

Algoritme for behandling av urininkontinens blant kvinner

Hvilke faktorer fremkommer fra et litteratursøk, som relevante i en algoritme for å kartlegge, utrede og behandle fire kategorier urininkontinens blant kvinner i kommunehelsetjenesten?

Guro-Marie Eiken



Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

27.05.2014

© Forfatter: Guro-Marie Eiken

År: 2014

Tittel: Algoritme for behandling av urininkontiens blant kvinner

Forfatter: guromarie@hotmail.com

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
 sykepleievitenskap.
 Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Guro-Marie Eiken	Dato: 27.05.14
Tittel og undertittel: <p>Algoritme for behandling av urininkontinens blant kvinner.</p> <p>Hvilke faktorer fremkommer fra et litteratursøk, som relevante i en algoritme for å kartlegge, utrede og behandle fire kategorier urininkontinens blant kvinner i kommunehelsetjenesten?</p>	
Sammendrag: <p>Bakgrunn Urininkontinens er et stort problem blant kvinner i alle aldre. Kvinner søker ikke medisinsk hjelp og fastleger spør sjelden kvinner om urininkontinens. Samhandlingsreformen gir føringer om tidlige intervensjoner og pasienter skal i større grad utredes og behandles i kommunehelsetjenesten.</p> <p>Hensikt Utarbeide en algoritme for å kartlegge, utrede og behandle fire kategorier urininkontinens blant kvinner i kommunehelsetjenesten.</p> <p>Metode Litteraturstudie. Det ble søkt etter guidelines i Helsebiblioteket, etter oppsummert forskning i McMaster pluss og til slutt et systematisk litteratursøk i databasene CINAHL, Ovid Medline og SweMed+.</p> <p>Resultat En algoritme bestående av fem hoveddeler. Del 1 er sykehistorie, fysisk undersøkelse og urinprøvetaking, del 2 viser hvilke pasienter som ikke skal behandles i kommunehelsetjenesten, del 3 klassifiserer de fire typene urininkontinens, del 4 består av behandling og tiltak og del 5 er evaluering av behandlingsforløpet.</p> <p>Konklusjon De fleste kvinner med urininkontinens kan utredes og behandles i kommunehelsetjenesten. Algoritmen gir en strukturert oversikt over kartlegging, utredning og behandling og kan være et nyttig redskap for avanserte kliniske sykepleiere og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten i møtet med kvinner med urininkontinens.</p>	
Nøkkelord: Litteraturgjennomgang, algoritme, avansert klinisk sykepleier, sykehistorie, kartlegging, behandling, kommunehelsetjenesten	



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
 sykepleievitenskap.
 Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Guro-Marie Eiken	Date: 27.05.14
Title and subtitle: Algorithm for the treatment of urinary incontinence in women. From a literature review, which factors reveal relevant in an algorithm aiming to assess, examine and treat four different categories of urinary incontinence among women in the community health service?	
<u>Abstract:</u> Background Urinary incontinence is a major problem among women of all ages. Women do not seek medical care and primary care physicians rarely ask women about urinary incontinence. Coordination Reform provides guidelines for early interventions and patients will increasingly be evaluated and treated in community health. Purpose Design an algorithm to identify, assess and treat four categories of urinary incontinence among women in community health. Method Literature study. A search for guidelines in Health Library, for research summarized in the McMaster PLUS and finally a systematic literature search in the databases CINAHL, Ovid Medline and Swemed +. Results An algorithm consisting of five main parts. Section 1 is the medical history, physical examination and urine sampling, section 2 shows which patients should not be treated in community health, section 3 classifies the four types of urinary incontinence, section 4 consists of treatment and measures and section 5 is the evaluation of treatment. Conclusion Most women with urinary incontinence can be evaluated and treated in community health. The algorithm provides a structured overview of assessing, diagnosing and treating urinary incontinence, and may be a useful tool for advanced clinical nurses and other health care professionals in community health when treating women with urinary incontinence.	
Key words: Literature Review, algorithm, advanced clinical nurse, medical history, assessing, treatment, community health	

Forord

Masteroppgaven er skrevet etter Regler for masteroppgavearbeidet – Masterstudiet i avansert geriatrisk sykepleie og normer for skriftlig arbeid ved Universitet i Oslo. Oppgaven er skrevet som artikkel og i det format som forfatterveileder i Sykepleien Forskning angir.

Å skrive masteroppgaven har vært en spennende, lærerik, utfordrende og til tider frustrerende prosess. Min veileder, professor Ellen Karine Grov, har gjennom hele skriveprosessen inspirert, støttet og veiledet meg på en fremragende måte – tusen takk! Jeg vil også takke professor Marit Kirkevold for konstruktive tilbakemeldinger gjennom skriveprosessen. Takk til mine medstudenter i avansert geriatrisk sykepleie ved Universitet i Oslo for støtte på så mange plan gjennom tre fantastiske år.

Takk til min arbeidsgiver Nøtterøy kommune ved virksomhetsleder for hjemmetjenester Bård F. Aslesen og soneleder Else-Maria Bito Rygh for lønnet permisjon og tilrettelegging av turnus gjennom hele studiet. Takk for støtte og oppmuntring fra kollegaer ved Sjølyst arbeidslag. En spesiell takk til Rannveig Velken for hjelp, råd, støtte og oppmuntring gjennom hele studiet.

Tusen takk til min kjære Preben for tålmodighet, for å lytte og dytte meg videre når jeg har tvilt på meg selv, og takk for all hjelp med det skrivetekniske. Sist, men ikke minst, tusen takk til mine kjære barn Helene og Kyrre for at dere har vært så tålmodige med mamma som student.

Vestskogen 27.05.2014

Guro-Marie Eiken

Innledning

Urininkontinens (UI) defineres som enhver form for ufrivillig vannlating og er et stort problem på verdensbasis, spesielt blant kvinner. Spesifikke etiologiske årsaker kan ofte identifiseres blant yngre kvinner, mens det hos eldre kvinner ofte er multifaktorelle årsaker (1-3). I litteraturen beskrives fire hovedkategorier UI: stress UI (SUI), hastverks UI (UUI), miks UI (MUI) og over-aktiv blære (OAB), se tekstboks 1 (2,4-6).

Tekstboks 1: Kategorier inkontinens. Bearbeidet og oversatt etter artiklene 2, 4, 5, 6.

Type UI	Symptomer
Stress urininkontinens (SUI)	Ufrivillig urinlekkasje assosiert med økt intraabdominalt trykk som ved latter, hoste, nysing, tunge løft eller hard fysisk aktivitet. Skyldes en svakhet i bekkenbunnen eller sfinkterfunksjonen. Den mest vanlige formen for UI og mer vanlig blant yngre kvinner.
Urge urininkontinens (UUI)	Plutselig og kraftig vannlatningstrang hvor det er vanskelig å holde på urinen på vei til WC. Vannlatningen er i gang idet trangen setter inn eller umiddelbart etter. Skyldes detrusoroveraktivitet eller ufrivillig sammentrekning av urinblæren. Mengden urinlekkasje varierer fra noen dråper til fullstendig blæretømming. Den mest vanlige formen for UI blant kvinner over 65 år.
Mixed urininkontinens (MUI)	Er en kombinasjon med elementer av både SUI og UUI. Den nest mest vanlige type UI blant eldre kvinner.
Overflow urininkontinens (OUI)	Defineres som et symptom eller syndrom. Assosieres med redusert følelse av full blære og/eller ufullstendig blæretømming og konstant drypping eller småskvetting. Blæreparese eller avløpshindringer er vanlige årsaker.

Prevalens av UI blant kvinner er høy og varierer, definert som enhver urinlekkasje minimum en gang siste år (1). Prevalensen øker med alder og UI er høyere enn fekal inkontinens (1,4,5,7). Blant norske kvinner er prevalensen 26-38 % (8).

Risikofaktorer

Det er mange risikofaktorer forbundet med UI og følgende fremheves i litteraturen: alder, kjønn, rase, etnisitet, barnefødsler, hormonterapi, overvekt og høy BMI, redusert kognitiv funksjon, nedsatt mobilitet, miljømessige barrierer, fekal inkontinens eller obstipasjon,

diabetes, hypertensjon, nyresykdom, hysterektomi, menopause, urinveisinfeksjon, kols, hjerteinfarkt, hjerneslag, depresjon, nevrologiske sykdommer, søvnproblem, visse typer medikamenter (spesielt diuretika), fysisk aktivitet, høyt inntak av kaffe og alkohol, og røyking fremheves som risikofaktorer for utvikling av urininkontinens hos kvinner (1,4,6,9).

