

## EXAMENSARBETE

*Hösten 2009*

*Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Omvårdnad*

# Urininkontinens

Åtgärder vid urininkontinens hos kvinnor över 65 år

**Författare**

Susanne Dickerboom  
Madelene Larsson

**Handledare**

Berit Andersson

**Examinator**

Sören Augustinsson

# Urininkontinens

## Åtgärder vid urininkontinens hos kvinnor över 65 år.

Författare: Susanne Dickerboom, Madelene Larsson

Handledare: Berit Andersson

Litteraturstudie

Datum 2010-05-27

### Sammanfattning

**Bakgrund:** Urininkontinens är ett hälsoproblem som har stor påverkan på det känslomässiga välbefinnandet. Risken att drabbas av problem med urininkontinens ökar med stigande ålder. Urininkontinens innebär ofta ytterligare betydande grad av vårdtyngd för de personalgrupper som vårdar dessa patienter. Det är sjuksköterskans ansvar att utreda och förskriva inkontinenshjälpmedel, därför behöver hon ha kunskaper om olika utrednings-, omvårdnads- och behandlingsalternativ som finns. **Syftet** var att belysa vilka åtgärder som kan användas för att hantera omvårdnaden av kvinnor över 65 år med urininkontinens, samt resultatet av åtgärderna. **Metod:** En litteraturstudie gjordes där totalt 16 vetenskapliga artiklar inkluderades. **Resultatet** visade åtgärder som delades in i sex kategorier; ”personalutbildning”, ”patientinformation”, ”utredning och bedömning”, ”fysisk träning”, ”beteendeträning” och ”inkontinenshjälpmedel”.

**Diskussion:** Största hindret för att minska urinläckaget är brist på kunskap och engagemang hos patienter och personal. Med små, enkla medel som motion, fasta toalettider och minskat vätskeintag kan urinläckaget och även användandet av blöjor minska, i både antal och storlek. **Slutsats:** Det finns åtgärder att göra innan blöjor förskrivs. Samtliga åtgärder gjorde att urinläckaget minskade.

Nyckelord: *urininkontinens, omvårdnad, kvinnor, åtgärder, utbildning.*

# Urinary incontinence

## Measures of urinary incontinence in women over 65 years.

Authors: Susanne Dickerboom, Madelene Larsson

Supervisor: Berit Andersson

Literature review

Date: May 27, 2010

### Abstract

**Background:** Urinary incontinence is a health problem that has great impact on the emotional well-being and increases with age. Urinary incontinence requires higher degree of care givers time. It is the nurse's responsibilities to investigate and prescribe incontinence aids. Nurses have to have knowledge in diagnostics, nursing and treatment methods that is used on patients with urinary incontinence. The **aim** was to illuminate nursing measures that can be used in the care of women over 65 years with urinary incontinence and outcomes of care measures. **Method:** A literature review was made and 16 scientific articles were included. **The results** showed measures that was grouped into six categories; "nursing staff education", "patient information", "investigation and assessment", "physical training", "behaviour training" and "incontinence aids".

**Discussion:** The highest obstacle to decrease the urine leakage is lack of knowledge and commitment from patients and care givers. With small, simple measures such as exercise, regular toileting and reduced fluid intake can the urine leakage and pad use decrease in both numbers and size. **Conclusion:** There are measures that can be used before pads are prescribed and all measures resulted in decreased urine leakage.

**Keywords:** *urinary incontinence, nursing, women, measures, education.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Personalutbildning .....	9
Patientinformation.....	9
Utredning och bedömning.....	10
Fysisk träning.....	10
Beteendeträning .....	11
Inkontinenshjälpmedel.....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>13</b>
Metoddiskussion .....	13
Resultatdiskussion.....	15
<b>REFERENSER</b> .....	<b>19</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

## BAKGRUND

Urininkontinens är ett hälsoproblem (SBU 2000) som har stor påverkan på det känslomässiga välbefinnandet (Teunissen et al. 2006). Det leder till känslor som frustration, oro, nervositet och genans (Teo et al. 2006) och att behöva använda inkontinenshjälpmedel kan kännas förnedrande (Teunissen et al. 2006).

International Continence Society (ICS) definierar urininkontinens som ”ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen” (SBU 2000, s. 19). Urininkontinens kan vara ett tillfälligt, övergående eller ett bestående problem (SBU 2000).

Kostnader som hör samman med urininkontinens inom äldreården utgör den största kostnaden inom hela inkontinensvården och beräknades år 2000 ligga mellan 2,8 och 4,4 miljarder kronor per år i Sverige (SBU 2000).

Få patienter får en grundlig utredning och bedömning av personal med tillräckliga kunskaper i inkontinenshanteringen (Paterson et al. 2003). Den som förskriver inkontinenshjälpmedel ska identifiera och bedöma behovet, utreda och förskriva rätt typ av hjälpmedel och följa upp och utvärdera förskrivningen (SOSFS 2008:1). Förbättrad utbildning av förskrivare, väl utprovade hjälpmedel, krav på utredning innan förskrivning och en effektiv upphandling och distribution av hjälpmedel kan minska hjälpmedelskostnaderna (SBU 2000). Sjuksköterskor behöver ha kunskaper om olika utrednings-, omvårdnads- och behandlingsalternativ som finns, ett flertal studier visar att det finns brister i kunskapen om detta (a.a.).

I hela världen finns det femtio miljoner människor och bara i Sverige finns en halv miljon människor som lever med urininkontinens. Vid femtio års ålder förekommer urininkontinens hos tolv procent av den svenska befolkningen och bland äldre som bor på särskilt boende är andelen mer än femtio procent, ibland upp emot åttio procent (SBU 2000). Urininkontinens förekommer oftare hos kvinnor än hos män och bland kvinnor mellan 77-84 år lever 44 procent med det (Wergeland Sörbye et al. 2009).

Risikfaktorer för kvinnlig urininkontinens är hysterektomi (Melville et al. 2005), gynekologiska operationer, defekt bindväv, kroniska luftrörssjukdomar, långvarig förstoppning, arbete som medför tunga lyft samt genomgången graviditet (SBU 2000). Personer med medel eller svårt nedsatt kognitiv förmåga har högre risk att drabbas av inkontinens (Wergeland Sörbye et al. 2009). Det kan finnas en allvarlig sjukdom bakom som till exempel ryggmärgsskada, tumörer eller skada efter operation. Hos äldre kan demens, stroke eller en generell nedsättning av hälsotillståndet vara orsaken (SBU 2000). Personer med urininkontinens har oftast många andra svåra medicinska sjukdomar (Ko et al. 2005). Urinvägsinfektioner, övervikt och behov av hjälp vid toalettbesök är faktorer som ökar förekomsten av urininkontinens (Wergeland Sörbye et al. 2009). Förlossning genom kejsarsnitt minskar risken för urininkontinens (Melville et al. 2005).

Det finns olika typer av urininkontinens (SBU 2000). Ansträngningsinkontinens är urinläckage som uppkommer när bukhåletrycket ökar så mycket att trycket i urinblåsan blir högre än urinerets ringmuskulatur klarar av att hålla emot. Detta leder till läckage vid hosta, skratt, hopp, promenader eller tunga lyft. Trängningsinkontinens är urinläckage som uppkommer genom ofrivillig sammandragning av blåsmuskulaturen, vilket inte kan styras viljemässigt genom att hinna bromsa urintömningen. Blandinkontinens är urinläckage som utlöses av ansträngning eller trängning. Överrinningsinkontinens innebär urinläckage på grund av att blåsan är överfull och inte kan tömmas vilket kan leda till bestående skador på musklerna i urinblåsan (a.a.).

Symtom från urinvägarna kan få olika konsekvenser (Swithinbank et al. 1999). Det inkräktar på det sociala livet, medför social isolering (a.a.) och gör att kvinnorna blir begränsade i sin fysiska aktivitet (Teo et al 2006). Urininkontinens orsakar även hygieniska problem som har stor inverkan på det dagliga livet (Swithinbank et al. 1999). Det upplevs obehagligt att behöva byta inkontinenshjälpmedel och kläder mitt i natten (Teunissen et al. 2006), nattsömnen blir störd och fallrisken ökar (Teo et al. 2006).

Urininkontinens har en negativ inverkan på livskvaliteten och ökar riskerna för att bli deprimerad (Ko et al. 2005). Ju svårare symtom med frekventa urinläckage patienten har desto större negativ inverkan på livskvaliteten (Shaw et al. 2006). Även hos lindrigt handikappade äldre leder inkontinens ofta till betydande minskning av självkänsla och

försämrad livskvalitet (SBU 2000). Livskvalitet har definierats som ”individens egen värdering av sin fysiska och psykiska hälsa och tillfredsställelse med sin sociala situation” (SBU 2000, s.169). Det primära behandlingsmålet vid urininkontinens är att förbättra livskvaliteten och ökad satsning på forskning och utveckling inom detta område är angelägen (SBU 2000).

Patienterna vet inte hur de ska hantera sin inkontinens eller varifrån de kan få information om den (Paterson et al. 2003). Sjuksköterskans kompetens ska vara en resurs genom att hon ger information och undervisning till patient, närstående och omvårdnadspersonal (Socialstyrelsen, 2005). Socialstyrelsens kompetensbeskrivning av sjuksköterskans yrkesroll beskriver att hon ska ha kompetens inom sitt yrkesområde, ha yrkeskunnande, erfarenhet och förhållningssätt inom hälso- och sjukvården och följa riktlinjer. Det är Socialstyrelsens avsikt att denna kompetensbeskrivning ska tydliggöra sjuksköterskans profession och yrkesutövning och därmed bidra till att ge en god och säker vård. Omvårdnad innebär att sjuksköterskan självständigt tillämpar omvårdnadsprocessen genom observation, bedömning (omvårdnadsanamnes, status och mål), omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden (a.a.).

Urininkontinens innebär ofta ytterligare betydande grad av vårdtyngd för de personalgrupper som vårdar dessa patienter (SBU 2000). Det finns ett behov av en standardiserad och samordnad strategi för bedömning och hantering av urininkontinens (Paterson et al. 2003). Litteraturstudien kommer att användas som arbetsmaterial för hur sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i Kristianstads Kommun ska vårda kvinnor över 65 år med urininkontinens. Författarnas förhoppning är att litteraturstudien ska kunna användas som grund för att skapa riktlinjer/vårdprogram för kommunen, där båda författarna arbetar som sjuksköterskor.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa vilka åtgärder samt resultaten av dessa som kan användas vid omvårdnaden av kvinnor över 65 år med urininkontinens.

## **METOD**

En allmän litteraturstudie med vetenskapliga kvalitativa och kvantitativa artiklar har genomförts. Databaser som använts är Cinahl, Academic Search Elite, PsycINFO och

Pubmed. I första sökningen användes sökordet *urinary incontinence* som kombinerades med *nursing, care, assessment, information, knowledge, attitude, needs, guidelines, treatment* och *measure* på olika sätt och i olika kombinationer. Manuell sökning gjordes genom att titta i reviewartiklars referenslistor för att söka artiklar då de databasbaserade sökningarna i första sökningen gav antingen för många icke relevanta resultat eller inga resultat alls som passade för syftet. Slutligen framkom sökorden *continence* och *training* genom att författarna hittade en artikel med dessa nyckelord och gjorde en sökning i databaserna med dessa sökord. Denna sökning gav artiklar som visade sig stämma väl överens med syftet. För att få fram de senaste rönen inom området urininkontinens gjordes en sökning på årtalen 2005-2009, detta gav ett litet antal artiklar och en utökning av årtalen gjordes till år 1999-2009. Språket begränsades till artiklar skrivna på engelska, svenska, norska eller danska. Abstract skulle finnas tillgängligt att läsa i databaserna och artiklarna skulle vara peer reviewed. Begränsningar som gjordes i databasen var kvinnor samt över 65 år. Detta gav 88 artiklar.

Inledningsvis lästes de 88 abstracten igenom av båda författarna, därefter valdes de artiklar ut som kunde innehålla åtgärder som använts för att hantera urininkontinens. De lästes igenom i sin helhet av båda författarna och om artiklarna var vetenskapligt uppbyggda och kvinnor över 65 år deltog i undersökningarna och hade ansträngnings och/eller trängningsinkontinens, samt överrinningsinkontinens inkluderades dessa. Artiklar som handlade om enbart läkemedelsbehandling, kirurgiska ingrepp, kateterbärare, barn, gravida, avföringsinkontinens, hade flest manliga deltagare samt reviewartiklar exkluderades. Slutligen valdes 16 artiklar ut att ingå i studien, 15 artiklar från databassökningarna och en artikel från den manuella sökningen (bilaga 1).

Artiklarnas kvalitet granskades enligt Febe Fribergs (2006) metod genom att författarna svarade på frågor; om artiklarna hade en tydlig problemformulering, om syftet var klart formulerat, hur metoden var beskriven, hur undersökningspersonerna var beskrivna, hur data analyserades, vad resultatet visat, om metoddiskussion fanns och hur metoden i så fall diskuterats. Artikeln hade hög kvalitet om problemet och syftet varit tydligt formulerat, metoden och undersökningspersonerna tydligt beskrivna, resultatet svarat mot syftet och en kritisk metoddiskussion förts. Kvaliteten var medel om något av dessa kriterier var otydligt eller knapphändigt beskrivet, låg kvalitet om något av dessa kriterier saknades (bilaga 2). Efter att artiklarna lästs i sin helhet bröts de ner i delar som sedan sammanställdes. Struktur



skapades genom att kategorier bildades, under dessa sammanfördes data som bearbetades och på detta sätt bildades en ny helhet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

## **RESULTAT**

Granskningen av artiklarna resulterade i följande kategorier:

- Personalutbildning och patientinformation
- Utredning och bedömning
- Fysisk träning
- Beteendeträning
- Inkontinenshjälpmedel

Varje kategori svarade mot syftet och visade på åtgärder som kan användas för att hantera omvårdnaden av kvinnor över 65 år med urininkontinens samt resultatet av dessa.

