för risk för biasbedömning \(baserad på AMSTAR I-mallen\)](#) (pdf)