Aldersrelaterte endringer

Med økende alder oppstår gradvise fysiske forandringer i de nedre urinveier hos kvinner. Reduksjon i urinblærens elastisitet, kapasitet og størrelse gir hyppigere vannlating, svekkelse av detrusomuskelen fører til ufullstendig blæretømming og vansker med å starte vannlatingen, spontane sammentrekninger av detrusomuskelen øker og gir plutselige symptomer (tekstboks 2) og tap av muskeltonus fører til svakere urinstråle, ufullstendig blæretømming, konstant drypping av urin, urinretensjon og dermed økt risiko for urinveisinfeksjoner. Lavere østrogennivå etter menopause resulterer i atrofi av slimhinnene og kan medvirke til UI (1,4).

Kvinner søker ikke hjelp for UI

Kvinnene har en oppfatning om at UI er en del av det «å være en kvinne», de anser ikke sine symptomer på UI som alvorlige nok og regner det ikke som et medisinsk problem. Gjennom mange år de har funnet måter å håndtere UI på, de betrakter urinlekkasje som en del av den normale aldringsprosessen eller de tror ikke det finnes behandling som kan lindre og redusere plagene og symptomene. Mange kvinner vil ikke bry legen med UI, de føler at legen har for liten tid eller de tar opp problemet helt på slutten av konsultasjonen. UI er assosiert med flauhet, det er unaturlig for den eldre generasjonen å snakke om intime problem og mannlige leger gjør det enda vanskeligere (5,7,10,11).

Fastleger spør ikke kvinner om UI

Fastleger spør sjelden kvinner om UI problemer og tilbyr sjelden undersøkelse eller utredning (12-14). Den generelle holdningen blant leger er preget av «terapeutisk nihilisme» (tolket som å overse betydningen av problemet og mulig behandling), som referert i Tenuissen (14), for liten tid og for få ansatte til å gjøre undersøkelser og varierende kunnskaper om behandling av UI (14). Eldre pasienter med UI har ofte et komplekst sykdomsbilde og høy grad av komorbiditet, som bidrar til motstand både hos pasient og fastlege når det gjelder undersøkelse og iverksetting av behandling. Leger beskriver prioritering av de mest alvorlige sykdommer og symptomer, og pasientene er enige at UI er blant deres minste medisinske problemer, men et problem som i stor grad preger hverdagslivet (13,14). Videre nevnes pessimisme når det gjelder etterlevelse og effekt av behandling (14).

Blant leger er det store variasjoner i systematikk og omfang av klinisk undersøkelse, dersom den utføres i løpet av konsultasjonen (13). Det finnes riktignok retningslinjer for behandling av UI, diagnostisk etterlevelse av guidelines er relativt god, men behandling i tråd med retningslinjene er dårlig (12, 14).

Samhandlingsreformen (15) gir føringer om forebygging og tidlige intervensjoner for helseproblemer. Alle nivå i helsetjenesten skal samarbeide og pasienter skal i større grad utredes og behandles i kommunehelsetjenesten. Et utvidet helsetilbud på kommunalt nivå vil kreve økt kompetanse i flere fagområder og pasienter med kroniske lidelser vil få oppfølging av helseproblemer lokalt (15).

Sykepleie er et av flere fagområder hvor økt kompetanse er en viktig forutsetning for at samhandlingsreformen skal lykkes (16). Avansert klinisk sykepleier/advanced nurse practitioner (ANP) har en master i avansert klinisk sykepleie og omfattende praksis. ANP har derfor kompetanse til å identifisere UI og gjøre kliniske vurderinger gjennom pasientens

sykehistorie, fysiske undersøkelser, evaluering av funn og iverksetting av relevant behandling (5,6,17,18).

Denne artikkelen beskriver en algoritme som ANP, og annet helsepersonell, kan bruke som et redskap i kartlegging, utredning og behandling av kvinner med UI i kommunehelsetjenesten.

Hvilke faktorer fremkommer fra et litteratursøk, som relevante i en algoritme for å kartlegge, utrede og behandle fire kategorier urininkontinens blant kvinner i kommunehelsetjenesten?

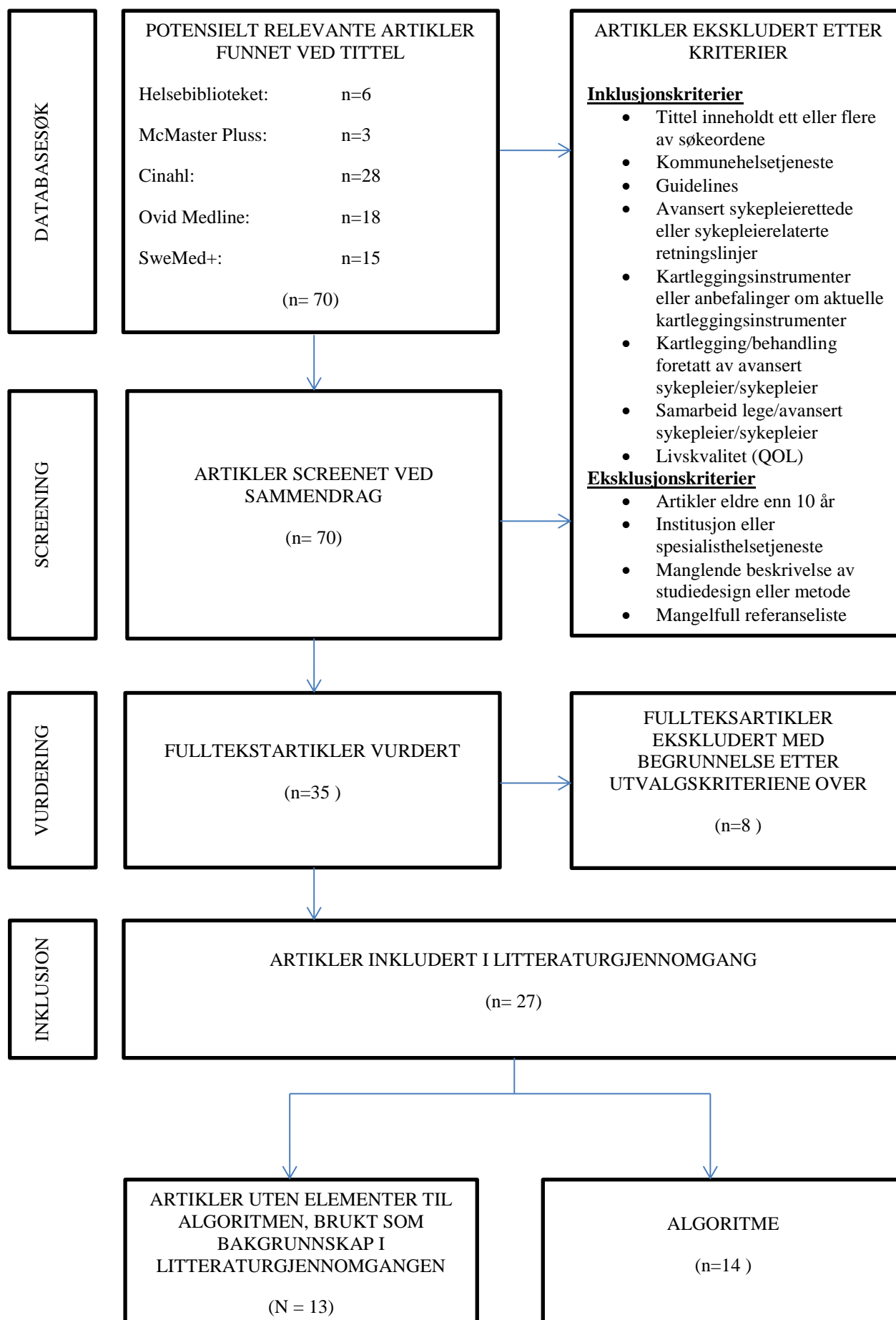
Metode:

Gjennom en litteraturstudie (19) søkes svar på problemstillingen. Først ble det søkt etter guidelines i Helsebiblioteket med søkeordet «urinary incontinence». Deretter oppsummert forskning i McMaster pluss med søkeordet «urinary ioncontinence management». Til slutt et systematisk litteratursøk i databasene CINAHL, Ovid Medline og SweMed+, databaser som inneholder fagfelleverderte artikler. Søkeordene var urinary incontinence female, nurse practitioner/nurse clinician, nursing assessment/ medical history taking, general practitioner, primary health care, quality of life (QOL) og guidelines. Søkeordet «urinary incontinence» ble kombinert med AND i de ulike databasene og flytskjemaet viser søkeprosess og utvalgsriterier (figur 1). Referanselistene i inkluderte studier ble gjennomgått for å se etter relevante studier for algoritmen, men ingen artikler ble tatt med.