### *Personalutbildning*

Sjuksköterskor som fick utbildning utvecklade sin kompetens att ställa diagnos, erbjuda lämplig och effektiv behandling vid urininkontinens (Albert-Heitner et al. 2007; Byles et al. 2004; Shaw, Williams & Assassa, 2000). Genom att utbilda sjuksköterskor och skapa tydliga rutiner för omvårdnaden samt förbättra nätverket kring patienter med urininkontinens minskade urininkontinensens inverkan på livskvaliteten (Byles et al. 2004), vilket ledde till att besvären av urininkontinens och svårighetsgraden av urininkontinensen dämpades (a.a.).

När omvårdnadspersonal fick utbildning inom inkontinensvård var de positiva till detta och önskade ytterligare utbildning (Sackley et al. 2008) eftersom de kände sig säkrare över att vårda patienter med urininkontinens och blev medvetna om att uppmärksamma problemet (Byles et al. 2004). De nya kunskaperna inom området hjälpte dem att utföra ett bra arbete (a.a.).

### *Patientinformation*

Patienter som fick information om undersökningar, tillvägagångssätt och bakgrundsfysiologi samt utbildning av sjuksköterska i hur de kunde hantera sin urininkontinens kunde förstå vikten av att gå med på behandling och följa riktlinjerna vid urininkontinens (Albert-Heitner et al. 2007; Borrie et al. 2002; Shaw, Williams & Assassa, 2000). Kunskap om vad som var normalt och onormalt gällande tömning av urinblåsan och dess kapacitet var viktigt för att

uppmärksamma problem (Shaw, Williams & Assassa, 2000). När patienter fick information av sjuksköterska med inkontinenskunskaper om livsstils- och beteendeförändringar, blev de mer positiva till förändringarna (Borrie et al. 2002; Shaw, Williams & Assassa, 2000) eftersom det inte kändes som ett tvång (Shaw, Williams & Assassa, 2000). Ett tidigt ingripande med regelbunden rådgivning och stöd av sjuksköterska angående vätskeintag och koffeinintag och blåsträning bidrog till en förbättring där läckagefrekvensen och blöjfrekvensen minskade (Borrie et al. 2002; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006; Sackley et al. 2008; Shaw, Williams & Assassa, 2000). Stora fördelar kunde ses hos dem som träffade sjuksköterska regelbundet, genom att patienten fick ökade kunskaper och kontroll över inkontinensen, minskad mängd urinläckage, ökad livskvalitet (Borrie et al. 2002; Williams et al. 2005) och ökat välbefinnande (Williams et al. 2005). Patientinformation om urininkontinens minskade urinläckaget (Borrie et al. 2002; Burgio et al. 2002; Goode et al. 2003; Williams et al. 2005).

### *Utredning och bedömning*

En bedömningsprocess gjordes genom att anamnes och status togs när urininkontinensen uppmärksammandes (Albert-Heitner et al. 2007; Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006; Shaw, Williams & Assassa, 2000). För att bedöma vilken typ av urininkontinens patienterna hade fick de svara på frågor om de hade urinläckage vid ansträngning, trängningar eller smärta vid miktion, användning av inkontinensskydd och hur ofta de behövde gå på toaletten (Albert-Heitner et al. 2007). Observation och kartläggning av vätskeintag och urinmängder var användbara åtgärder (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006; Sackley et al. 2008;). Individuella vårdplaner utformades (Rodriguez, Sackley & Badger, 2006). Anamnesen blev tillförlitlig om sjuksköterskan hade ett vänligt bemötande vid utredningen och bedömningen vilket gjorde att patienten lättare tog till sig information (Shaw, Williams & Assassa, 2000). Denna tvåvägskommunikation gjorde omvårdnaden mer effektiv och mildrade känslan av genans vid känsliga frågor (a.a.).

### *Fysisk träning*

Patienter som fick träna rörligheten regelbundet (Rodriguez, Sackley & Badger, 2006; Sackley et al. 2008) eller träna vanliga funktioner i ADL som att träna från sittande till stående, styrka, balans och uthållighet fick ökad rörlighet och minskat urinläckage (Sackley et al. 2008). Före och efter träning påmindes de om tömning av urinblåsan för att förebygga inkontinens (a.a.).

Bäckenbottenträning var en åtgärd som användes vid urininkontinens för att kunna hålla sig längre (Albert-Heitner et al. 2007; Borrie et al. 2002; Burgio et al. 2002; Bö, Talseth & Holme, 1999; Cammu, Van Nysten & Amy, 2000; Kondo et al. 2007; Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; McDowell et al. 1999). Råd om strategier vid ansträngningsinkontinens (knipa innan ansträngning), strategier vid trängningsinkontinens (knipa snabbt 3-4 gånger vid trängning) gavs (McDowell et al. 1999). Efter regelbunden bäckenbottenträning kände några patienter sig helt torra och de som fortfarande använde inkontinensskydd upplevde en förbättring (Bö, Talseth & Holme, 1999), inkontinensen förbättrades genom färre urinläckage samt mindre mängd urin vid läckagen (Bö, Talseth & Holme, 1999; Cammu, Van Nysten & Amy, 2000; Kondo et al. 2007; Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; McDowell et al. 1999). När bäckenbottenträningen initialt varit lyckad, minskade urininkontinensen med mer än femtio procent och många upplevde att kontinensen var bestående (Cammu, Van Nysten & Amy, 2000; Kondo et al. 2007; McDowell et al. 1999) vilket gjorde att användningen av antal blöjor per dag minskade (Cammu, Van Nysten & Amy, 2000).

Beteendeträning som innebar bäckenbottenträning med biofeedback, träning i hemmet, strategier för blåskontroll och blåsdagbok (Burgio et al. 2002), kombinerat med elstimulering av bäckenbotten (pelvic floor electrical stimulation, PFES) (Goode et al. 2003) minskade urinläckaget (Burgio et al. 2002; Goode et al. 2003). Frekvensen av urinläckaget minskade även vid användandet enbart av elstimulering eller vaginala koner (Bö, Talseth & Holme, 1999).

### ***Beteendeträning***

Blåsträning genom regelbundna blåstömningar var en åtgärd vid urininkontinens (Albert-Heitner et al. 2007; Borrie et al. 2002; Dougherty et al. 2002; Goode et al. 2003; Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; McDowell et al. 1999; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006) vilket ansågs vara en bra åtgärd för att uppnå följsamhet (Dingwall & McLafferty, 2005). Det var viktigt att blåsan blev full innan toalettbesök och för att uppnå det användes toalettschema och bestämda toalettider (Dingwall & McLafferty, 2005; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006).

Beteendeträning med blåsträning gav goda resultat och förbättrade inkontinensen med femtio procent (Goode et al. 2003). Blåsträning med efterföljande bäckenbottenträning gav färre episoder av urinläckage och mindre mängd urin vid läckaget (Dougherty et al. 2002). Både

livskvaliteten och patienternas subjektiva upplevelser av svårigheten med urinläckage förbättrades (a.a.).

Blåsdagbok var ett verktyg som användes för att hantera urininkontinens (Albert-Heitner et al. 2007; Dougherty et al. 2002; Goode et al. 2003; Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; McDowell et al. 1999; Shaw, Williams & Assassa, 2000) och för att mäta inkontinensfrekvensen (Burgio et al. 2002; Goode et al. 2003; Mc Dowell et al. 1999), men även för att få fram subjektiva upplevelser av urininkontinensen, storleken på urinläckaget, svårighetsgrad och typ av urininkontinens, eventuella nattliga miktionser, antal toalettbesök per dag och natt (McDowell et al. 1999). Vid ansträngnings-, trängnings- och blandinkontinens användes ett åtgärdsprogram där deltagarna fick information och utbildning om hur de skulle skriva blåsdagbok (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005), vilket gjorde att patienterna blev medvetna om vanor som de omedvetet skaffat sig (Shaw, Williams & Assassa, 2000). Möjligheten att använda blåsdagbok var även värdefullt för vårdpersonalen (Byles et al. 2004). Blåsdagbok användes för att se ett mönster av miktionser och även för att konkret se förbättringar (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; McDowell et al. 1999; Shaw, Williams & Assassa, 2000), volymökning kunde ses utan ändrat vätskeintag (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005). Genom att föra blåsdagbok kunde patienterna tydligare se en minskning av storleken och frekvensen på urinläckaget och det framkom även att trängningarna och ansträngningsläckaget hade minskat (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005). De kunde tydligt se i blåsdagboken att toalettbesök både dagtid och nattetid blev färre vilket ledde till att det psykiska välmåendet ökade då blåsdagböcker användes (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005).

### *Inkontinenshjälpmedel*

Trots att målet var att bibehålla och främja kontinens (Dingwall & McLafferty, 2005) användes blöjor i stor utsträckning (Bö, Talseth & Holme, 1999; Cammu, Van Nuyen & Amy, 2000; Dingwall & McLafferty, 2005; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006; Shaw, Williams & Assassa, 2000). Strategier för att bibehålla kontinensen rekommenderades för att minska behovet av att använda inkontinensskydd eller för att åtminstone minska på storleken på blöjorna (Dingwall & McLafferty, 2005), men muntliga och/eller skriftliga råd angående blåsträning och bäckenbottenträning användes inte utan istället förskrevs blöjor (Albert-Heitner et al. 2007). Blöjorna upplevdes bekväma, hade bra uppsugningsförmåga och även då patienten blivit kontinent användes ofta blöjor ”för säkerhets skull” (Dingwall & McLafferty, 2005). Hade en patient börjat använda blöjor ville denne sällan sluta med dem och de som

använde inkontinensskydd använde ofta dessa istället för att gå på toaletten (a.a.) men en del upplevde dock blöjorna svåra att använda på grund av att de var för små i storlekarna eller hade för dålig uppsugningsförmåga (Shaw, Williams & Assassa, 2000).

## DISKUSSION

### *Metoddiskussion*

Artikelsökningar gjordes i databaser inriktade mot omvårdnad. Eventuellt skulle sökningar i andra databaser kunnat ha gett ytterligare resultat, vilket var föga troligt då de inte är inriktade mot omvårdnad, därför gjordes denna begränsning. Författarna menar att fördelen med att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan vara att ämnet belyses utifrån olika synsätt, då kvantitativa studier genom objektiva mätningar mäter om en behandling varit positiv kan kvalitativa studier belysa hur patienten upplevde behandlingen (Friberg, 2006).

Få sökord användes, vilket kan vara en stor begränsning i undersökningen. De sökord som användes gav artiklar som stämde med syftet. Sökning på bara urinary incontinence gav ett stort antal träffar vilket gjorde det omöjligt att hitta det som stämde överens med vårt syfte. Olika sökord prövades för att få en begränsning. I kombination med treatment kom träffar med läkemedelsåtgärder eller olika operativa ingrepp upp vilket ej skulle belysas i litteraturstudien. Den första sökningen med flera sökord gav artiklar som stämde överens med vad författarna ville förmedla i bakgrunden, men de stämde inte överens med syftet. Ett vidare resultat hade kunnat komma fram om andra sökord hade använts, andra åtgärder som till exempel sjuksköterskans roll vid förskrivning av hjälpmedel (SOSFS, 2008:1; Socialstyrelsen, 2005; SBU 2000), så som blöjor.

Då inkontinenshjälpmedel ska vara individuellt utprovat (SBU 2000) finns rutiner för detta som är bra för alla sjuksköterskor att känna till. Andra förkunskaper som författarna har är att huden utsätts för fukt vid urininkontinens och då är det bra att ha kunskaper om och åtgärder för hudvård. Även miljön kring patienten har betydelse för att hantera urininkontinens på grund av patientens möjlighet att kunna ta sig till toaletten kan vara begränsad. Långt till toaletten, att vara rörelsehindrad eller att till exempel ha dålig syn påverkar möjligheten att ta sig till toaletten i tid för att utföra sina behov. Har patienten inte möjlighet att ta sig till toaletten ökar behovet av att använda inkontinenshjälpmedel. Detta var något som vi hade förväntat oss hitta i sökningarna, men som tyvärr inte framkom. Med förkunskaper om ämnet hade andra sökord som blöjor, hudvård och miljö kunnat användas.

Flera vetenskapliga studier är utförda av samma forskare vilket gör att det kan ge en ensidig syn på ämnet. Flera forskare har varit med i två olika studier och bland annat har Goode och Burgio, gjort studier på ansträngningsinkontinens vid ett tillfälle och trängningsinkontinens vid ett annat. Ett annat fall gjorde Chiarelli, en studie där tre projekt om urininkontinens utvärderades samt i en annan studie där åtgärder vid urininkontinens utvärderades. I ett tredje fall undersökte Sackley, Rodriguez och Badger i en studie om hur urininkontinens hanterades och i en annan studie där personal fick utbildning och patienter träning och information. Slutligen undersökte William, Shaw och Assassa med flera i en studie om effekten av en sjuksköterskeledd mottagning samt patientens syn på en sjuksköterskeledd mottagning och senare har dessa författare, tillsammans med andra forskare även undersökt och utvärderat effekten av en sjuksköterskeledd mottagning. Fördelen med att samma forskare har gjort flera undersökningar kan vara att de har goda kunskaper om ämnet och är vana vid att göra empiriska studier.