Kravet til å kalles en oversiktsartikkel er at metoden for datainnsamling er beskrevet. 10 artikler i matrisen (tabell 1) tilfredsstillter ikke dette kravet, men er skrevet av eksperter på temaområdet UI og publisert i databasene jeg har søkt i. Artikkene tas med fordi de innholdsmessig bidrar til relevante elementer for algoritmen. Artikkene har elementer som er å betrakte som forstadium til en retningslinje eller algoritme. 14 artikler er utgangspunkt for

algoritmen. Det er betydelig overlapp i innholdet i flere av de 14 artiklene. Komponenter til algoritmen er de overordnede punktene i alle de 14 artiklene.

Figur 1: Flytdiagram studieleksjon



Tabell 1.

Forfatter, årstall nasjonalitet	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Resultat	Del av algoritme
Albers-Heitner et al 2007. Nederland.	Identifisere bruk av guidelines blant fastleger ift UI.	Cross-sectional studie.	264 spørreskjema.	Fastleger følger bare retningslinjer delvis. Diagnostiske råd er bra, men råd ift behandling er dårlig.	
Albers-Heitner et al 2011. Nederland.	Undersøke om involvering av ANP i legepraksis vil redusere alvorlighetsgrad og innvirkning av UI.	RCT	384 deltakere	Involvere ANP som et supplement til fastleger i behandling av UI kan gi positive effekter på alvorlighetsgraden av UI hos pasienter.	
Albers-Heitner et al 2011. Nederland.	Utforske erfaringer og holdninger vedrørende avansert sykepleier i primærhelsetjenesten og deres rolle i behandling av pasienter med UI.	Fokusgruppe intervju. Primærstudie som del av større RCT.	6 ANP	Protokoller, arbeidsbeskrivelser og konkrete ansvarsområdene forutsetning og må være beskrevet for godt samarbeid ANP/fastlege. Personlig kontakt ANP/lege - leger tok oftere kontakt med ANP. ANP kontaktet lege v.b for diagnostisering av bekkenbunn og medisinerings. ANP opplevde at leger verdsatte deres arbeid.	
Barentsen et al 2012. Nederland	Sammenligne effekt av forskjellige type og alvorlighetsgrad av UI på QOL.	Cross-sectional, del av RCT i primærhelsetjenesten.	225 kvinner over 55 år	Alvorlighetsgrad av urininkontinens har størst innvirkning på livskvalitet hos kvinner, snarere enn type UI.	1a
Cacchione et al 2004. USA	Beskrivelse av funksjonen avansert sykepleier i relasjon til pasienter med UI.	Litteraturreview. (Oppgir ikke metode).	31 artikler.	Beskrivelse av ANP funksjon/ansvarsområde med fokus forebygging/behandle helsemessige endringer. ANP har kvalifikasjoner til å ha ansvar for pasienter med UI. Sykehistorie og fysisk undersøkelse med funksjonell/nevrologisk/muskel-og skjelett/abdominal/gynekologisk undersøkelse. Laboratorieundersøkelse: urinprøve.	
DuBeau et al 2014.		Systematisk oppsummert forskning.		Epidemiology, risikofaktorer og patogenese vedrørende UI.	
DuBeau et al 2014.		Systematisk oppsummert forskning.		Tilnærming til kvinner med UI.	1a, 1b, 1c, 2
DuBeau et al 2014.		Systematisk oppsummert forskning.		Behandling og forebygging av UI hos kvinner.	1a, 2, 4a, 4b, 4c, 5
Fritel et al 2010. Frankrike.	Guideline for klinisk praksis.	Litteraturreview.		Syntese av anbefalinger ift stress urininkontinens.	4c
Goode et al 2010. USA	Presentere og diskutere evidens for evaluering av UI blant eldre kvinner.	Litteraturreview. (Oppgir ikke metode).	107 artikler.	Sykehistorie viktigste element for diagnostisering av type UI. Kartleggingsskjema nyttig for diagnostisering. Behandling starter med adferdsterapi, livsstilsendringer og lokal østrogenbehandling. Mål for behandling settes sammen med pasienten.	1a, 1b, 4a, 4b, 4c

Forfatter, årstall nasjonalitet	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Resultat	Del av algoritme
Gray 2004. USA.	Oppsummere og syntetisere eksisterende kunnskap ift epidemiology, pathofysiologi, evaluering og behandling av SUI hos kvinner.	Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	59 artikler.	Sykehistorie: blæredagbok. Fysisk undersøkelse med stort fokus på GU. Urinprøve. Behandling med fokus på adferdsterapi.	4b
Gray 2005. USA.	Oversikt over hva som kan gjøres i primærhelsetjenesten og av avanserte sykepleiere ift kvinner med UI.	Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	106 artikler.	Fremgangsmåte for screening/diagnostisering i primærhelsetjenesten og av ANP. Behandlingsstrategi for UI, oppsummerer risikofaktorer forbundet med UI, definerer ulike typer UI.	1a, 4b
Horrocks et al 2004. England	Identifisere årsaker til at eldre mennesker ikke søker hjelp for problemer med urininkontinens.	Dybdeintervju.	20 kvinner	Alder-UI en normal del av fysiske aldringsprosessen. Unaturlig å snakke om intime problem. Oppfatning om at graviditet, fødsler, kirurgi eller bivirkning av medisiner var vanlige årsaker til UI. Flauhet, skam, nedsatt selvfølelse, latterliggjørelse og forakt forbindes med UI. Mannlige leger hinder for mange kvinner. Vil ikke bry legen med problemet. Ikke klar over muligheter for behandling. UI ansees ikke som medisinsk problem.	
Keilman 2005. USA.	Gi en oversikt over UI blant eldre. Tilnærming til evaluering og behandling i primærhelsetjenesten.	Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	68 artikler.	Klassifisering av UI. Sykehistorie: livssituasjon, boforhold, blæredagbok inkludert avføring, medisiner. Fysisk undersøkelse: kardiovaskulær, ekstremiteter, nevrologisk inkludert kognitiv, abdominal og gynekologisk. Diagnostiske tester: urinprøve. Henviser ved: hematuri, ingen respons av behandling. Behandling: Adferdsterapi og livsstilsendringer. Starte med det minst invasive tiltak.	1a, 1b
Keilman 2011. USA.	Gi en oversikt over UI hos eldre kvinner og veiledning til hvordan konservativ behandling kan implementeres.	Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	38 artikler.	Oversikt over aldersrelaterte forandringer og potensiell virkning, risikofaktorer, etiologi og klassifisering av ulike typer UI. Barrierer ift diagnostisering. Evaluering av UI med sykehistorie, fysisk undersøkelse, diagnostiske tester. Behandling og intervensjoner. Når skal ANP henvises videre.	1a, 1b, 1c, 4a, 4b, 5
Keyock et al 2011. USA.	Beskrive funksjonen ANP har vedrørende identifisering, diagnostisering og behandling av SUI hos kvinner og menn.	Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	61 artikler.	Beskriver patofysiologi, risikofaktorer assosiert med UI, klassifiserer de ulike typer UI, vektlegger god sykehistorie, kartleggings skjema, fysisk u.s inkludert GU. Behandling: adferdsterapi og livsstilsendringer.	1a, 1b, 2, 4a, 4b, 4c
Litterland et al. 2010	Uroterapeutens rolle i utredning og behandling av kvinner med vannlatingsproblemer.	Artikkel.		Uroterapeut på gynekologisk poliklinikk vurderer pasientens urinveisfunksjon basert på sykehistorie. Uroterapeuter utfører gynekologiske undersøkelser.	