Artiklar på andra språk hade eventuellt kunnat stärka resultatet eller ge ytterligare åtgärder. Samtliga artiklar som valdes ut var på engelska men anledningen till detta var inte på grund av språket utan på grund av att alla artiklar som framkom genom sökningen var på engelska. Författarnas modersmål är svenska vilket innebär att viss risk för missförståelse av de engelska artiklarna kan ha förekommit. Artikelsökningarna visade på att ämnet urininkontinens var aktuellt och ”i ropet” för ca 10 år sedan då många forskade och gjorde undersökningar inom ämnet. I praktiken har det inte hänt så mycket sedan dess och därför har artiklar valts ut från 1999 och framåt eftersom de stämmer överens med dagens inkontinensvård genom att artiklarna visade att samma åtgärder användes.

Eftersom inte alla frågor i Febe Fribergs granskningsmetod användes hade det eventuellt gett en annan kvalitetsnivå om alla frågor hade använts. Ett exempel på detta är att frågan om etiska resonemang hade förts, vilket visade sig att ett fåtal författare hade valt att föra etiska resonemang. Denna fråga kändes inte relevant eftersom samtliga artiklar var granskade av etisk kommitté och godkända (peer-reviewed). Anledningen till att Febe Fribergs granskningsmetod valdes, var att den enligt författarna innehöll relevanta frågor som avgjorde vilken kvalitet artiklarna hade. I några artiklar som valdes ut deltog äldre, men även yngre kvinnor (under 65 år), ibland ingick även män i undersökningarna trots att begränsning i databasen gjordes på kvinnor och över 65 år. Dessa artiklar ansågs ändå vara relevanta för

resultatet eftersom det ingick kvinnor över 65 år i studien och med författarnas förkunskaper användbara åtgärder på denna grupp. Resultatet anses vara giltigt/överförbart hos kvinnor över 65 år trots att även män och kvinnor under 65 år ingick i flera av artiklarna.

Trots att artiklarna som valts ut härstammar från olika länder i olika världsdelar visar de på ett gemensamt resultat. Resultatet är applicerbart både på särskilt boende och i hemsjukvården, storstad och landsbygd och olika etniska tillhörigheter. I olika länder är det olika personalkategorier som hanterar bland annat inkontinenshjälpmedel, bäckenbottenträning och toaträning. Författarna har utgått från de åtgärder som ingår i sjuksköterskans ansvarsområde eller som är viktiga för sjuksköterskor att känna till kring andra yrkeskategoriers ansvarsområden. Från början var det inte tänkt att bäckenbottenträningen skulle inkluderas men det är viktigt för sjuksköterskor att känna till att och hur bäckenbottenträning fungerar för att kunna stötta patienter och omvårdnadspersonal så att den genomförs (Socialstyrelsen, 2005). Då författarna är sjuksköterskor och har vissa kunskaper inom området, kunde artiklarna granskas och bedömas om de var relevanta mot syftet. Författarna kunde även bedöma om artiklarnas innehåll var applicerbart inom inkontinensvården. I praktiken är det användbara åtgärder på författarnas arbetsplatser. Samtidigt kan detta vara en nackdel då författarna har förutfattade meningar om vad som skulle framkomma ur resultatet.

### *Resultatdiskussion*

Blöjor, blåsträning, bäckenbottenträning (Du Molin et al. 2009; Milne & Moore, 2006), schemalagda toalettider (Du Molin et al. 2009), ändrat vätske- och kostintag, träningsstrategier (Milne & Moore, 2006) är åtgärder som används för att behandla, hantera eller reducera symtom av urininkontinens (Du Molin et al. 2009; Milne & Moore, 2006), vilket även kom fram i studiens resultat. Genom att ge personal (Byles et al. 2004) och patienter utbildning och information om goda blåsvanor, blåsträningsteknik, bäckenbottenträning, blåsträning och ta anamnes förbättrades bäckenbottens muskelstyrka, stabilitet och kraft hos patienterna och deras besvär med urininkontinens minskade (Borrie et al 2002; Lee, Johnson & Chiarelli, 2005). Som sjuksköterskor inom äldrevården ser författarna dagligen att blöjor används i stor utsträckning, istället för att använda hälsofrämjande åtgärder för att minska urinläckaget hos äldre kvinnor. Det är författarnas uppfattning att personalbrist leder till att blöjor används istället för blåsträning genom fasta toalettider, minskat vätskeintag och ökad fysisk aktivitet.

Sjuksköterskor och vårdpersonal behöver få kunskap om urininkontinens och dess åtgärder för att kunna ge en god vård. Sjuksköterskor som fick utbildning om urininkontinens hade större möjlighet att utföra åtgärder för att minska problemet (Byles et al. 2004).

Omvårdnadspersonal som fick utbildning inom detta blev medvetna om problemet och kände sig säkrare över att vårda patienterna (a.a.). För lite kunskap om hur urininkontinens kan hanteras kan leda till att patienterna inte får den vård som finns tillgänglig vilket innebär onödigt lidande och därför måste sjuksköterskan först själv ha kunskaper om vilka åtgärder som finns för att kunna föreslå eller ordinera dem. Efter utbildning krävs planering av vilka strategier som ska användas och genomförande av praktiska åtgärder samt ta vara på resurser som finns och konsultera andra yrkeskategorier.

Utredning och bedömning av urininkontinensen är bland de första åtgärderna för att hantera den. Anamnes och status hämtades (Albert-Heitner et al. 2007; Lee, Johnson & Chiarelli, 2005; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006; Shaw, Williams & Assassa, 2000) och dessa blev mer tillförlitliga om sjuksköterskan hade ett vänligt bemötande vilket i sin tur gjorde omvårdnaden mer effektiv (Shaw, Williams & Assassa, 2000). Författarna menar att anamnes och status måste inhämtas för att kunna förstå vad som orsakar urinläckaget, till exempel kan ett allt för stort vätskeintag vara en orsak till urinläckage. Åtgärder som minskat vätskeintag kan då leda till att urininkontinensen minskar eller att patienten blir kontinent. Förskrivs blöjor utan föregående utredning och bedömning har gjorts innebär detta att de patienter som har reversibla orsaker till urininkontinensen inte får den hjälp de behöver och kommer att vara inkontinenta trots att hjälp finns. Detta är inte förenligt med god och säker vård.

Sjuksköterskan måste få rätt verktyg för att kunna göra utredningar och bedömningar på ett tillförlitligt sätt. Urininkontinensen måste utredas för att rätt åtgärder ska sättas in eftersom det är olika åtgärder beroende på vilken typ av urininkontinens patienten har.

Läkemedelsbehandling eller operativa åtgärder för att behandla urininkontinens har exkluderats i studien då syftet var att belysa omvårdnaden men som sjuksköterska nödvändigt att känna till för att lyfta problemet till läkaren. Det är både läkare, urologer och sjuksköterskor som kan ställa diagnos angående vilken typ av urininkontinens patienten har (Du Molin et al. 2009). Vid utbildning för förskrivningsrätt till inkontinenshjälpmedel finns en del material att använda för att lätt kunna bedöma typ av urininkontinens, frågan är bara om detta görs i praktiken. En professionell värdering för att ta fram en lämplig och individuell plan för att hantera urininkontinensen bör göras (Paterson et al. 2003).



Även hos kvinnor över 65 år minskar urinläckaget efter bäckenbottenträning.

Bäckenbottenträning och råd om strategier minskade urinläckaget (Borrie et al. 2002; Bö, Talseth & Holme, 1999; McDowell et al. 1999). ADL-träning ger ökad självständighet vilket leder till minskat behov av omvårdnad (Sackley et al. 2008), då patienten klarar av att sköta sina toalettbesök själv. Sjuksköterskor kanske inte alltid tänker på att detta kan vara åtgärder för att bibehålla kontinensen eller minska på urinläckaget. Därför behöver sjuksköterskan ha detta med i åtanke vid utformandet av den individuella vårdplanen och informera om vikten av daglig träning. Eftersom urininkontinens har negativ inverkan på livskvaliteten så innebär det att alla åtgärder som minskar urinläckagen bidrar till att livskvaliteten ökar.

Beteendeträning är en bra åtgärd för att hantera och minska urininkontinensen. Det framkom att blåsträning och regelbundna toalettider förbättrade livskvaliteten och minskade urinläckaget (Borrie et al. 2002; Dingwall & McLafferty, 2005; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006). Patienter som lever med urininkontinens har större behov av omvårdnad, trots detta används sällan dessa åtgärder inom äldreården, på grund av tidsbrist, personalbrist och för att det ökar vårdtyngden. Dessa åtgärder skulle kunna användas mer inom omvårdnaden av äldre och är lätta för både patienter och personal att genomföra men prioriteras inte inom äldreården. Åtgärderna skulle kunna minska vårdtyngden på lång sikt, då allt fler blir kontinenta eller får minskat urinläckage vilket ökar livskvaliteten. Sjuksköterskan har ett övergripande ansvar för att ordinera omvårdnadsåtgärder och måste ta sitt ansvar inom inkontinensvården genom att handleda och informera personalen.

Blöjor används i onödan istället för att åtgärda problemet. Blöjor användes som första åtgärd vid urininkontinens utan att först utreda orsaken till problemet (Albert-Heitner et al. 2007; Dingwall & McLafferty, 2005; Rodriguez, Sackley & Badger, 2006). Då urinläckage minskar självkänslan, ger skamkänslor och påverkar livskvaliteten negativt krävs åtgärder för att minska läckaget. Målet med omvårdnaden är att först utreda orsaken och behandla den och i sista hand när alla tänkbara åtgärder är gjorda men urinläckage trots detta kvarstår förskrivs inkontinenshjälpmedel. Blöjor ses som något negativt i artiklarna. Författarna hade trott att artiklarnas resultat skulle visa på mer om inkontinenshjälpmedel och omvårdnad kring detta. Kostnader som hör samman med urininkontinens inom äldreården utgör den största kostnaden inom hela inkontinensvården (SBU 2000) och kostnaderna för inkontinenshjälpmedel skulle kunna minska om åtgärderna som framkommer i studiens

resultat används i omvårdnaden vid urininkontinens eftersom minskat urinläckage ger mindre användning av blöjor.

Utifrån egna erfarenheter är ämnet urininkontinens och åtgärder för att hantera detta nu åter högaktuellt. Kristianstads kommun har satt upp som mål år 2010 att alla teamområden ska kvalitetssäkra hanteringen av inkontinenshjälpmedel och vårdprogram kring inkontinensvården ska upprättas. Ökad forskning angående sjuksköterskans och omvårdnadspersonals inställning till strategier för hur urininkontinens hanteras hade varit önskvärt, samt att ta reda på orsaken till kunskapsbristen och brist på engagemang kring urininkontinens för att kunna åtgärda detta. Urininkontinens är subjektivt och individuellt och har stor påverkan på livskvaliteten för den drabbade (Teunissen et al. 2006; SBU 2000), men förbises ofta. Genom att följa vårdprogram och riktlinjer har de åtgärder som finns tillgängliga för att säkerställa en god och säker omvårdnad genomförts. Det hade varit intressant att forska vidare på vilken skillnad det får för patienten om sjuksköterskor följer vårdprogram eller inte. Skulle kostnader och omvårdnadsbehovet minska om vårdprogram fanns och riktlinjer följdes? Vår förhoppning är att intresset och kunskaperna inom ämnet ska öka hos omvårdnadspersonal och sjuksköterskor som får utbildning om urininkontinens.

### *Slutsats*

Samtliga artiklar som ingick i litteraturstudien visade på att oavsett vilken åtgärd som användes så minskade urinläckaget. Det är viktigt att patienten är delaktig, motiverad och informerad samt att teamet kring patienten är delaktiga i omvårdnaden och det finns många åtgärder som kan användas vid urininkontinens innan blöjor förskrivs. Om åtgärder för att minska urininkontinens används kommer patienterna att bli friskare, mer rörliga och de får en bättre livskvalitet. Detta kommer i sin tur att leda till att arbetstyngden minskar för vårdpersonalen och kostnaderna för inkontinenshjälpmedel minskar och dessa pengar kan användas till att höja vårdstandard genom att öka personaltätheten och ge patienterna mer kvalitetstid genom att möjligen kunna erbjuda fler aktiviteter som underhållning, promenader, utfärder, dataspel, matlagning, bakning och att personalen får möjlighet att kunna sitta ner och samtala med patienterna.

## REFERENSER

- Albert-Heitner P, Berghmans B, Nieman F, Lagro-Janssen T & Winkens R (2007). Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 14. ss. 807-811.
- Borrie M, Bawden M, Speechley M & Kloseck M (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *CMAJ (Canadian Medical Association or its licensors)*, vol. 166 (10), ss. 1267-1273.
- Burgio K L, Goode P, Locher J L, Umlauf M G, Roth D L, Richter H E, Varner R E & Lloyd L K (2002). Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 288, ss. 2293-2299.
- Byles J E, Chiarelli P, Hacker A H, Bruin C, Cockburn J & Parkinson L (2004). An evaluation of three community-based projects to improve care for incontinence. *International Urogynecological Association*, vol. 16, ss. 29-38.
- Bö K, Talseth T & Holme I (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*, vol. 318, ss. 487-493.
- Cammu H, Van Nylen M & Amy J J (2000). A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *BJU International*, vol. 85, ss. 655-658.
- Dingwall L & McLafferty E (2005). Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 15, ss. 1276-1286.

Dougherty M C, Dwyer J W, Pendergast J F, Boyington A R, Tomlinson B U, Coward R T, Duncan R P, Vogel B & Rooks L G (2002). A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women. *Research in Nursing and Health*, vol. 25, ss. 3-13.

Du Molin M, Hamers J, Ambergen A & Halfens R (2009). Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. *Scand J Caring Sci*, vol. 23, ss. 222-230.

Friberg F (red.) (2006). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Studentlitteratur AB: Lund.

Goode P S, Burgio K L, Locher J L, Roth D L, Umlauf M G, Richter H E, Varner R E & Lloyd K L (2003). Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women; A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 290, ss. 345-352.

Granskär M & Höglund-Nielsen B (red.) (2008). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur.

Ko Y, Lin S-J, Warren S J & Bron S M (2005). The impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. *The American journal of managed care*, vol. 11:4, ss. 103-107.

Kondo A, Emoto A, Katho K, Ozawa H & Kamihira O (2007). Long-term results of the pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: An 8-year transition tree and predictive parameters. *Neurourology and Urodynamics*, vol. 26, ss. 495-501.

Lee C, Johnson C & Chiarelli P (2005). Women's waterworks: evaluating an elderly intervention for incontinence among adult women. *Australian and New Zealand Continence Journal*, vol. 11, No 1.

McDowell B J, Engberg S, Sereika S, Donovan N, Jubeck M E, Weber E & Engberg R (1999). Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 11, Nr 3, ss. 309-318.

Melville J L, Katon W, Delaney K & Newton K (2005). Urinary Incontinence in US Women: A Population-Based Study. *Arch Intern Med*, vol.165, ss. 537-542.

Milne J & Moore K (2006). Factors impacting self-care for urinary incontinence. *Urologic nursing*, vol. 26, ss. 41-51.

Paterson J, Dunn S, Kowanko I, Van Loon A, Stein I & Pretty L (2003). Selection of continence products: perspectives of people who have incontinence and their carers. *Disability and rehabilitation*, vol. 25, ss. 955-963.

Rodriguez N A, Sackley C M & Badger F J (2006). Exploring the facets of continence care: a continence survey of care homes for older people in Birmingham. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, ss. 954-962.

Sackley C M, Rodriguez N A, Van den Berg M, Badger F J, Wright C, Besemer J, Van Reeuwijk K TV & Van Wely L (2008). A phase II exploratory cluster randomized controlled trial of a group mobility training and staff education intervention to promote urinary incontinence in UK care homes. *Clinical Rehabilitation 2008*, vol. 22, ss. 714-721.

Shaw C, Das Gupta R, Bushnell D M, Assassa R P, Abrams P, Wagg A, Mayne C, Hardwick C & Martin M (2006). The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Family Practice*, vol. 23, ss. 497-506.

Shaw C, Williams K S & Assassa R P (2000). Patients' view of a nurse-led continence service. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 9, ss. 574-584.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (Elektronisk). 23 skärmsidor.

Tillgänglig:

<[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)> (091122)

Socialstyrelsen, (2008). SOSFS 2008:1. Socialstyrelsens föfattningssamling. Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. (Elektronisk). 11 skärmsidor.

Tillgänglig:

<[http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-1/Documents/2008\\_1.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-1/Documents/2008_1.pdf)> (100505)

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2000). Behandling av urininkontinens. Stockholm. (rapport/statens beredning för medicinsk utvärdering: 143).

Swithinbank L V, Donovan J L, Du Heaume J C, Rogers C A, James M C, Yang Q & Abrams P (1999). Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age and perceived impact. *British Journal of General Practice*, vol.49, ss. 897-900.

Teo SH J, Briffa N K, Devine A, Dhaliwal S S & Prince R L (2006). Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Australian Journal of Physiotherapy*, vol. 52, ss. 19-24.

Teunissen D, Van den Bosch W, Van Weel C & Lagro-Janssen T (2006). "It can always happen": The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 24, ss. 166-173.

Wergeland Sörbye L, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Garms-Homolova V, Jensdottir A B & Bernabei R (2009). Urinary incontinence and use of pads- clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe: *Scand J Caring Sci*, vol. 23, ss. 33-44.

Williams K S, Assassa R P, Cooper N J, Turner D A, Shaw C, Abrams K R, Mayne C, Jagger C, Matthews R, Clarke M, McGrother C W and the Leicestershire MRC Incontinence Study Team (2005). Clinical and cost-effectiveness of a new nurse-led

continence service: a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, vol. 55, ss. 696-703.

## Bilaga 1. Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar/limits	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
091120	Cinahl + Academic Search Elite	Continance and training	Female, 65 years or older, Språk; engelska, svenska, norska, danska År: 1999-present (2010) Abstract available Peer reviewed	Båda sökord söktes i abstracten	44	De artiklar som valdes bort var ej relevanta då de enbart handlade om: UVI, Barn, Katetervård, kejsarsnitt, graviditet, arbetsterapeut, avföringsinkontinens, artiklar där 90 % eller fler som ingick i studien var män. Utvärdering av protokoll, eller att artiklarna ej var relevanta mot syftet trots att de handlade om UI hos kvinnor över 65 år. Reviewartiklar och ej vetenskapligt uppbyggda artiklar valdes bort.	8
091120	PsycINFO	Continance and training	Female, 65 years or older, Språk; engelska, svenska, norska, danska År: 1999-present (2010) Peer reviewed	Båda sökord söktes i abstracten	6	1 ny artikel tillkom men som ej var relevant för syftet.	0
091120	Pubmed	Continance and training	Female, 65 years or older, Språk; engelska, svenska, norska, danska År: 1999-present (2010) Abstract available	Båda sökord söktes i abstracten	38	Artiklar som ej var relevanta för syftet valdes bort, reviewartiklar och de som handlade om avföringsinkontinens valdes bort.	7



## Bilaga 2. Artikelöversikt.

Författare:	Albert-Heitner P, Berghmans B, Nieman F, Lagro-Janssen T & Winkens R
Land:	Holland
År:	2007
Titel:	Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study.
Syfte:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. I vilken grad följer allmänläkarna riktlinjerna vid urininkontinens?</li><li>2. Vad är orsakerna till att inte följa/ följa innehållet i riktlinjerna?</li><li>3. Är följsamheten relaterad till allmänläkarens karaktär, patientens karaktär eller logiska problem?</li></ol>
Urval/datainsamling:	<p>499 läkare valdes slumpmässigt ut från en alfabetisk lista av 895 läkare i sydöstra Holland. Ytterligare 450 i västra Holland valdes från en adresslista hos ett regionalt hälsoförsäkringsföretag. Representativitet för urvalet gällande område, arbetstimmar, kön och yrkesverksamma år var dubbelkontrollerat med data publicerat i en nationell primärvårds kartläggning av holländska läkare.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>
Genomförande/analys:	<p>Ett anpassat frågeformulär om hinder och behov av riktlinjer användes. Frågor kring diagnostiseringen, föreslagen behandling av urininkontinens, synen på riktlinjerna samt bakgrundsinformation om den svarande ställdes. Frågeformulären skickades via post till 949 allmänläkare. Medeltal och standardavvikelse rapporterades för variabler, frekvenser och procent för kategorisk data. Kolmogorov-Smirnov test användes för att undersöka normaltillståndet av fördelningen av variablerna. Statistisk jämförelse av två grupper genomfördes i korstabulering (fyrfältstabell) eller korrelation (Pearson eller Spearman), t-test genomfördes på normalfördelade variabler och Mann-Whitney test på icke normalfördelade variabler. Kombinationer med flera variabler av kategorisk data tillhörande samma fråga, analyserades med korstabulering för att hitta mönster i svaren. Analys av många olika variabler i grupper om planerade kluster gjordes med faktoranalys genom att stryka saknad innefattning. Cronbach´s alpha användes för att mäta inre överensstämmelse bland komponenter som använda skalor hittat.</p>
Resultat:	<p>316 frågeformulär besvarades, 52 blanka, 264 användes i analysen. För att bedöma typ av urininkontinens var följsamheten av riktlinjerna 99 % gällande frågan: urinläckage vid ansträngning? 66 % bad aldrig patienten göra en blåsdagbok trots att detta stod i riktlinjerna. De 56 % som höll med om att arbeta enligt riktlinjerna var ett problem uppgav att det berodde på: brist på personal, brist på tid, brist på diagnosverktyg och kompetens till</p>

Kvalitet:	<p>denna typ av vård och det faktum att patienten inte förstod fördelarna med denna vård. Äldre, manliga läkare som arbetade flest timmar per vecka och som träffade flest urininkontinenta patienter upplevde störst problem med att arbeta i överenskommelse med riktlinjerna.</p> <p>Medel.</p> <p>Bakgrund: Tydlig men kort. Konsekvenser av urininkontinens, förekomst, ålder, kön, riktlinjer, behandling, problemet. Syfte: Tydligt i tre frågor. Metod: Urval, använda frågor och skalor var beskrivna, dock inte undersökningspersonerna. Stort antal deltagare ingick. En representativ studie med pilotversion. Resultat: Följsamheten angående frågor som ingår i riktlinjerna och problem till att följa riktlinjer. Karaktär på personerna som inte följer riktlinjerna dock ej karaktär på patienterna eller logiska problem. Metoddiskussion: De som ej svarat - mindre kunskap? Självrapporterad data ger positivare svar? Inga etiska resonemang har förts.</p>
Författare: Land: År: Titel: Syfte: Urval/datainsamling:	<p>Borrie M, Bawden M, Speechley M &amp; Kloseck M</p> <p>Nordamerika/Canada</p> <p>2002</p> <p>Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial.</p> <p>Syftet var att ta reda på om en modell med livsstils- och beteendeförändringar som leddes av inkontinenssjuusköterskor i samarbete med specialistläkare inom området kunde minska urininkontinensen och användandet av blöjor. Det sekundära syftet var att även utvärdera effekten av rådgivning kring beteende- och livsstilsförändringar av sjuusköterska med inkontinenskunskaper/utbildning och hur sjuusköterskans kunskaper påverkade patienternas kunskaper om urininkontinens och deras livskvalitet.</p> <p>Deltagare söktes genom att annonsera i massmedia, skicka ut informationsbrev till familjeläkare på vårdcentraler och genom informationsbroschyrer som delades ut i samhället. Frivilliga deltagare intervjuades på en inkontinensklirik. De flesta deltagarna hade anmält sig själva frivilligt. Inklusionskriterier för deltagarna var; män och kvinnor över 26 år, boende på orten, och som hade besvär med urininkontinens minst en gång/vecka och kunde kommunicera på engelska. Exklusionskriterier var gravida, boende på SÄBO, dementa som levde ensamma. 6 månaders randomiserad kontrollerad studie/undersökning gjordes. Deltagarna fick en broschyr med information om projektet och fick fylla i ett frågeformulär före studien startade. De fick föra blåsdagbok under 24 timmar/dygn i 7 dagar där de skrev ner frekvens och antal läckage/dygn, där de skrev ner hur ofta de gick på toaletten och hur mycket de kissade varje gång, och även hur många läckagetillfällen de hade. Anamnes togs; som riskfaktorer för urininkontinens, dygnsintag av vätska och koffein mättes. Fysisk undersökning och MMT-test gjordes.</p>

Genomförande/analys:	<p>Deltagarna delades in i 2 grupper, en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp. Av 446 som tillfrågades var 421 lämpliga och delades slumpmässigt in, 210 stycken i behandlingsgruppen och 211 i kontrollgruppen. Vecka 1 förklarade sjuksköterskan livsstils- och beteendeförändringar för behandlingsgruppen. Deltagarna i behandlingsgruppen kom på återbesök efter var 4:e vecka för uppföljning av blåsdagböcker och kontroll av följsamheten av beteendeförändringarna och bäckenbottenträningen. Resultatet mättes genom att kontrollera blåsdagböckerna och storlek och antal blöjor som användes/dygn. Den mest återkommande åtgärden av sjuksköterskorna var rådgivning angående vätske- och koffeinintag, bäckenbottenträning och blåsträning genom regelbundna toalettider. Över 90 % av de i behandlingsgruppen använde dessa åtgärder. Statistisk analys gjordes genom att ANOVA användes. IIQ = Incontinence Impact Questionnaire, frågeformulär med 10 frågor om urininkontinens. YIPS = York Incontinence Perceptions Scale.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>
Resultat:	<p>Kontrollgruppen använde vid starten 2 blöjor/dygn och efter 6 månader användes i snitt fortfarande 2 blöjor/dygn. Behandlingsgruppen använde vid starten 3 blöjor/dygn och efter 6 månader hade deras blöjkonsumtion minskat till 2 blöjor/dygn. De åtgärder som behandlingsgruppen fick ta del av minskade blöjkonsumtionen med 1 blöja/dygn.</p>
Kvalitet:	<p>Hög.</p> <p>Bakgrunden: Tydligt formulerat problem och förklaring på varför studien ska genomföras. Syftet: Klart och tydligt beskrivet. Metod: Utförligt beskriven. Deltagarna väl beskrivna. Urval och tillvägagångssätt tydligt beskrivet. Inklusions- och exklusionskriterier finns beskrivna. Resultat: Tydligt formulerat. Metoddiskussion: Finns men är knapphändig. Studien fick etiskt godkännande från 'the University of Western Ontario Research Ethics Review Board'.</p>
Författare:	Burgio K L, Goode P, Locher J L, Umlauf M G, Roth D L, Richter H E, Varner R E & Lloyd L K
Land:	USA
År:	2002
Titel:	Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: A randomized controlled trial.
Syfte:	Att undersöka om biofeedback förbättrade resultatet av beteendeträning vid trängningsinkontinens hos äldre kvinnor och utvärdera effekten av träning med och utan biofeedback jämfört med ett egenvårdsprogram där deltagarna fick en informationsbroschyr om bäckenbottenträning och