Forfatter, årstall nasjonalitet	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Resultat	Del av algoritme
Matharu et al 2004. England.	Utforske hvor nøyaktig skolerte spesialsykepleiere iverksatte riktig konserativ behandling til kvinner med UI uten urodynamisk undersøkelse.	Pasienter tilfeldig tilordnet en sykepleieledet klinikk.	447 kvinner.	Behandling av UI og dysfunksjon kan foretas av spesialutdannede og dedikerte sykepleiere. Kan bidra til å redusere ventelister ift urodynamiske u.s og oppnå større tilfredshet blant pasientene.	
McKertich 2008. Australia.	Klinisk undersøkelse av UI hos kvinner med fokus på primærhelsetjeneste og indikasjoner for henvisning til spesialist.	Artikkel. Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	22 artikler.	Definerer ulike typer UI, årsaker og medvirkende faktorer. Sykehistorie med fokus på å ekskludere annen patologi, undersøke alvorlighetsgrad og innvirkning på QOL.	
Newman 2009. USA.	Prevalens av UI og OAB, barrierer ift identifisering, screening, sette riktig diagnose og tilby effektiv behandling og rådgivning.	Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	31 artikler.	Beskriver de ulike typer UI terminologi knyttet til UI. Algoritme for evaluering av UI relatert til ANP. Fokus på pasientinformasjon. Henvisning etter 3-4 måneder dersom ikke effekt av behandling.	1a, 5
NICE Guideline	NICE Guideline				1a, 1c, 2, 4a, 4b, 4c
Santiago 2008. Australia.	Hjelp til fastleger ift behandling av pasienter med UI og indikasjoner for videre henvisning.	Artikkel. Litteratureview. (Oppgir ikke metode).	26 artikler.	Beskriver kontinensmekanismer hos kvinner, patofysiologi og terminologi, sykehistorie og undersøkelse, behandling med livsstilintervensjoner og adferdsterapi.	
Shaw et al 2007. Wales.	Beskrive vurdering- og behandlings praksis blant fastleger i primærhelsetjenesten.	Semistrukturerte intervju.	32 fastleger	Fem hovedtema identifiseres med hovedvekt på administrering av UI: sykehistorie og diagnostisering, prøver og fysisk undersøkelse og behandling.	
Teunissen et al 2006. Nederland	Utforske innvirkning UI har på livskvalitet (QOL) hos eldre ved bruk av IIQ som kartleggingsverktøy.	Kvantitativ og kvalitativ.	56 menn og 314 kvinner	UI har innvirkning på velvære (nervøsitet, angst, flau, frustrasjon), sosialt liv (redd for synlig urinlekkasje) og fysisk aktivitet.	1a
Teunissen et al 2006. Nederland.	Vurdere legers holdninger til UI hos eldre pasienter og erfaringer med bruk av guidlines i klinikken.	Fokusgruppe intervju. Del av større forskningsprosjekt	13 fastleger fordelt i to grupper.	Terapeutisk nihilisme. Lite tid til å foreta klinisk undersøkelse, diagnostisering og forklare behandling. Komplexitet og komorbiditet. Fastlege og pasient negativ til å starte behandling. Bruk av guidlines: få fastleger fulgte guidlines.	
Thuroff et al 2011. Europeisk samarbeid.	Guideline til UI	Litteratureview.		Retningslinje for behandling av UI.	1c, 2, 4c
Visser et al 2012. Nederland	Identifisere kvinner som ikke kontakter lege vedrørende symptomer på UI og stadfeste årsaker til dette.	Survey, del av RCT	225 kvinner over 55 år.	Symptomer ikke alvorlige nok vanligste (73%). Kvinner fant andre måter å håndtere UI (57%). UI betraktet som normal aldringsprosess (47%). Tror ikke det finnes behandling for problemet.	

Resultat

All pasientbehandling starter med sykehistorie og kartlegging av pasientens urinveissymptomer, hvor omfattende problemet er for pasienten, hvordan det virker inn på livskvaliteten (QOL) og om det er andre underliggende medisinske tilstander eller reversible årsaker til UI (20,21). Sykehistorie, fysisk undersøkelse og urinprøve har til hensikt å stille riktig diagnose UI (1,3,7,22). Elementene i algoritmen (figur 2) presenteres her:

Sykehistorie (1a)

Sykehistorien er det viktigste elementet i undersøkelsen og kan i mange tilfeller være nok til å diagnostisere UI (4,9). Kvinner med UI kan enkelt identifiseres dersom de svarer «ja» på ett eller flere av følgende spørsmål:

- Lekker du urin når du ikke ønsker?
- Lekker du urin når du hoster, ler eller trener?
- Lekker du urin på vei til WC?
- Bruker du truseinnlegg for å samle opp urin? (2,6,7).

Andre viktige spørsmål som relateres til vannlatingsmønster og som bør være en del av sykehistorien tar utgangspunkt i elementene i tekstboks 2.

Tekstboks 2: Terminologi med tilhørende symptomoversikt. Bearbeidet og oversatt etter artiklene 1,4,5,7.

Terminologi	Urinveissymptomer
Urgency	Plutselig behov for å late vannet, gjerne mange ganger i løpet dagen.
Økt daglig frekvens	Behov for å late vannet mer enn 8 ganger i løpet av 24 t.
Nocturi	Våkner opp mer enn en gang per natt for å late vannet.
Svak urinstråle	Følelse av redusert kraft på urinstrålen sammenlignet med «normalen».
Intermitterende urinstråle	Urinflow/strålen starter og stopper.
Hesitancy/nøling	Vansker med å starte vannlating.
Straining to void	Må bruke muskelkraft for å starte, opprettholde eller øke urinstrålen.
Ufullstendig blæretømming	Følelsen av at urinblæren ikke er fullstendig tom etter vannlating.
Kontinuerlig UI	Urinlekkasje (vanligvis drypping) av små mengder urin.
Dysuri	Smerter ved vannlating.

Urinretensjon	Ufullstendig blæretømming.
---------------	----------------------------

Symptomer på UI kan også identifiseres ved bruk av korte, enkle og standardiserte kartleggingsskjema. The 3 incontinence questionnaire (3IQ) (vedlegg nr.1) er enkelt å bruke og differensierer mellom SUI, UUI og MUI (2,5).

UI har stor innvirkning på livskvalitet og assosieres med angst, depresjon, arbeidsuførhet, sosial isolering og seksuell dysfunksjon (2). Skam, flauhet, frustrasjon, innsnevring av fysisk aktivitet og sosial isolasjon oppgis som vanlige årsaker til at kvinner med UI ikke søker medisinsk hjelp (23,24). Alvorlighetsgraden av UI er den viktigste prediktor på redusert livskvalitet (23). Kartlegging av livskvalitet er et viktig element i sykehistorien (2).

Kartleggingsskjemaene International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) (vedlegg nr.2) (2,9,25) og King's Health Questionnaire (KHQ) (vedlegg nr.3) (2,25) er validerte og egnet for evaluering av livskvalitet. ICIQ differensierer mellom de ulike typer UI, alvorlighetsgrad og byrde for pasienten (9).

Blæredagbok

Bruk av blæredagbok anbefales i tre dager for å gi et bredere bilde av hvordan UI varierer og under forskjellige aktiviteter (4,5,7,25). Informasjon som bør inkluderes er inntak av væskevolum, vannlatingsfrekvens, type inkontinens, alvorlighetsgrad og vannlatingsvolum. Blæredagboken gir pasient og behandler forståelse av tilstanden og alvorlighetsgraden (5). En egen rubrikk for avføring er nyttig for å identifisere obstipasjon, som kan føre til dårlig blæretømming og overløp-inkontinens (2,4,6,22).

24-timers mat- og drikke-liste

Kartleggingsskjema i form av 24-timers mat- og drikke-liste gir nyttig informasjon om spise- og drikke-vaner (4,22). Inntak av alkohol og koffein vies spesiell oppmerksomhet, da disse er

assosiert med økt vannlating. Tidspunktene i løpet av døgnet for inntak av væske kan ha stor innvirkning på UI (4).

Reversible faktorer/DIAPPERS

Reversible årsaker er nødvendig å behandle dersom tiltak som livsstilsendringer og adferdsterapi skal ha effekt. Det kan bidra til å redusere unødvendig henvisning til spesialist (2,3,9,22). DIAPPERS (4) er et akronym av reversible årsaker som identifiseres gjennom sykehistorien og fysisk undersøkelse. Akronymet gjengis med forklaring i tabell 2.

Vedvarende UI refererer til urinlekkasje med årsaker som ikke knyttes til gynekologiske forhold. De kan være midlertidige og reversible, akutte eller kroniske (4).

Tabell 2. Bearbeidet og oversatt etter Keilman (2011) (4).

D	Delirium, demens
I	Infeksjoner; urin (UVI, systemisk), pneumoni, hud
A	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofi av slimhinner • Alkohol • Akutt sykdom
P	Psykologiske årsaker (depresjon, sorg, adferdsforstyrrelser)
P	Farmakologiske innvirkninger (P harmacologic agents): diuretika, bivirkninger av sedativa, antikolinergika, alfa-adrenerge blokkere, alfa-adrenerge agonister, kalsiumkanal blokkere, antidepressiva, antipsykotika, analgesica, antiparkinson midler
E	<ul style="list-style-type: none"> • Endokrine sykdommer, metabolske tilstander (hyperkalsemi, hyperglykemi) • Stor vannlating (Excess urine output) • Stort vanninntak (Excess fluid intake) • Ødemer (Edema) (pedal)
R	Redusert mobilitet: fysisk redusert, muskelsykdommer eller frakturer, hjelpemidler, miljømessige hindringer, vanskelig å få hjelp av pleiepersonell
S	Obstipasjon (S tool impaction), fekal inkontinens

Fysisk undersøkelse (1b)

Alle kvinner med symptomer på UI tilbys en fullstendig fysisk undersøkelse inkludert gynekologisk undersøkelse (2). Fysisk undersøkelse avdekker årsaker til vedvarende UI,

identifiserer underliggende tilstander og årsaker assosiert med vedvarende UI, avdekker komorbide tilstander og vurderer funksjonell tilstand (4). Hovedelementene i den fysiske undersøkelse er presentert i tabell 3.

Tabell 3. Fysisk undersøkelse av kvinner med UI.

Type undersøkelse:	Hensikt:
Kardiovaskulær:	evaluere for tegn på væskeopphoping (perifere ødemer, dyspnoe) (2,4,22)
Abdominal:	oppdage mulig tumor og/eller smerter (2,4,5,22)
Ekstremiteter:	avdekke mobilitet, funksjon og muskelatrofi som kan relateres til funksjonell urininkontinens – pasienten kommer seg ikke til WC pga. gangvansker (2,4)
Nevrologisk:	bør gjøres hos pasienter med akutt UI, ved kjent nevrologisk sykdom eller ved ny oppståtte nevrologiske utfall (2) samt vurdering av kognitiv funksjon (4,22)
Gynekologisk:	fokus på inspeksjon av slimhinner, palpering av oppfyllinger eller smerter/ømheter og undersøke bekkenbunnmuskulatur (2,4,5,9)

Urinprøve (1c)

Urinanalyse bør tas av alle pasienter med UI for å utelukke urinveisinfeksjon (UVI) som er en reversibel årsak til UI eller hematuri (2,4,19,25).

Henviing til fastlege (2)

Indikasjoner for videre henviing: hematuri uten samtidig UVI, smerter i mage og/eller bekken, ny-oppståtte nevrologiske symptomer, livmorprolaps eller urinretensjon (2,3,5,25).

Definering av type UI (3)

Tekstboks 2 gir oversikt over de ulike kategorier UI og ledsagende symptomer.

Behandling og tiltak (4)

All behandling bør starte med de minst invasive tiltakene som er livsstilsendringer og adferdsterapi. Målet med behandlingen må individualiseres og planlegges sammen med pasienten (3,4,9,20), og det må tilpasses en tilnærming som fokuserer på pasientens forståelse av UI, innvirkningen UI har på funksjonsnivå og livskvalitet (4). Behandling forutsetter aktiv deltakelse og motivasjon fra pasienten. Behandler må gi adekvat informasjon og undervisning om UI som vil bidra til pasientens etterlevelse av behandling og ansvar for egen helse (4). Underliggende medisinske tilstander, medikamenter og andre reversible årsaker bør evalueres før videre behandling av UI iverksettes (3), se akronymet DIAPPERS (tabell 2).

Livsstilsendringer (4a)

Livsstilsendringer fokuserer på vektreduksjon hos overvektige pasienter, da dette tiltaket i seg selv kan redusere SUI (3-5,9). Endring i mat- og væskeinntak innebærer reduksjon av alkohol og koffeinholdig drikke, da de er assosiert med økt blærelekkasje (3,5,9,25). Kvinner med UI må få råd om adekvat væskeinntak, og at de ikke bør drikke for mye rett før sengetid (3,25).

Adferdsterapi (4b)

Adferdsterapi inkluderer bekkenbunnstrening og blæretrening som de viktigste behandlingstiltak for SUI, UUI og MUI (3,5,9,25). Hensikt med bekkenbunnøvelser er å styrke muskeltonus, øke motstanden i blæresvinkler og gi økt uretralstøtte for å hindre urinlekkasje som følge av økt abdominalt trykk (5). Trening av bekkenbunnmuskulatur styrker den uretrale lukkemekanismen (3). Riktig metode for utførelse av bekkenbunnøvelser må forklares og vises sammen med skriftlig informasjon (4,9). Identifisering av riktig muskulatur kan gjøres på flere måter: når man holder tilbake flatus, kvinnen kan ha en finger i skjeden og klemme sammen de omkringliggende musklene slik at fingeren «løftes» innover eller oppover, setemuskulatur skal ikke løftes, ikke stramme magemuskulatur, ikke bevege

beina eller holde pusten (4). Kvinner som rapporterer dårlig effekt av bekkenbunnstrening, har oftest gjort ikke-effektive øvelser (3).

Blæretrening innebærer at pasienten skal motstå trangen til vannlating gjennom ulike teknikker som avslapping, distraksjon eller bekkenbunn-kontraksjoner. Hensikten er å redusere antall vannlatinger, øke blærekapasitet og gjenskape normal blærefunksjon (5,9).

For pasienter med UUI, MUI og OAB kan plutselig vannlatingstrang-strategi lære pasienten ikke å springe til WC straks hun kjenner vannlatingstrang. Bevisste sammentrekninger av bekkenbunnmuskulaturen, referert til som «The knack», kan være nyttig for å undertrykke vannlatingstrangen rett forut for en situasjon som vil gi økt abdominalt trykk (5). The knack kan også være til hjelp for å undertrykke detrusor overaktivitet (5). Pasienten bruker bekkenbunnmuskulatur til å undertrykke hastverksvannlatingstrangen og venter til trangen avtar. Deretter går hun rolig til WC og later vannet (5,6,9,26).

Hjelpemidler (4c)

Mange pasienter bruker inkontinensprodukter før, under og etter behandling for UI. Valg av produkt må individualiseres avhengig av type UI og mengde urinlekkasje. Bind som er laget for menstruerende kvinner absorberer ikke nok ved plutselig og stor urinlekkasje (3,5,9,25). Informasjon om utvalg og hvor det kan kjøpes, er viktig å formidle til pasienten (3).

Lokal østrogenbehandling kan redusere antall vannlatingsepisoder, nocturi, UUI og øke blærekapasiteten hos postmenopausale kvinner (9,20,21).

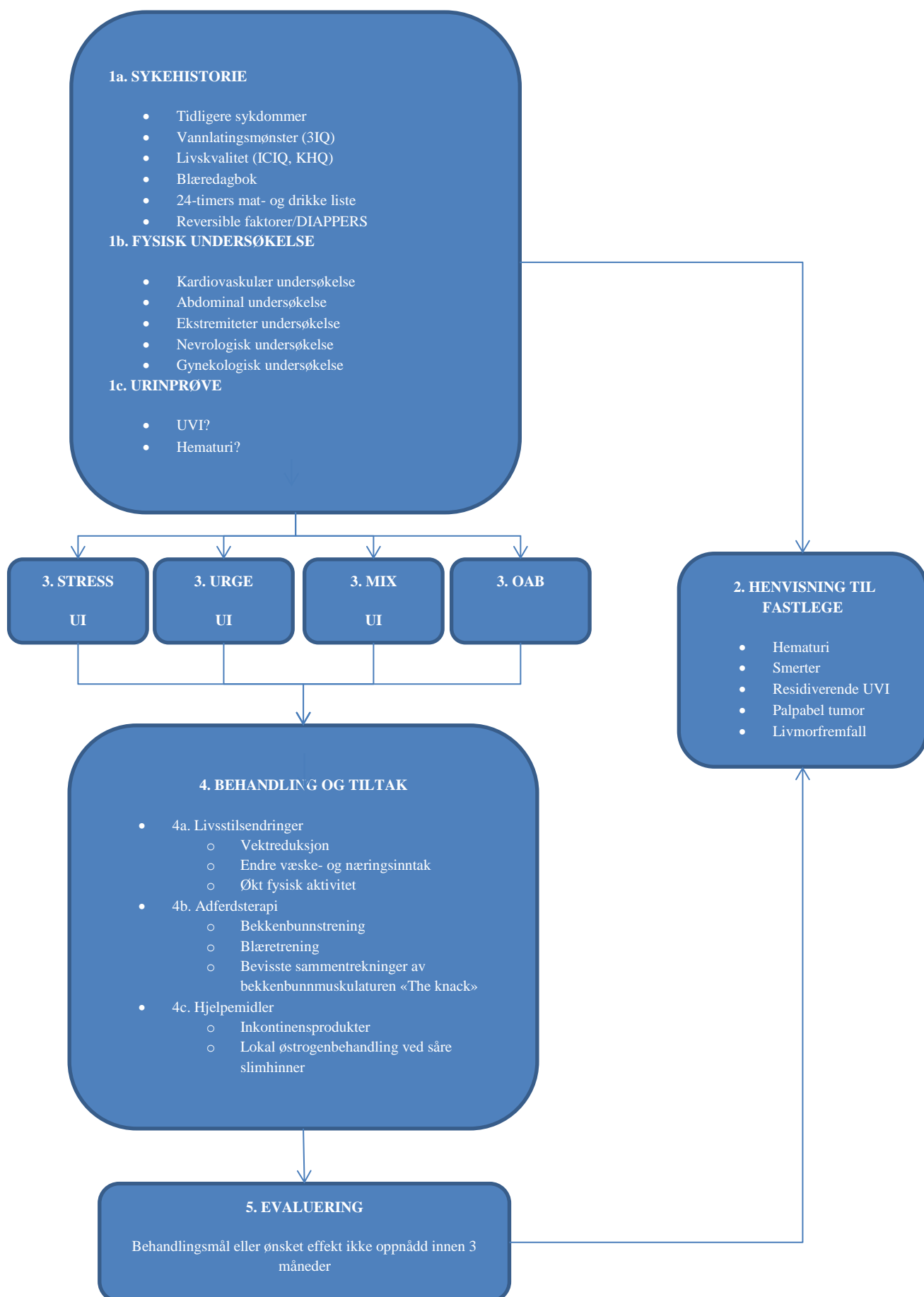
Evaluerings (5)

Systematisk oppsummert forskning gir anbefaling om at livsstilsendringer og adferdsterapi prøves ut i tre måneder før det vurderes medikamentell behandling i tillegg, og bare for UUI, MUI og OAB (3). Dersom adferdsterapi og medikamenter ikke gir adekvat kontroll over UI,

eller det oppstår forverring av symptomer, bør pasienten bli henvist til spesialist for videre utredning og behandling (7).