Urval/datainsamling:	<p>blåsträning.</p> <p>Uppegående kvinnor över 55 år som bodde i eget boende och hade trängningsinkontinens minst två gånger i veckan under minst tre månaders tid ingick i studien. 474 kvinnor bedömdes kliniskt varav 252 var olämpliga eller kunde inte delta. 222 kvinnor i åldrarna 55-92 år valdes ut och delades slumpmässigt in i tre grupper varav 27 kvinnor hoppade av studien. Inklusionskriterier var att ha minst två trängningsläckage per vecka, trängningsinkontinens som ett tydligt mönster, fler tillfällen av trängningsinkontinens än ansträngningsinkontinens och att urodynamiskt test visade blåsstörningar. Exklusionskriterier var om kvinnorna hade läckage/överrinningsläckage, residualurin &gt; 150 ml efter tömning, svår uretra prolaps, okompenserad hjärtsvikt eller MMT test &lt; 24 = sviktande minne. The Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R), Incontinence Impact Questionnaire Short-Form Health Survey (SF-36) användes.</p>
Genomförande/analys:	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Före starten togs anamnes, fysisk undersökning gjordes, kateterisering för att mäta resurin gjordes, urodynamisk bedömning, HbA1c togs på diabetiker, urinanalys och urinodling gjordes, okontrollerad diabetes undersöktes och behandlades/uteslöts, Q-tip test, MMT-test och förstoppning undersöktes och åtgärdades. En tvåveckors blåsdagbok gjordes före behandlingen. Studien genomfördes under en åtta veckors period. Deltagarna kategoriserades efter ras på grund av eventuella fysiologiska skillnader i bäckenbotten, inkontinentstyp och svårighetsgrad av urininkontinensen. Blåsdagböckerna användes tillsammans med de urodynamiska testerna för att klassificera om urininkontinensen var enbart trängningsinkontinens eller blandinkontinens. För att få likvärdiga grupper användes blåsdagböckerna för att mäta antal läckage per dygn och tre svårighetsgrader skapades: milda, måttliga eller svåra besvär. Patienterna delades in i de tre grupperna: beteendeträning med biofeedback, beteendeträning utan biofeedback (verbal feedback baserad på vaginal palpation) och en kontrollgrupp med självhjälp genom broschyr. Blåsdagböcker användes under hela behandlingsperioden. Beteendeträning med biofeedback; Vid besöken på kliniken fick patienten lära sig strategier och tillvägagångssätt för att förhindra urininkontinens och de fick både muntliga och skriftliga instruktioner för träning i hemmet. Besök 1; Träningsupplägget var 45 övningar delade på hanterbara tillfällen; 15 övningar tre gånger per dag. Längden på kontraktionen baserades på knipförmågan hos varje patient och ökades gradvis till max 10 sekunder med lika lång vila mellan knipen. Patienten råddes att knipa i olika ställningar; liggande, sittande och stående och så ofta som det var möjligt att göra det som rutin i det dagliga livet. Beteendeträning utan biofeedback; i stället för biofeedback fick patienten verbal feedback och vaginal palpation vid första besöket för att hjälpa dem att identifiera och kontrahera bäckenbottenmusklerna.</p>
Resultat:	<p>Före studien genomfördes var det ingen större skillnad mellan de 3 grupperna. Det undersöktes om utgångspunkten kunde vara avgörande för vilket resultat patienterna fick. Före var veckofrekvens av urinläckage ungefär lika i de 3 grupperna. Ur blåsdagboken kunde urläsa att beteendeträning gav 68,6 % förbättring (minskning av läckageepisoder och frekvens). Beteendeträning + PFES gav 71,9 % förbättring och egenvård gav 52,5 % förbättring. Beteendeträning och beteendeträning + PFES gav likvärdig förbättring men beteendeträning och beteendeträning + PFES gav 50 % större förbättring än egenvård. Efter behandlingen hade läckaget minskat med 80,2 % i beteendegruppen, 78,3 % i PFES-gruppen och 75,3 % i egenvårdsgruppen.</p>

Kvalitet:	Hög.  Bakgrund: Tydlig bakgrund. Syfte: Mycket klart och tydligt beskrivet. Metod: Mycket klart och tydligt beskriven metod. Inklusions- och exklusionskriterier väl beskrivet. Deltagarna tydligt beskrivna. Metoddiskussion och resultatdiskussion är tydliga och ingående.
Författare:	BylesJ E, Chiarelli P, Hacker A H, Bruin C, Cockburn J & Parkinson L
Land:	Australien
År:	2004
Titel:	An evaluation of three community-based projects to improve care for incontinence.
Syfte:	1. Att öka antalet personer som söker behandling för urininkontinens. 2. Att skaffa adekvat och lämplig inkontinens service.
Urval/datainsamling:	Kvantitativ och kvalitativ metod användes för att få en omfattande bedömning av varje projekt. Projekt 1 utfördes i en stor, inländsk landsbygd i Australien. Projekt 2 utfördes på kusten med både landsbygd och storstad. Projekt 3 utfördes på kusten av en huvudstad. Syftet med varje projekt var att förbättra upptäckten och behandlingen av urininkontinens. Projekten hade snarlika åtgärder för att uppnå målet. Utvärderingen värderade i vilken omfattning varje projekt hade underlättat vägen fram för vård av patienter med inkontinens. Grundregler erhöles från en analys av processerna i varje projekt och bevis av deras inverkan på service åtgärder och patientens resultat framkom. Effekten för vårdgivaren bedömdes med intervjuer och genom att kartlägga deras kunskaper. Syftet med intervjuerna var att få åsikter om projektet och dess effekt. Intervjuer skedde med sjuksköterskor, läkare och sjukgymnaster. Tre vårdgivare från varje projekt ingick, tre manliga och sex kvinnliga. Kartläggningen av kunskaper ville påvisa ändringar i kunskap angående riskfaktorer och undersökning, symtom, bedömning och hantering av urininkontinens.  Kvantitativ och kvalitativ studie.
Genomförande/analys:	Kartläggningen av kunskapsnivå baserades på 14 kliniska fall följt av sant eller falskt frågor. Alla vårdgivare som fått utbildning fick delta. Baslinjekunskap inhämtades innan utbildning och uppföljning två veckor efter via brev, anonymt. I projekt1 svarade 31 vårdgivare, 53 stycken i projekt 2 och 58 stycken i projekt 3. Kunskapspoäng räknades ihop och medeltal jämfördes med Wilcoxon`s teckenrangstest. Vid utvärderingen av resultatet för patienterna med inkontinens användes tre strategier; 1. Granskning av antal patienter som ringt kontinentstjänstens journummer före och efter åtgärder. Månadskurva gjordes. 2. Kartlägga antalet patienter i läkarens väntrum som söker hjälp för sin inkontinens före och tre månader efter projektet. Multivariatanalys användes för att undersöka faktorer associerade till att patienterna söker hjälp. 3. En longitudinell granskning av

Resultat:	<p>patienter som blivit behandlade mot inkontinensen och haft en vårdgivare som fått utbildning, för att utvärdera kvalitén på servicen. Se att patienten var nöjd och hade blivit hjälpt av åtgärderna i projektet. Validerade metoder som användes var the Incontinence Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7), the Urological Distress Inventory Short Form (UDI-6), the Incontinence Severity Index och Client Satisfaction Questionnaire Short Form (CSQ-8).</p> <p>Projektet skulle ge tydliga rutiner för patienter med inkontinens och förbättra nätverket av vårdgivare kring patienten, ge sjuksköterskor och läkare bättre kunskaper och göra folk uppmärksamma på problemet. Alla deltagare kände att deras färdigheter förbättrades under projektet och de blev medvetna om möjliga tjänster och resurser. Vårdgivarna blev medvetna om brister som påverkar kontinensvården, såsom tidsbrist, kostnader, kulturella skillnader. I projekt 1 ökades antalet remisser till den lokala kontinensmottagningen. Efter projektet fanns en statistisk signifikant ökning av vårdgivarnas totala kunskapspoäng. Alla projekten hade flest telefonsamtal till journumret under kontinensveckan. Av patienterna som satt i läkarnas väntrum har i projekt 1. 508 patienter, i projekt 2. 721 och i projekt 3. 606 svarat vid första kartläggningen. Vid andra kartläggningen svarade 426 (projekt1), 474 (projekt 2) och 400 (projekt 3). Både män och kvinnor ingick. Medelåldern var 54 år vid första kartläggningen och 51 år vid andra. I alla projekten visade det sig att vid första kartläggningen hade 56 % inkontinens men endast 30 % sökt hjälp, vid andra kartläggningen hade 57 % inkontinens och 29 % sökt hjälp. Blandinkontinens var vanligast och flest hade sökt hjälp för detta problem. I alla projekt var det så att svårigheten av inkontinensen avgjorde om hjälp söktes. Inget projekt ökade antalet hjälpsökande. Femtio patienter svarade på uppföljningen av den longitudinella granskningen. De flesta var kvinnor, med en medelålder på 63,3 år. Urininkontinensen hade fått mindre inverkan på livsstilen, mindre besvär av inkontinensen och en minskning av urininkontinensens svårighet samt en större tillfredsställelse av tjänsten efter projekt 2.</p>
Kvalitet:	<p>Medel.</p> <p>Bakgrund: Tydlig men kortfattad. Problem med urininkontinens, nationell ansats till kontinensvård, ej endast äldre som drabbas, förekomst, underrapporterat problem. Syfte: Otydligt. Metod: Tydligt och utförligt, projekt 1+2+3. Dock inget urval. Undersökningsspersoner (projekt utförligt) beskrivna. Resultat: Svarat på syftet, Projekt 2 bäst. Metoddiskussion: Kritiskt men upprepningar. Brister i tolkningen av resultatet, intervjuer var inte slumpmässigt valda och subjektiva, ingen kontrollgrupp vid kartläggning av kunskaper, dålig svarsfrekvens, telefonsamtal för lågt antal för analys, kort tidsspänn och ingen jämförelse med dem som inte ingick i projektet. Etiskt godkännande fanns.</p>
Författare:	Bö K, Talseth T & Holme I
Land:	Norge
År:	1999
Titel:	Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine

<p>Syfte:</p>	<p>stress incontinence in women.</p> <p>Att jämföra effekten av bäckenbottenträning, elektrisk stimulering, vaginala koner eller ingen behandling hos kvinnor med äkta ansträngningsinkontinens.</p>
<p>Urval/datainsamling:</p>	<p>Multicenterstudie, single blind, randomiserad kontrollerad studie med stratifierad design. Deltagarna var kvinnor med ansträngningsinkontinens tagna från en väntlista för operation eller värvade ur en lokal tidning. Fem center i sydöstra Norge deltog. Bedömningen vid värvningen inkluderade anamnes, fysisk undersökning, bakteriuri och blöjvägningstest. Inklusionskriterier var anamnes med ansträngningsinkontinens, &gt; fyra gram urinläckage. Exklusionskriterier var andra typer av inkontinens, överaktiv blåsa, onormal blåsfunktion, tidigare operation för ansträngningsinkontinens, neurologisk eller psykisk sjukdom, urinvägsinfektion, annan sjukdom som kunde påverka deltagandet, annan behandling eller oförmåga att förstå instruktioner på norska. Trettio deltagare var i dessa fyra grupper ansågs lämpligt. Deltagarna delades upp i två grupper; mer eller mindre än 20 grams urinläckage. Därefter lades de in i datorn för att slumpmässigt väljas till någon av de fyra grupperna. Läkaren som gjorde utvärderingarna av effekten av behandlingarna var inte medveten om fördelningen.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>
<p>Genomförande/analys:</p>	<p>Deltagarna fick utbildning i bäckenbottens anatomi, fysiologi och kontinens mekanismer, hur de skulle knipa rätt. Deltagarna i de tre grupperna fick information om att behandlingarna var lika effektiva och ombads hålla sig från annan behandling under den sex månaders behandlings perioden. De tre behandlingsgrupperna fick träffa terapeuten en gång i månaden för motivation, kontroll av bäckenbottenmuskel styrka och justering av behandling om det var nödvändigt. Kontrollgruppen hade inga träffar men blev erbjudna information om användningen av inkontinensskydd. Bäckenbottenträningen gick ut på att knipa åtta till tolv gånger tre gånger om dagen i hemmet och i grupp en gång per vecka i 45 minuter med terapeuten. Elektrisk stimulering gick ut på att använda MS 106 Twin efter tillhörande instruktioner i trettio minuter per dag i hemmet. Följsamheten var elektroniskt övervakad och dokumenterad. Vaginala koner – Mabella koner användes i tjugo minuter per dag enligt tillverkarens rekommendationer. Följsamheten noterades i en dagbok. Efter att ha tömt urinblåsan med en kateter spolades 200 ml saltlösning in och kvinnorna hade vägt blöjan innan och sedan fick de springa på samma ställe i 30 sekunder samt 30 sekunder med hopp, efter testet vägdes blöjan igen, =Blöjtest med provokation. Subjektiv bedömning av tillståndet före och efter behandling gjordes med en fempoängsskala. En tredagars blåsdagbok användes före och efter behandlingen för att mäta ofrivilligt urinläckage. Medeltalet räknades ut. Tjugofyra timmars blöjvägningstest gjordes före och efter. Läckageindex; Patienten skrev i en fempoängsskala frekvensen av urinläckage under ansträngning. Medeltal räknades ut. Socialt aktivitets index; Upplevda problem i nio sociala situationer skattades på en visual analog skala. Detta gjordes före och efter behandling och räknades som mått på livskvalitén. Förbättringar skattades också på en fempoängsskala. Bäckenbotten funktionen mättes av terapeuten vaginalt under en kontraktion. Muskelstyrkan mättes med en vaginal ballongkateter. Kruskal-Wallis analys av skillnader användes som övergripande test vid skillnader mellan grupperna på visual analog skala och andra mätta variabler. Parvisa jämförelser gjordes med Mann-Whitney U test. Cochran-Mantel-Haenszel test eller X2 test användes om data var obetydlig eller kategorisk.</p>