Kartleggingsverktøyene ICIQ og KHQ (3) og blæredagbok (4) er nyttige i evalueringen av behandlingen.

Figur 2: Algoritme



DISKUSJON

Målet med denne litteraturstudien var å komme fram til elementer som til sammen kunne knyttes til en algoritme over undersøkelser og tiltaksrekker for kvinner med urininkontinens.

Algoritmen er bygget opp etter anbefalinger basert på et litteratursøk i medisinske og helsefaglige databaser og **14** artikler danner grunnlaget for elementene i algoritmen. Den innleder med sykehistorie, fysisk undersøkelse og urinprøvetaking (del 1), som danner grunnlag for hvilke pasienter som ikke skal behandles i kommunehelsetjenesten men skal henvises direkte via fastlegen til spesialist (del 2), og klassifisering av type UI (del 3). Reversible årsaker og underliggende medisinske tilstander som årsaker til UI (2-4,9) kartlegges i del 1 av algoritmen, og akronymet DIAPPERS (tabell 1) kan være et hjelpemiddel til dette. Del 4 i algoritmen er behandling og skal starte med de minst invasive tiltakene som er livsstilsendringer, adferdsterapi og hjelpemidler (3,7,9,20). Evaluering er siste ledd i algoritmen (del 5). Dersom initial behandling ikke bedrer symptomene eller behandlingsmål ikke nås innen tre måneder, anbefales videre henvisning (3,20,25).

UI – et kvinnefenomen

Mange kvinner er motvillige til å søke hjelp for UI, som fører til uløst fysisk, funksjonell og psykisk morbiditet samt redusert livskvalitet privat og i arbeidssammenheng (2). Universell kartlegging av UI med en empatisk tilnærming er et viktig aspekt i behandling (2).

Omstendighet, hyppighet og alvorlighetsgrad av UI bør spesifiseres (21) og algoritmen kan bidra til dette (del 1). Flauhet, unaturlig å snakke om intime problem, ønske om ikke å bry legen med problemet og liten tid beskrives i litteraturen som årsaker til at kvinner ikke søker hjelp (5,7,10,11). Når kvinnene oppsøker hjelp, kan algoritmen gjøre det lettere for både helsepersonell, spesialsykepleiere, ANP og fastleger å kommunisere, kartlegge og behandle kvinnene på en strukturert, empatisk og universell måte. Algoritmen kan gi helsepersonell et

redskap som alminneliggjør problemet, og kvinnen vil oppleve at det avsettes tid til sykehistorie, fysisk undersøkelse, urinprøver som fremkommer i del 1 og iverksetting av tiltak og behandling som fremkommer i del 4.

Samhandlingsreformen

I følge Samhandlingsreformen (8) skal pasienter i større grad utredes og behandles i primærhelsetjenesten. Enhver kvinne, ung som gammel, bør rutinemessig bli spurt om problemer med UI (4,5,7,9). De fleste tilfeller av UI kan effektivt evalueres og behandles i primærhelsetjenesten gjennom en systematisk sykehistorie, enkel fysisk utredning og urinprøvetaking, som vil indikere hvilke pasienter som behøver henvisning til spesialist for videre utredning (27,28). Avansert testing og henvisning til spesialist er ikke nødvendig for alle (2). Algoritmen beskriver fremgangsmåten i undersøkelse (del 1) og behandling (del 4) av kvinner med UI på en systematisk og oversiktlig måte, og den uthever hvilke symptomer som krever henvisning (del 2). På denne måten kan algoritmen være et redskap til nytte for alle profesjoner i primærhelsetjenesten i utredning og behandling av pasienter med UI. Tidlig intervensjon er beste tilnærming i all pasientbehandling og urinprøvetaking, som er et viktig moment i algoritmens del 1, kan blant annet avdekke hematuri. Uten samtidige tegn på urinveisinfeksjon, kan hematuri være tegn på kreft i blæren og krever direkte henvisning til spesialist (del 2) og cystoskopi for å utelukke patologi (2,27). Algoritmen kan bidra til økt fokus blant helsepersonell på at det skal tas urinprøve av alle pasienter med UI.

Helsepersonells tilnærminger

Legers nytte av algoritmen

De fleste kvinnene med UI kan utredes og behandles i kommunehelsetjenesten (2,27,28), men terapeutisk nihilisme, for liten tid og varierende kunnskaper om UI preger legers tilnæringsmåte (14) og det er store variasjoner blant leger hvor systematisk og omfattende

undersøkelser gjøres (13). Sykehistorien er hjørnesteinen i utredning av UI (27) og sammen med urinprøve er dette i de fleste tilfeller tilstrekkelig for diagnostisering av type UI slik at behandling kan iverksettes (4,9). Albers-Heitner (12) poengterer at leger bare delvis følger guideliens. Algoritmens del 1 kan bidra til mer systematikk i legers undersøkelse av pasienter, del 2 definerer hvilke pasienter legen skal henvise direkte til spesialist og del 4 gir en rask oppsummering over behandlingsrekkefølge. Algoritmen kan være et hjelpemiddel for fastleger slik at de har et håndfast og lite tidkrevende redskap når de undersøker pasienter. På den måten kan algoritmen bidra til at kvinner får hjelp på rett nivå i helsetjenesten.

ANPs nytte av algoritmen

ANP kan ha en viktig rolle i kartlegging, utredning og behandling av UI i kommunehelsetjenesten (5,18) og algoritmen kan være et nyttig redskap/hjelpemiddel for ANP i dette arbeidet. Sykehistorie, fysisk undersøkelse og urinprøve, del 1 i algoritmen, er enkle metoder som ANP kan utføre (4-6,9). Ansettelse av ANP i kommunehelsetjenesten, som et supplement til fastleger til behandling av bl.a. UI, kan gi positive effekter på alvorlighetsgraden av UI hos pasienter (29). Spesialutdannede sykepleiere er i stand til å iverksette riktig konservativ behandling, del 4 i algoritmen, til majoriteten av kvinner med UI og anbefales ansatt både i kommune- og spesialisthelsetjenesten i behandlingen av kvinner med UI (30).

I en studie fra Nederland (31) fremheves det at samarbeid mellom ANP og fastlege er en forutsetning. Protokoller, arbeidsbeskrivelser og ansvarsområder bør være nedtegnet for å oppnå godt samarbeid, og algoritmen kan være ANP sin arbeidsbeskrivelse. ANPs kompetanse blir i Nederland verdsatt av leger og legene henviser pasienter med UI til dem. Videre kontakter ANP fastlege ved behov for ytterligere diagnostisering av bekkenbunn og medisinerings (31).

Gynekologisk undersøkelse (GU) er en del av algoritmen (del 1c), men er per i dag ikke relevant for AGS i Norge, siden GU ikke er en del av den kliniske undersøkelsen i utdanningen til avanserte sykepleiere (17). Men i land som USA, Nederland og England, er dette en del av opplæringen og ansvarsområde for AGS (6). Uroterapeuter ved poliklinikker i Norge foretar GU av pasienter etter opplæring (32) og har utstyr til å gjennomføre undersøkelsen, og viser at spesialsykepleiere utfører GU i Norge allerede.

Algoritmen er laget for at ANP skal ha et verktøy til bruk i systematisk kartlegging av kvinner i kommunehelsetjenesten som søker hjelp for UI. ANP har gjennom sin utdanning fått kompetanse til å identifisere UI og gjøre kliniske vurderinger ved å journalføre pasientens sykehistorie (del 1a), gjøre fysiske undersøkelser (del 1b), evaluere funn (del 2 og 3), iverksette behandling (del 4) og evaluere tiltak (del 5) (5,6,17,18). Algoritmen kan være egnet for bruk i Norge selv om den bygger på internasjonal forskning.

Styrker og svakheter

Algoritmen er utarbeidet på bakgrunn av 14 artikler. En kort og enkel algoritme er en fordel ved at den gir helsepersonell et redskap som er lite tidkrevende å bruke, men forutsetter noe mer kunnskap om UI. Algoritmen kunne innholdsmessig vært utvidet, men da på bekostning av målet om å presentere et enkelt verktøy. Algoritmen kunne videre vært utdypet dersom flere artikler hadde blitt inkludert. Guideliens (20,21,25) viste seg å være vanskelig å implementere i algoritmen i så stor grad som opprinnelig var ønskelig, fordi de var mindre spesifikke i forhold til hvilke elementer som burde inngå i undersøkelse og behandling av UI. Systematisk oppsummert forskning og artikler skrevet av eksperter på temaområdet UI, var mer utfyllende og spesifikke til alle delene av algoritmen. Slik sett er oppsummeringsartikler,

retningslinjer og ekspertuttalelser forutsetninger for å utarbeide en algoritme. Utprøving vil vise dens kliniske relevans.

Konklusjon

Gjennom litteratursøket fremkom det fem hovedelementer som ble inkludert i algoritmen. Algoritmen gir en strukturert oversikt som inkluderer kartlegging med sykehistorie, fysisk undersøkelse og urinprøve, utredning med avklaring av former for UI, behandling av UI og evaluering av behandlingsmål. Algoritmen kan derfor være et nyttig redskap for helsepersonell i kommunehelsetjenesten i møtet med kvinner med UI.

REFERANSER

1. **DuBeau CE, Brubaker L and Schmader K.** Epidemiology, risk factors and pathogenesis of urinary incontinence. UpToDate 14.02.14; 1-8.
2. **DuBeau CE, Brubaker L, Schmader K and O’Leary MP.** Approach to women with urinary incontinence. UpToDate 14.02.14; 1-10.
3. **DuBeau CE, Brubaker L, Schmader K and O’Leary MP.** Treatment and prevention of urinary incontinence in women. UpToDate 14.02.14; 1-22.
4. **Keilman, LJ.** Urinary incontinence in the older female population. The Clinical Advisor 2011: December: 67-77.
5. **Keyock KL and Newman DK.** Understanding stress urinary incontinence. The Nurse Practitioner 2011; Vol. 36, No.10:24-36.
6. **Gray M.** Assessment and Management of Urinary Incontinence. The Nurse Practitioner 2005; Vol. 30, No.7:32-43.
7. **Newman DK.** Talking to patients about bladder control problems. The Nurse Practitioner 2009; Vol. 34, No. 12:33-45.
8. Helse og omsorgsdepartementet. Kvinners helse i Norge, Urininkontinens. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-13/23/2/1.html?id=524978> (Nedlastet 07.04.14).
9. **Goode P, Burgio KL, Richter HE and Markland AD.** Incontinence in Older Women 2010; JAMA, June 2; Vol. 303, No. 21:2172-2181.
10. **Visser E et al.** Systematic screening for urinary incontinence in older women: Who could benefit from it? Scandinavian Journal of Primary Health Care 2012; 30: 21-28.
11. **Horrocks S, Somerset M, Stoddart H and Peters TJ.** What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers

to the use of community continence services. *Family Practice* 2004; Vol. 21, No. 6:689-696.

12. **Albers-Heitner P et al.** Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007; 14: 807-811.
13. **Shaw C et al.** A qualitative study of the assessment and treatment on incontinence in primary care. *Family Practice* 2007; 24: 461-467.
14. **Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C and Lagro-Janssen T.** Urinary incontinence in the elderly: Attitudes and experiences of general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24: 56-61.
15. **Helse og omsorgsdepartementet.** St.m nr. 47 (2008-09) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo. Tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?regj_oss=1&id=567201 (Nedlastet 15.02.14).
16. **Opsahl G, Solvoll BA og Granum V.** Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien* 3, 2012: 60-63.
17. **Universitetet i Oslo.** GERSYK 4101 – Avansert geriatrisk sykepleie 1. Tilgjengelig fra <http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isv/GERSYK4101/> (Nedlastet 15.02.14).
18. **Cacchione P and Decker SA.** Caring for the incontinent elder: advanced practice nursing concepts. *Clinics in Geriatric Medicine* 2004; 20: 489-497.
19. **Polit DF og Beck CT** (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincot Williams &Wilkins.
20. **Thüroff JW et al.** EAU Guidelines on Urinary Incontinence. *European Urology* 2011; 59; 387-400.

- 21. Fritel X et al.** Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 14-19.
- 22. Keilman LJ.** Urinary Incontinence: Basic Evaluation and Management in the Primary Care Office. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2005; 32:699-722.
- 23. Barentsen JA et al.** Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence; a population-based study as a part of a randomized controlled trial in primary care. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012; 10:153-160.
- 24. Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C and Lagro-Janssen T.** “It can always happen”: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24; 166-173.
- 25. NICE National Institute for Health and Care Excellence.** NICE clinical guideline: Urinary incontinence – The management of urinary incontinence in women 2013; 1-46. Tilgjengelig på <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14271/65143/65143.pdf> (Nedlastet 14.02.14).
- 26. Gray M.** Stress Urinary Incontinence in Women. *Clinical Practice* 2004; Vol. 16, Issue 5, May: 188-197.
- 27. McKertich K.** Urinary incontinence. Assessment in Women: stress, urge or both? *Australian Family Physician* 2008; Vol. 37. No.3 March: 112-117.
- 28. Santiago, SK.** Urinary incontinence – Pathophysiology and management outline. *Australian Family Physician* 2008; Vol. 37. No. 3: 106-110.
- 29. Albers-Heitner CP et al.** Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicenter

randomized controlled trial. *The International Journal of Clinical Practice* 2011; 65, 6, 705-712.

- 30. Matharu GS et al.** Continence nurse treatment of women's urinary symptoms. *British Journal of Nursing* 2004; Vol. 13, No.3: 140-143.
- 31. Albers-Heitner CP et al.** Experiences and attitudes of nurse specialists in primary care regarding their role in care for patients with urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; 25; 303-310.
- 32. Litherland AT og Gjersøe A.** Gir hjelp ved urinlekkasje. *Sykepleien* 4, 2010: 66-69.

Vedlegg nr.1: The 3 incontinence questionnaire (3IQ)

incontinence questions

JpToDate² Fri tilgang fra
Helsebiblioteket.no

 **Wolters Kluwer**
Health

©2014 UpToDate®

 Export to PowerPoint  Print  Email

The 3 incontinence questions (3IQ)

1. During the last 3 months, have you leaked urine (even a small amount)?

Yes No

 **Questionnaire completed**

2. During the last 3 months, did you leak urine:
(Check all that apply)

- a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
- b. When you had the urge or the feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
- c. Without physical activity and without a sense of urgency?

3. During the last 3 months, did you leak urine *most often*:
(Check only one)

- a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
- b. When you had the urge or the feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
- c. Without physical activity and without a sense of urgency?
- d. About equally as often with physical activity as with a sense of urgency?

Definitions of type of urinary incontinence are based on responses to question 3:

Response to question 3	Type of incontinence
a. Most often with physical activity	Stress only or stress predominant
b. Most often with the urge to empty the bladder	Urge only or urge predominant
c. Without physical activity or sense of urgency	Other cause only or other cause predominant
d. About equally with physical activity and sense of urgency	Mixed

Reproduced with permission from: Brown JS, Bradley CS, Subak LL, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Ann Intern Med* 2006; 144:715. Copyright © 2006 American College of Physicians.

Graphic 72319 Version 6.0

Vedlegg nr.2: International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)

Initial nummer

ICIQ-UI Short Form (Norwegian)

DAG MÅNED ÅR

Dagens dato

KONFIDENSIELT

Mange mennesker lekker urin av og til. Vi forsøker å finne ut hvor mange mennesker som lekker urin og hvor mye dette plager dem. Vi er takknemlige om du vil besvare følgende spørsmål. (Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det, gjennomsnittlig, de siste 4 ukene).