Resultat:	122 patienter var slumpmässigt utvalda. Tre kunde inte slutföra studien, två började annan behandling och tio hoppade av på grund av motivationsproblem. Detta gav 107 deltagare; 30 i kontrollgrupp, 25 i bäckenbottenträningen, 25 i elstimuleringsgruppen och 27 i gruppen med vaginala koner. Det fanns ingen signifikant skillnad i grupperna gällande bakgrundsfakta vid baslinjen. Följsamheten med bäckenbottenträningen var högst. Det fanns ingen förändring av bäckenbottenstyrkan i kontrollgruppen men i de andra grupperna fanns förbättring, det var dock endast i bäckenbottenträningsgruppen som det var signifikant skillnad jämfört med kontrollgruppen. Mellan elstimuleringsgruppen och vaginala koner fanns ingen skillnad. Analysen visade skillnader i alla variabler utom i 24 timmars blöjvägningstest mellan alla grupper; minskad frekvens av urinläckage under tre dagar, blöjtestet med provokation - urinläckage i gram minskade, minskat urinläckage vid ansträngning. Det fanns en signifikant skillnad mellan bäckenbottengruppen och kontrollgruppen angående resultatet på blöjtestet med provokation, frekvenser av urinläckage under tre dagar, socialt aktivitets index och läckageindex. Skillnaden mellan elstimulering och kontrollgrupp var signifikant angående frekvenser av urinläckage under tre dagar, sociala aktivitets index och läckage index. Skillnaden mellan vaginala koner och kontrollgruppen var signifikant angående socialt aktivitets index och läckage index. Bäckenbottenträningsgruppen förbättrades mer än elstimuleringsgruppen mätt med provokations blöjtest och läckageindex samt mer än vaginala koner angående blöjtestet, frekvenser under tre dagar, och läckageindex. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan elstimuleringen och vaginala koner i någon av variablerna. Objektivt kontinenta blev två kvinnor i kontrollgruppen, elva i bäckenbottenträningsgruppen, sju i elstimuleringsgruppen och fyra i gruppen med vaginala koner. Subjektivt kontinenta blev en i kontrollgruppen, fjorton i bäckenbottenträningsgruppen, tre i elstimuleringsgruppen och två i gruppen med vaginala koner. Tre i kontrollgruppen och två i elstimuleringsgruppen upplevde att de blev sämre efter studien.
Kvalitet:	Hög  Bakgrund: Tydlig med definition av urininkontinens, frekvens, kostnad, typer, riskfaktorer, bäckenbottenträning. Syfte: Tydligt. Metod: Beskriven med inklusions och exklusionskriterier. Urval dataanalys, undersökningspersoner var beskrivna i tabell. Resultat: Svarat på syftet. Metoddiskussion: Oftare träffar i bäckenbottenträningsgruppen men försökt ge alla lika mycket motivering, svårt att mäta urinläckage då inga giltiga tester fanns. Använt mätinstrument som använts kliniskt och i forskning tidigare testade. Etiskt godkännande och skriftligt samtycke fanns.
Författare:	Cammu H, Van Nysten M & Amy J J
Land:	Belgien
År:	2000
Titel:	A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence.
Syfte:	Att redogöra för i huvudsakligen en subjektiv utvärdering tio år efter avslutat bäckenbottenträningsprogram.



Urval/datansamling:	<p>87 kvinnor i åldrarna 30-81 med ansträngningsinkontinens som diagnostiserats mellan januari -86 och juni -87 valdes ut, de skulle vara uppegående och mentalt lämpliga. Patienter som var på sjukhus, hade kognitiv svikt, funktionshindrad, nyförlöst, överaktiv blåsa och residualurin exkluderades. 14 hade åkommor som var i behov av operation, övriga 73 blev tillfrågade att delta i studien. 9 patienter ville inte delta. 7 ville opereras omgående. Av de 57 deltog två inte och tre föll bort av annan anledning. 52 kvinnor ingick i studien.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>
Genomförande/analys:	<p>Bäckenbottenträningen lärdes ut av en kvinnlig sjukgymnast. Kvinnorna fick två gånger i veckan i tio veckor enskilda undervisningar på 30 minuter var gång. Vid första besöket undersöktes bäckenbotten och syftet med träningsprogrammet förklarades. En serie kontraktioner bestod av 10 korta följd av 10 långsamma i 5-10 sekunder var. Kvinnorna instruerades att knipa vid ansträngning ”perineal lock”. Detta skulle även utföras i hemmet. Resultatet av åtgärderna bedömdes genom att skriva en miktionsdagbok och ett frågeformulär via post. Fem år senare skickades frågeformuläret ut igen. Tio år efter avslutad träning skickades ett kortare frågeformulär ut till de 52 kvinnorna som varit med från början. Frågor om deras tillstånd ställdes, de som var kontinenta eller mycket förbättrade definierades som behandling lyckad, kvinnor som uttryckte försämring, oförändrat eller endast viss förbättring definierades som behandling misslyckad. Andra frågor var om inkontinensen var ett problem nu, användes inkontinensskydd, frekvensen av träning i hemmet, annan åtgärd, till exempel om operation gjorts. Icke-parametriskt Mann-Whitney U-test användes för att jämföra resultatet av bäckenbottenträningen med användningen av blöjor före terapin. Chitvåtest användes för att bedöma relationen mellan regelbunden träning i hemmet och resultatet.</p>
Resultat:	<p>Av 52 kvinnor föll fyra bort, 48 kvinnor kvar, tre kunde inte fylla i frågeformuläret på grund av sjukdom. Kvarvarande 45 ingick i studien, medelålder 61 år, 38 var postmenopausal och sju hade genomgått antiinkontinensoperation innan sjukgymnastiken. När bäckenbotten träningen initialt varit lyckad = 24 stycken kvarstod detta positiva resultat efter tio år hos två tredje delar. Mellan slutförd träning och bedömningen tio år senare hade två kvinnor opererats. När bäckenbottenträningen initialt varit misslyckad = 21 stycken var det endast fem kvinnor, som inte genomgått operation, som tyckte att deras urininkontinens var acceptabel tio år senare. De 24 kvinnorna jämfördes med de 21 gällande; ålder, graviditeter, body mass index, tidigare operation, blåskapacitet och användandet av blöjor per vecka. Endast det sistnämnda var statistiskt signifikant, 16 blöjor per vecka i gruppen behandling lyckad och 22 blöjor per vecka i den andra gruppen. De 32 kvinnorna som endast använt bäckenbottenträning använde i genomsnitt 17 blöjor per vecka innan behandling, detta minskade till fem efter avslutad behandling och minskade till fyra efter fem år men ökade igen till sex blöjor per vecka efter tio år. Fastän bäckenbottenträningen och perineal lock användes lika mycket i början, användes perineal lock oftare på lång sikt. Bäckenbottenträning utan perineal lock användes sällan. Kvinnor som haft bra effekt av behandlingen var de som fortsatte träna efteråt.</p>
Kvalitet:	<p>Hög</p> <p>Bakgrund: Tydlig med definition av urininkontinens, frekvens, kostnad, typer, riskfaktorer, bäckenbottenträning. Syfte: Tydligt. Metod: Beskriven</p>

	<p>med inklusions och exklusionskriterier. Urval dataanalys, undersöknings-personer var beskrivna i tabell. Resultat: Svarat på syftet. Metoddiskussion: Oftare träffar i bäckenbottenträningsgruppen men försökt ge alla lika mycket motivering, svårt att mäta urinläckage då inga giltiga tester fanns. Använt mätinstrument som använts kliniskt och i forskning tidigare testade. Etiskt godkännande och skriftligt samtycke fanns.</p>
Författare:	Dingwall L & Mclafferty E
Land:	Skottland
År:	2005
Titel:	Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: an exploratory study.
Syfte:	Syftet var att undersöka om sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar med äldre människor på akutsjukhus/medicinavdelning befrämjar urininkontinens hos äldre människor och använder bedömningsinstrument och behandlingsstrategier.
Urval/datainsamling:	<p>Brev skickades ut till all personal (=631) innan projektet startade, där projektet och tillvägagångssättet för studien beskrevs. 135 svarade att de var intresserade av att delta. 21,4 % svarade på formuläret. 63 % var positiva svar. 9 grupper med 4-10 deltagare ingick. 2 grupper från akutvård och 2 grupper från medicinavdelningarna blev inställda på grund av brist på deltagare. Induktiv ansats.</p> <p>Kvalitativ studie.</p>
Genomförande/analys:	<p>Enskilda intervjuer och gruppintervjuer med öppna frågor gjordes med deltagarna som var sjuksköterskor och undersköterskor från olika sjukhus inom akutavdelningar/medicinavdelningar. Deltagarna fick diskutera 10 öppna frågor som författarna hade hämtat från andra litteraturstudier. Analysmetod QSR NVivo 2.0 användes för att analysera data. NVivo är ett dataprogram som tillåter effektiv och duglig kodning av tema, kategorier och tillåter att flytta data mellan de olika kategorierna. Resultatet placerades in under passande teman och kategorier. Sex övergripande teman identifierades utifrån data, men endast 4 ansågs relevanta mot syftet och togs med i resultatet. En tabell visar antal sköterskor, som var inbjudna att delta, hur många som ville delta och hur många som sedan deltog och svarade på enkäten. Det egna resultatet jämförs med 2 andra studier, vilket stärker deras resultat.</p>
Resultat:	<p>Resultatet visade att bedömningsinstrument användes för att få rätt blöja/blöjstorlek men inte för att diagnostisera urininkontinens eller bedöma vilka åtgärder som kunde användas för att minska urininkontinensen. Varje sjukhus hade sitt eget bedömningsinstrument, men inget av dessa var godkända för att användas på äldre. De flesta hade gjort egna bedömningsmetoder för att bedöma urininkontinens. Några tyckte inte att de bedömningsinstrument som användes var lämpliga att använda på äldre. Många kom överens om att äldre personer ofta bedömdes vara</p>

Kvalitet:	<p>urininkontinenta utan att bedömning/utredning gjorts. Hade en patient haft urinläckage vid endast ett tillfälle ansågs hon ändå vara urininkontinent. Det var sällsynt att personer över 65 år fick specialistbedömning eller behandling för urininkontinens inom akutmedicinsk vård. Bristen på bra bedömningsinstrument visade sig både hos patienten och inom vårdekonomin. Fysiska kostnader för patienten var bland annat ökad fallrisk, ökad risk för trycksår och försämrad läkeförmåga vilket bidrog till längre vårdtider.</p> <p>Hög.</p> <p>Bakgrund: Mycket tydlig med problemformulering. Väl beskrivet. Syfte: Tydligt beskriven avsikt med studien. Metod: Mycket tydligt beskriven. Bortfall är beskrivet. Resultat: Svarar mot syftet. Tydligt indelat i teman och kategorier. Metoddiskussion och resultatdiskussion är förd. Etiskt godkännande söktes från Etiska kommittén.</p>
<p>Författare:</p> <p>Land:</p> <p>År:</p> <p>Titel:</p> <p>Syfte:</p> <p>Urval/datainsamling:</p> <p>Genomförande/analys:</p>	<p>Dougherty M C, Dwyer J W, Pendergast J F, Boyington A R, Tomlinson B U, Coward R T, Duncan R P, Vogel B &amp; Rooks L G</p> <p>USA</p> <p>2002</p> <p>A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women.</p> <p>Att studera effekten över tid efter beteendeterapi för att hantera symtomen vid ansträngnings, trängnings och blandinkontinens.</p> <p>Deltagarna var från sju landsbygder i norra Florida utifrån en definition om vad landsbygd är. Över 24 månader var 218 deltagare slumpmässigt uttagna till beteendeträning = behandlingsgrupp eller en kontrollgrupp. 122 stycken ingick i de första 12 månaderna och 96 i de 12 sista månaderna. En utvidgning av reduceringsteknik enligt Conlon &amp; Anderson användes för att hamna i behandlingsgruppen vid baslinjen. Reduceringen tillät en slumpmässig utnämning där det blev balans mellan de två grupperna angående svårigheten av urininkontinensen, ålder, bakteriuri, etnisk tillhörighet och vårdgivare. Inklusionskriterier var kvinnor 55 år eller äldre, hemmaboende i utvalt område, hade ansträngning- bland eller trängningsinkontinens, negativ bakteriuri och hade möjlighet att delta i minst sex månader. Exklusionskriterier var blåscancer, njursjukdom, kateter, residualurin eller ingen vårdgivare tillgänglig. Deltagarna följdes upp var sjätte månad i upp till två år.</p> <p>Kvantitativ studie.</p> <p>Fem instrument användes för att utvärdera behandlingen; 1. Tredagars blåsdagbok för att bedöma episoder av urinläckage och miktionsfrekvens. Spearmans-rangkorrelationskoefficient mätte</p>