1 Vennligst skriv inn din fødselsdato:

DAG MÅNED ÅR

2 Du er (kryss av i korrekt firkant):

Kvinne Mann

3 Hvor ofte lekker du urin? (Kryss av i èn boks)

- aldri 0
 omtrent én gang i uken eller sjeldnere 1
 2 – 3 ganger i uken 2
 ca. 1 gang per dag 3
 flere ganger per dag 4
 hele tiden 5

4 Vi vil gjerne vite hvor mye urin du tror du lekker.

Hvor mye urin lekker du vanligvis (enten du bruker beskyttelse eller ikke)?
 (Kryss av i en rute)

- ikke noe 0
 en liten mengde 2
 en moderat mengde 4
 en stor mengde 6

5 Hvor mye påvirker urinlekkasje ditt hverdagsliv?

Vær vennlig, sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (mye)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ikke i det hele tatt svært mye

ICI-Q: sum 3+4+5

6 Når lekker du urin? (Vennligst kryss av alt som passer for deg)

- aldri, jeg lekker ikke urin
 lekker før jeg når toalettet
 lekker når jeg hoster eller nyser
 lekker når jeg sover
 lekker når jeg er fysisk aktiv/trimmer
 lekker når jeg er ferdig med å late vannet og har tatt på meg klærne
 lekker uten noen opplagt grunn
 lekker hele tiden

Mange takk for at du besvarte disse spørsmålene.

Vedlegg nr.3 (6 sider): King's Health Questionnaire (KHQ)**THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE****1. How would you describe your health at the present?**

Please tick one answer

Very good Good Fair Poor Very poor **2. How much do you think your bladder problem affects your life?**

Please tick one answer

Not at all A little Moderately A lot

Please turn the page

**Below are some daily activities that can be affected by bladder problems.
How much does your bladder problem affect you?**

We would like you to answer every question. Simply tick the box that applies to you

<u>3. ROLE LIMITATIONS</u>	1	2	3	4	
	Not at all	Slightly	Moderately	A lot	
A. Does your bladder problem affect your household tasks? (cleaning, shopping etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B. Does your bladder problem affect your job, or your normal daily activities outside the home?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<u>4. PHYSICAL/SOCIAL LIMITATION</u>	1	2	3	4	
	Not at all	Slightly	Moderately	A lot	
A. Does your bladder problem affect your physical activities (e.g. going for a walk, running, sport, gym etc)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B. Does your bladder problem affect your ability to travel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
C. Does your bladder problem limit your social life?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D. Does your bladder problem limit your ability to see and visit friends?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<u>5. PERSONAL RELATIONSHIPS</u>	0	1	2	3	4
	Not Applicable	Not at all	Slightly	Moderately	A lot
A. Does your bladder problem affect your relationship with your partner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Does your bladder problem affect your sex life?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Does your bladder problem affect your family life?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. EMOTIONS

	1	2	3	4
	Not at all	Slightly	Moderately	Very much

A. Does your bladder problem make you feel depressed?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

B. Does your bladder problem make you feel anxious or nervous?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

C. Does your bladder problem make you feel bad about yourself?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

7.SLEEP/ENERGY

	1	2	3	4
	Never	Sometimes	Often	All the time

A. Does your bladder problem affect your sleep?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

B. Does your bladder problem make you feel worn out and tired ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8.Do you do any of the following?**If so how much?**

	1	2	3	4
	Never	Sometimes	Often	All the time

A. Wear pads to keep dry?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

B. Be careful how much fluid you drink ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

C. Change your underclothes because they get wet?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

D. Worry in case you smell?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

We would like to know what your bladder problems are and how much they affect you ? From the list below choose only those problems that you have at present. Leave out those that don't apply to you.

How much do they affect you?

FREQUENCY: going to the toilet very often

1. A little

2. Moderately

3. A lot

NOCTURIA: getting up at night to pass urine

1. A little

2. Moderately

3. A lot

URGENCY: a strong and difficult to control desire to pass urine

1. A little

2. Moderately

3. A lot

URGE INCONTINENCE: urinary leakage associated with a strong desire to pass urine

1. A little

2. Moderately

3. A lot

STRESS INCONTINENCE: urinary leakage with physical activity eg. coughing, running

1. A little

2. Moderately

3. A lot

NOCTURNAL ENURESIS: wetting the bed at night

1. A little

2. Moderately

3. A lot

INTERCOURSE INCONTINENCE: urinary leakage with sexual intercourse

1. A little

2. Moderately

3. A lot

WATERWORKS INFECTIONS

1. A little

2. Moderately

3. A lot

BLADDER PAIN

1. A little

2. Moderately

3. A lot

Thank You For Your Time

To Calculate ScoresPART 1*1) General Health Perceptions*

Very good	1
Good	2
Fair	3
Poor	4
Very poor	5

$$\text{Score} = ((\text{Score to Q1} - 1)/4) \times 100$$

2) Incontinence Impact

Not at all	1
A little	2
Moderately	3
A lot	4

$$\text{Score} = ((\text{Score to Q2} - 1)/3) \times 100$$

PART 2

Individual scores as recorded at the top of each column of possible responses

3) Role limitations

$$\text{Score} = (((\text{Scores to Q 3A} + 3B) - 2)/6) \times 100$$

4) Physical limitations

$$\text{Score} = (((\text{Scores to Q 4A} + 4B) - 2)/6) \times 100$$

5) Social limitations

$$\text{[If 5C} \geq 1] \text{ Score} = (((\text{Score to Q 4C} + 4D + 5C) - 3)/9) \times 100$$

$$\text{[If 5C} = 0] \text{ Score} = (((\text{Score to Q 4C} + 4D) - 2)/6) \times 100$$

6) *Personal relationships*

[If 5A+5B >=2] Score =(((Scores to Q 5A + 5B) – 2)/6) x 100

[If 5A+5B =1] Score =(((Scores to Q 5A + 5B) – 1)/3) x 100

[If 5A+5B =0] Treat as missing value

7) *Emotions*

Score =(((Score to Q 6A + 6B + 6C) – 3)/9) X 100

8) *Sleep / energy*

Score =(((Scores to Q 7A + 7B) – 2)/6) x 100

9) *Severity measures*

Score =(((Scores to Q 8A + 8B + 8C + 8D) – 4)/12) x 100

PART 3

<i>Scale</i>	<i>score</i>
Omitted	0
A little	1
Moderately	2
A lot	3

Forfatterveiledning

Forfatterveiledning

Nordisk sygeplejeforskning – Nordisk sykepleieforskning – Nordic Nursing Research er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke sykepleiefagets vitenskapelige grunnlag gjennom å formidle og spre kunnskap om klinisk og teoretisk forskning og utvikling knyttet til sykepleie, og de vitenskapelige metoder som benyttes i forskningen.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser.

Tidsskriftet eies av Dansk selskap for sygepleieforskning og Norsk selskap for sykepleieforskning og gis ut av Universitetsforlaget. Målgruppen er forskere innen sykepleievitenskap og helsefag, utdanningspersonell innen helsetjenestene, sykepleiere i klinisk praksis og andre fagprofesjonelle.

Levering av manuskript

Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene.

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post: red.norsykforsk@gmail.com

Manuskriptstandard

Vitenskapelige artikler bør normalt ikke overskride 5000 ord eksklusive sammendrag (abstract) og referanseliste. Fagartikler bør ikke overskride 3000 ord. Diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser bør ikke overskride 1800 ord.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbelt radeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understrekking, innrykk, deling av ord og lignende.

Manuskriptet skal inneholde en tittelside med type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon på tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass. For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene, og videre skal bidraget karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

Manuskriptet skal ha et sammendrag (abstract) på originalspråk (max 180 ord) og på engelsk inklusive engelsk tittel (max 200 ord). Sammendraget skal kortfattet beskrive artikkelens samtlige deler. Tre til seks nøkkelord som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.

Forfattere til empiriske artikler oppfordres til å i hovedsak følge en struktur i sine manuskripter med Introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, konklusjon og referanser.

Referanser i teksten og i en alfabetisk ordnet liste angis i linje med den siste versjon av Publication manual of the American Psychological Association (<http://www.apastyle.org/>). Nummererte fotnoter nederst på siden kan brukes i tillegg.

Plassering av tabeller og figurer angis i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges sist i manuskriptet.

Korrektur

Forfatter får tilsendt et eksemplar av første korrektur som en pdf-fil vedlagt en e-post. Sider med opprettede korrekturfeil returneres per post eller som skannede filer til redaksjonssekretæren innen fem dager. Det må ikke foretas endringer i teksten mot antatt manuskript.

Særtrykk og webpublisering

Forfatter vil få en ferdig pdf-fil av artikkelen tilsendt etter at tidsskriftet er publisert. Artikler kan også kjøpes gjennom den Universitetsforlagets elektroniske tidsskriftsdatabase www.idunn.no, der artikler gjengitt i tidsskriftet også vil bli lagret.

Forlaget tillater at forfattere arkiverer sin artikkel i åpne institusjonelle arkiv eller på eget nettsted, men bare i den versjon og det format som ble godkjent av tidsskriftets redaksjon. Versjoner, slik de fremkommer i trykket eller i elektronisk utgave, skal ikke benyttes til egenarkivering.