<p>Resultat:</p> <p>Kvalitet:</p>	<p>urininkontinensepisoder vid baslinjen och efter en månad utan behandling.</p> <p>2. Kalibrerad behållare placerades på toaletten för att uppskatta tömningsvolymen under en dag.</p> <p>3. Blöjvägningstest användes för att mäta urinläckagemängd.</p> <p>4. Livskvaliten mättes med Incontinence Impact Questionnaire.</p> <p>5. Subjektiv värdering av urininkontinensens grad baserades på deltagarnas skattning på en sjustegsskala från 1= dålig blåskontroll till 7= bra blåskontroll.</p> <p>Målen bedömdes innan behandling med en öppen fråga. Mental Health Inventory användes för att mäta kvinnornas allmänna humör eller påverkan. Mini Mental State Examination (MMSE) användes för att mäta kognitiv status. Mätning av oberoende/beroende av hjälp vid ADL gjordes med en 3 stegsskala. Undersökning per telefon, informerat samtycke, baslinje bedömning och hälsobedömning gjordes. Behandlingsgruppen delades in i egenvårdsgrupp eller blåsträningsgrupp. Efter blåsträning bedömdes om patienten skulle fortsätta med bäckenbottenträning med feedback. Kontrollgruppen fick information om baslinje besöket som varken förordade eller befrämjade behandling. Båda grupper följdes upp var sjätte månad i upp till två år. Beteende terapin var i tre delar; Egenvård, blåsträning och bäckenbottenträning med biofeedback. Egenvård innebar att reducera kaffeintag, öka tömningsintervaller och goda tarmvanor. Om inte egenvård var befogat påbörjades blåsträning och om inte målen uppnåddes påbörjades bäckenbottenträning med biofeedback. Behandlingen varade i 20-24 veckor. Dataanalyser som användes var t-test och Fishers test. En utvidgning av ANOVA, PROC MIXED användes för att mäta mönster av genomsnittsvar.</p> <p>178 slutförde studien, ålder mellan 55-95 år. De slumpmässigt utvalda i de första 12 månaderna var inte annorlunda än de i de 12 sista. Behandlingsgruppen och kontrollgruppen var lika vid baslinjen gällande demografi, funktionellt status och hälsohistoria. En högre andel i behandlingsgruppen hade bott längre än tio år i kommunen annars ingen statistisk signifikans. Vid sex månader och andra uppföljningar fanns en signifikant skillnad mellan grupperna gällande urinläckage i gram och episoder av urinläckage till behandlingsgruppens fördel. Det visade ingen skillnad mellan grupperna gällande miktionsfrekvens eller tömningsintervaller. Miktionsfrekvens ökade och tömningsintervaller kortades i båda grupperna. Både livskvalité och subjektiva upplevelser av urinläckagets grad hade effekt av behandlingen i önskad riktning. Urinläckagets storlek minskade med 61 % i behandlingsgruppen medan den i kontrollgruppen ökade med 184 % över två år.</p> <p>Hög</p> <p>Bakgrund: Tydligt beskrivet, effekt av beteende terapi av urininkontinens, få undersökningar av landsbygdens problem av hembaserade åtgärder. Syfte: Tydligt samt tre frågeställningar. Metod: Utförligt, inklusionskriterier och exklusionskriterier. Undersökningsspersoner beskrivna. Resultat: Svarat på syften. Metoddiskussion: Åtgärder baserades på patienternas mål. Begränsningar i studien, olika förutsättningar. Omöjligt att dölja viken grupp deltagarna hamnade i. Objektiv mätning av urinläckage, reliabiliteten av blåsdagbok som instrument. Etiskt godkännande fanns.</p>
-----------------------------------	---

Författare:	Goode P S, Burgio K L, Locher J L, Roth D L, Umlauf M G, Richter H E, Varner R E & Lloyd K L
Land:	USA
År:	2003
Titel:	Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women; A randomized controlled trial.
Syfte:	Studien var designad för att ta reda på om PFES förbättrade resultatet av bäckenbottenträning och blåsträning vid ansträngningsinkontinens.
Urval/datainsamling:	Deltagare var kvinnor över 40 år med ansträngningsinkontinens. Kvinnorna skulle vara uppegående och ha urinläckage minst 2 ggr/vecka under minst 3 månader. Urval: 508 kvinnor tillfrågades, 308 var ej lämpliga att delta, 200 valdes ut att delta i studien och delades slumpmässigt in i 3 grupper. En grupp fick blåsträning (beteendegrupp), en annan grupp fick PFES och en tredje grupp (självhjälpsgrupp) fick en broschyr med information om bäckenbottenträning, blåsträning mm. Inklusionskriterier var minst 2 läckagetillfälle/vecka, ansträngningsinkontinens som ett tydligt mönster, ansträngningsinkontinens som visade sig vid urodynamiskt test. Exklusionskriterier var de som hade ständigt läckage, resurin mer än 150 ml, uretraprolaps, obehandlad hjärtsvikt.
Genomförande/analys:	Kvantitativ studie. PSQ = Patient Satisfaction Questionnaire (före och efter behandling), Blåsdagbok (före och efter behandlingen), HSC 90-R = Hopkins Symtom Checklist 90-R, IIQ = the Incontinence Impact Questionnaire, SF 36 HS = the Short Form 36 Health Survey, ANOVA = användes för att mäta skillnaden mellan de 3 olika grupperna. Före starten togs anamnes, fysisk undersökning gjordes, kateterisering för att mäta resurin gjordes, urodynamisk bedömning, HbA1c togs på diabetiker, urinalys och urinodling gjordes, okontrollerad diabetes undersöktes och behandlades/uteslöts, Q-tip test, MMT-test och förstoppning undersöktes och åtgärdades. Urodynamisk undersökning (enligt International Continence Society Guidelines) gjordes för att bedöma vilken typ av urininkontinens kvinnorna hade. Fyra besök på kliniken varannan vecka gjordes under åtta veckor. Blåsdagbok användes. Åtgärderna gjordes av sjuksköterskor som hade utbildats i beteendeterapi vid urininkontinens. Gruppen som fick blåsträning och biofeedback fick vid första besöket 20 minuters biofeedback med bäckenbottenträning. Sjuksköterskan lärde patienten att isolera bäckenbottenmusklerna. Verbal och skriftlig information om tre bäckenbottenträningar per dag med 15 repetitioner gavs. Vid andra besöket kontrollerades blåsdagboken, patienterna fick undervisning om strategier för att förhindra läckage och återkoppling angående knipövningarna gjordes. Vid besök två, tre och fyra justerades knipövningarna med en gradvis ökning av längden på knipen. Gruppen som fick beteendeträning och PFES fick vid första besöket en apparat = Hollister Incare Libertyville III som elektriskt stimulerade bäckenbotten via en vaginal sond. Patienterna fick detta femton minuter varje dag samt bäckenbottenträning tre gånger per dag. Den tredje gruppen fick en bok med instruktioner för åtta veckors självhjälpbeteendeträning utan att få någon utrustning eller hjälp från expertis. Uppföljningen vid besök fyra var två veckors blåsdagbok efter

Resultat:	<p>behandlingen, PSQ, the shortform 36 health survey samt upprepning av urodynamiskt test. De olika grupperna jämfördes med ANOVA, det som mättes i jämförelserna var en eventuell minskning av frekvens och antal urinläckage. Blåsdagboken användes för att mäta läckagemängd och intervall före och efter behandlingen.</p> <p>Före undersökningen fanns det ingen större skillnad mellan de tre grupperna. 508 personer tillfrågades och 308 var ej lämpliga att delta. Naturligt bortfall var 18,2 % i beteendegruppen, 11,9 % i PFES gruppen och 37,3 % i självhjälsgruppen. Det undersöktes om baslinjeinformationen kunde vara avgörande för vilket resultat patienten fick. Innan behandling var veckofrekvensen av urinläckage ungefär lika i de tre grupperna. Beteendeträning gav 68,6 % förbättring av urinläckaget. Beteendeträning och PFES gav 71,9 % förbättring och självhjälp gav 52,5 % förbättring. De två förstnämnda grupperna gav likvärdig förbättring av urinläckaget vilket var 20 % större förbättring än de i självhjälsgruppen. Alla tre åtgärderna gav positiva resultat. Beteendeträning och bäckenbottenträningen gav överlag bättre resultat och patienterna var mer nöjda. Patienternas upplevelser av behandlingarna skiljde sig åt, PFES patienterna upplevde att de var mycket bättre än beteendeträningsgruppen. PFES resulterade i betydligt fler nöjda patienter och beteendepatienterna var mer nöjda än självhjälsgruppen. ANOVA visade på en signifikant förbättring av inkontinensens inverkan på livskvaliteten, den visade en förbättrad livskvalitet och minskad psykisk stress och oro.</p>
Kvalitet:	<p>Hög.</p> <p>Bakgrund: Beskriver elstimulering av bäckenbotten. Beskriver bäckenbottenträning i kombination med PFES och att detta botade 7 av 17 deltagare i en tidigare studie. Tydlig bakgrund. Syfte: Mycket klart och tydligt beskrivet. Metod: Mycket klart och tydligt beskriven metod. Inklusions- och exklusionskriterier väl beskrivet. Metoddiskussion: Mycket bra, omfattande diskussioner, både metod och resultat diskuteras. Resultat: Resultatet visade att PFES inte märkvärdigt förbättrade ansträngningsinkontinensen jämfört med endast beteendeträning. Detta skiljer sig från andra liknande studier som visat tvärtom.</p>
Författare:	Kondo A, Emoto A, Katho K, Ozawa H & Kamihira O
Land:	Japan
År:	2007
Titel:	Long-term results of the pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: An 8-year transition tree and predictive parameters.
Syfte:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Att utvärdera bäckenbottenträning efter åtta år hos 79 kvinnor</li> <li>2. Att analysera behandlingen som lyckad alternativt misslyckad</li> <li>3. Identifiera parametrar som kan förutspå positiva resultat av behandlingen.</li> </ol>

Urval/datainsamling:	<p>129 kvinnor med ansträngnings- eller blandinkontinens deltog i en åtta veckors intensiv bäckenbottenträning mellan 1990 och 1994 på Nagoya universitetets sjukhus. 123 avslutade programmet och utvärderades åtta veckor efter träningen samt två år senare. Åtta år efter avslutad träning skickades frågor till 112 av dessa kvinnor, bortfall presenteras i tabell, 79 kvinnor blev bedömda. Medelåldern var 53,2 vid träningen och 60, 2 vid åtta års bedömning. Innan bäckenbottenträningen togs anamnes, fysisk undersökning, ansträngnings- provokation och 60 minuters blöjtest gjordes. Inklusionskriterier var ansträngnings- eller blandinkontinens. Exklusionskriterier var neurogen underfunktion av urinblåsan, trängningsinkontinens och svårt framfall.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>
Genomförande/analys:	<p>Perineometer i vagina användes för att mäta kontraktionsstyrkan. Bäckenbottenträningen var på 60-90 minuter en gång i veckan i åtta veckor. Upprepade muskelkontraktioner samt knipövningar vid ansträngning. Träningen var ledd av sjuksköterska eller läkare och informerade om hur kontinens kunde bibehållas eller förloras. Kvinnorna var instruerade att träna i hemmet 30 gånger per dag. För att bibehålla en hög nivå av motivation delades kvinnorna in i grupper om 10 och en dagbok om antal träningar i hemmet fördes. Verbal uppmuntran gavs upprepade gånger. Åtta års bedömning skedde 2000-2001. Frågeformulär skickades ut och deras svar skickades åter via post. Frågorna var om kontinensstatus, frekvens av urinläckage, svårigheten av inkontinens, typ av inkontinens och träning av bäckenbotten i hemmet. Subjektiva svar som helt kontinent och mer än 50 % förbättring tillskrevs behandlingen lyckad och övriga svar tillskrevs behandlingen misslyckats. Patientkaraktärer och klinisk relevanta parametrar var analyserade med Mantel´s trend test; ålder, BMI, blöjtest före och efter träningen, vaginalkontraktionsstyrka före och efter träning, graviditeter och hysterektomi. För andra jämförelser användes Chitvåtest och Mann-Whitney U-test för statistisk signifikans.</p>
Resultat:	<p>Av de 79 kvinnorna, skattades behandlingen som lyckad hos 31 och 48 som behandlingen misslyckad efter behandlingen. Detta är ungefärligt som åtta veckor efter behandlingen och två år efter. Två grupper kunde beskrivas; stabil= en där behandlingen beskrevs som Av Av de 79 kvinnorna skattades behandlingen som lyckad hos 31 och hos 48 som behandlingen misslyckad. Detta är ungefär som vid åtta veckor och två år efter behandlingen. Två grupper kunde beskrivas; stabil= en behandling beskrevs som lyckad vid samtliga bedömningar och ostabil= en där behandlingen beskrevs som misslyckad vid samtliga bedömningar. Det var 17 kvinnor i den stabila gruppen, 29 kvinnor i den ostabila gruppen. Hos 33 kvinnor var kontinensstatusen varierande. 13 kvinnor blev kontinenta, 18 visade mer än 50 % förbättring, 15 visade viss förbättring och 33 visade ingen förbättring eller försämring. Om det var stor skillnad i vaginal kontraktionsstyrka mellan innan träning och åtta veckor efter träning kunde man förutspå positiva resultat av behandlingen även efter åtta år.</p>
Kvalitet:	<p>Hög.</p> <p>Bakgrund: Tydlig men kortfattad ingen information om urininkontinens men om Kegel och Bäckenbottenträning (BBT). Syfte: Tydligt i tre delar. Metod: Tydligt och utförligt med inklusions- och exklusionskriterier. Bäckenbottenträning beskrivs. Undersökningsspersoner var beskrivna. Resultat: Svarat mot syften, Bäckenbottenträningen utvärderas efter åtta år, BBT lyckats eller misslyckats. Parametrar som ger positiva resultat.</p>

	Metoddiskussion: Viktigt med vaginal undersökning, att det är en liten grupp samt att ge verbal uppmuntran. Träningen leddes av sjuksköterska, sjukgymnast eller läkare. Nackdel att det inte är någon RCT, litet deltagarantal. Frågor om förekomst och tillbakagång av urininkontinensen användes inte för analys. Etiska resonemang förs inte.
Författare:	Lee C, Johnson C & Chiarelli P
Land:	Australien
År:	2005
Titel:	Women´s waterworks: evaluating an elderly intervention for incontinence among adult women.
Syfte:	Målet med studien var att utvärdera ett kort allmänt åtgärdsprogram för att förhindra ansträngnings- tränings- och blandinkontinens bland kvinnor med minimalt eller lätt urinläckage.
Urval/datainsamling:	Slumpmässigt utvald väntliste kontrollgrupp; deltagarna utsågs till behandlingsgrupp eller en fyra veckors väntliste grupp. Vuxna kvinnor som inte var nyförlösta, uttryckte intresse att delta och inte uppnått kliniska nivåer för urininkontinens inkluderades. Nittio kvinnor svarade på broschyrer utlagda på kvinnokliniker och läkarstationer i Newcastle. 76 deltog vid vecka 1 mötet. Exklusionskriterier: Diabetes, MS, stroke, ryggmärgsskada eller svår urinvägsinfektion. 62 deltog vid vecka 9 mötet och 56 vid vecka 16. Deltagarna ringde kontinenssjuksköterskan som förklarade programmet. Deltagarna delades upp i omedelbart behandlingsgrupp eller fyra veckors väntgrupp. Medelåldern var 50,5 år.  Kvantitativ studie.
Genomförande/analys:	De i behandlingsgruppen hade tre individuella möten med en kontinenssköterska vid vecka 1,9 och 16. De i väntliste gruppen slutförde vecka 1 och väntade sedan i fyra veckor. Åtgärdsresultat från väntlistegruppen inkluderas med behandlingsgruppen i resultatet. Behandlingsgruppen fick informationsbrev, informations broschyr, tre dagars blåsdagbok, formulär för samtycke. Deltagarna färdigställde en kartläggning inför alla tre möten. Urininkontinensens svårighet och typ fastställdes med The Incontinence Severity Index. Fysiska och mentala komponenter mättes med SF-36 som ett mått på välbefinnande.0-100 där 0 = dålig funktionskapacitet. Vecka 1 togs anamnes, vecka 9 och 16 utvärderades programmet med att subjektivt skatta deras inkontinens, hur ofta de tränat, ändringar i hälsa och blåsfunktion. Blåsdagbok fördes i tre dagar. Bäckebotten undersökning gjordes, bäckenbottenmuskulaturen mättes med Laycock´s PERFECT model. Deltagarna fick råd om goda blåsvanor, blåstränings teknik, att knipa rätt, knipa innan ansträngning samt individuell bäckenbottenträning. Data analyserades med upprepade mätningar av variation, och när signifikant, följd av Tukey´s post hoc tests.



Resultat:	Det fanns ingen signifikant skillnad mellan behandlingsgrupp och väntlistgruppen vid baslinjen. Pearson's korrelation visade medel till hög reliabilitet/tillförlitlighet över fyra veckor för alla variabler. Subjektiv inkontinenssvårighet sjönk signifikant mellan vecka 1 och vecka 9 och bibehölls i vecka 16. Kliniska mått angående bäckenbottenmuskel styrka och kontraktion visade på förbättring. Blåsdagboken visade förbättringar i blåsfunktionen. Både dag och natt volymen ökade utan ändringar i vätskeintag. Psykiska komponenter förbättrades.
Kvalitet:	Hög.  Bakgrund: Tydligt formulerat med konsekvenser, frekvens, behandling, pilotstudie, problemet. Syfte: Tydligt. Metod: Utförligt beskrivet med inklusions- och exklusionskriterier, undersökningsspersoner beskrivna. Resultat: Förbättring av urinläckage efter åtgärdsprogrammet. Svarat på syftet. Metoddiskussion: Störst förbättring mellan första och andra besöket, inget behov av tredje? De som deltog var högutbildade. På grund av känsligt ämne har många valt att inte delta? Trots 1200 broschyrer var endast 76 villiga att delta. Etiskt godkännande finns.
Författare:	McDowell B J, Engberg S, Sereika S, Donovan N, Jubeck M E, Weber E & Engberg R
Land:	USA
År:	1999
Titel:	Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults.
Syfte:	Att undersöka effekten av beteendeterapi hos hemmaboende äldre vuxna samt identifiera karaktären hos dem som svarade med kortvarig effekt eller ingen effekt alls.
Urval/datainsamling:	Kontrollerad klinisk studie som hade två grenar; en för behandling av patienter med Folstein MiniMental State Examination (MMSE) > 24 och en av patienter med MMSE < 24 det vill säga med kognitiv svikt. I varje gren blev patienterna slumpmässigt valda till behandlingsgrupp eller kontrollgrupp. Patienterna i behandlingsgruppen behandlades med beteendeterapi i åtta veckor i hemmet av en sjuksköterskestudent. Efter åtta veckors observation av kontrollgruppen gick de över till behandling. Denna studie fokuserar på patienterna med MMSE > 24, kognitiv intakta. Urval; Patienter med urininkontinens fångades upp av sjuksköterskor i hemsjukvården i sydvästra Pennsylvania och frivilliga valdes till studien för bedömning. 658 valdes till studien över en period av fyra år. En forskningssjuksköterska bedömde lämpligheten via telefon. Inklusions kriterier; 60 år eller äldre, hemmabunden, förstå eller prata engelska, ha minst två urinläckage i veckan under tre månader. Exklusions kriterier; MMSE < 24, prolaps, terminalvård, residualurin, oförmögen att skriva blåsdagbok. Sjukdom som påverkar urininkontinens utvärderades och behandlades innan studien.

Genomförande/analys:	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Anamnes togs och fysisk undersökning gjordes. Kontrollgruppen fick besök av sjuksköterskestudenten 1-2 gånger i veckan för att social omsorg, cirka 35 minuter åt gången. Ingen diskussion om urininkontinens förekom. Behandlingsgruppen fick åtta veckors beteendeterapi i hemmet, en gång i veckan, 40-60 minuter varje gång. Beteendeterapi var; bäckenbottenträning med biofeedback, ansträngnings- och tränings strategier samt blåsträning. Bäckenbottenträning skulle utföras tre gånger om dagen 10-15 minuter åt gången. Två veckor efter avslutad behandling fyllde deltagarna i en blåsdagbok. Dataanalysen gjordes via dataprogrammen SPSS windows och SAS windows. Dataanalysen beskrev frekvensräkning, marginell andel och genomsnittsvärde, mittvärde, omfattning och standardavvikelser. Effekten av beteendeterapi bedömdes genom att jämföra inkontinensnivån under två veckor efter sista behandlingen med de två veckorna vid start. Följsamheten av träningen räknades ut i procent, följsamheten av strategierna mättes genom att fråga patienterna och räkna ut procent. Wilcoxon's teckenrangtest användes för att jämföra följsamheten i procent för varje typ av strategi mot följsamheten av bäckenbottenträningen. Baslinje karaktärer som undersöktes var bland annat ålder, kön, utbildningsnivå, behov av hjälp vid toalettbesök, antal läkemedel, övriga sjukdomar.</p>
Resultat:	<p>105 deltagare ingick varav 53 i behandlingsgruppen och 52 i kontrollgruppen. Deltagarna var främst kvinnor = 95 stycken, medelålder = 76,8 år. Multisjukdomar och funktionshinder var vanliga. Fyrtioåtta patienter visade depressiva symtom. MMSE medeltal var 28,2. Patienterna hade i medeltal varit inkontinenta i sju år, 3,9 urinläckage per dag och de flesta hade svår inkontinens. 91 hade träningsinkontinens med elva urintömningar per dag. Där fanns ingen statistisk signifikant skillnad i kontinensstatus mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Antal urinläckage minskade från 4,1 till 3,5 i kontrollgruppen, vilket var en förbättring av urininkontinensen med 6,4 %. Behandlingsgruppen minskade antal urinläckage per dag från 4,0 till 1,8 efter behandling, en förbättring med 75 %. Av totalt 85 som slutförde blåsdagboken (inklusive de som gick över från kontrollgrupp till behandlingsgrupp) minskade urinläckage per dag från 4,0 till 1,7. Bortfall på grund av eget önskemål, kateter, flyttade, ändrade läkemedel förekom. Tjugoåtta patienter hade mindre än femtio procent förbättring efter behandling, majoriteten hade mer än 50 % förbättring och 13 patienter blev kontinenta. Förbättringarna i inkontinensen var minst hos de som behövde hjälp vid toalettbesök och som gjort minst antal övningar. Karaktärerna för att få effekt eller inte är; kön, utbildningsår, hjälpbehov och antal övningar som utförts. Positiv påverkan hade lång utbildning och mycket träning i början av studien, att vara sambo, ej deprimerad, utfört &gt; 30 övningar per dag ökar oddsen för att förbättra urininkontinensen med beteendeterapi. Medan sämre ADL förmåga minskar oddsen att förbättra urininkontinensen.</p>
Kvalitet:	<p>Medel.</p> <p>Bakgrund: Tydligt men kort. Frekvens av urininkontinens, kostnad, belyser att lite forskning finns, behandlingar beskrivs. Syfte: Tydligt. Metod: Tydligt, utförligt med inklusions och exklusionskriterier beskrivna. Undersökningsspersoner beskrivna. Går inte att följa hur antalet deltagare kommit till. Resultat: Svarat på syftet, urininkontinensen förbättrades i behandlingsgruppen. Metoddiskussion: Knapphändig. Etiska resonemang har inte förts.</p>

Författare:	Rodriguez N A, Sackley C M & Badger F J
Land:	England
År:	2006
Titel:	Exploring the facets of continence care: a continence survey of care homes for older people in Birmingham. Kan kontinensen hos boende på äldreboende bli positivt påverkad av träning och utbildning?
Syfte:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Profilera typen av hem som finns tillgängliga i området gällande vårdtyp.</li> <li>2. Profilera rörlighets- och kontinens status hos äldre boende över 65 år.</li> <li>3. Identifiera omfattningen av kontinens vård som ges till boende.</li> <li>4. Utforska personalstandard, kvalifikationer och kunskaper om kontinens.</li> <li>5. Värdera användningen av andra tjänster direkt relevanta för kontinens vård på äldreboende.</li> <li>6. Föreslå slutsatser för praktisk kontinensvård i omvårdnaden och boendevård som helhet.</li> </ol>
Urval/datainsamling:	<p>Kontinenskartläggning baserad på tidigare kartläggningsunderlag som anpassats för att möta syftet på denna studie. Pilotstudie på tjugo vårdhem gjordes för att upptäcka eventuella uppfattningssvårigheter och modifierades därefter. Vårdhemmen valdes ut från social och hälsovård services i Birminghams register 2005. För att bli lämplig för studien skulle vårdhemmen ha några boende som var sextiofem år eller äldre. Studien inkluderade vårdhem för drogberoende, demens, psykisk sjukdom, fysiskt funktionshinder och vård i livets slut. 186 av 377 registrerade vårdhem var lämpliga. Tjugo av dessa vårdhem ingick i pilotstudien. Kvarvarande 166 vårdhem ingick i studien i Mars-Maj 2005. Ett kuvertföretsett brev med beskrivning av studien var bifogat.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>
Genomförande/analys:	<p>Kartläggningsfrågor skickades till vårdhemmets föreståndare och begärde att föreståndare eller överordnad personal färdigställde och skickade tillbaka svaren. Kartläggningen bestod av 24 frågor i två delar; Del 1 relaterade till vårdhems- och personal karaktär. Del 2 relaterade till rörlighet och kontinens. Kontinens frågor berörde frekvens, bedömningsprocedur, skötselmetoder, och personal kunskaper om orsaker till urininkontinens. Detaljer kring andra services som blev inblandade i kontinensvården såsom distriktssköterska eller kontinensmottagningen undersöktes även. All kartläggning var anonym och frankerat kuvert fanns att posta. Pilotstudiens resultat inkluderades i analysen. Returnerat brev togs som samtycke till att delta.</p>

Resultat:	<p>Av 186 vårdhem svarade 66 (inklusive de 20 i pilotstudien). Vårdhemmen var representativa för övriga vårdhem. Majoriteten av hemmen var privata, drivs med förtjänst, erbjöd endast viss vård. Hem för psykiskt sjuka och drogberoende förekom mest sällan. Många hem hade boende med olika sjukdomar på hemmet. På dessa 66 vårdhem fanns 2106 sängar tillgängliga och 1791 var belagda. Majoriteten av hemmen hade ca 15-40 sängar. 53 % procent av personalen hade någon sorts kompetens. Svar angående typ av kompetens var utförligt beskrivet under en öppen fråga. Antal personal per säng räknades till en, vid räkning av kompetent personal blev antalet betydligt färre. Mindre än femtio procent av boende kunde gå utan hjälp. Tretton procent var sängbundna. Sjutton procent kunde gå med hjälpmedel. Tjugonio procent var urininkontinenta, fyra procent avföringsinkontinenta och trettioen procent urin och avföringsinkontinenta. Rutinmässig skötsel av inkontinens var blöjor, schemalagda toalett tider, kateter, blåstråning och vätskeutbildning. Två stora orsaker till inkontinens var ålder och demens. Metoder för bedömning av inkontinens lämnade tjugo procent frågan blank, femtiofem procent specificerade vem som höll i bedömningen. Svarande var mindre tydliga i hur bedömningen gick till. Femtiosex procent använde sig av både kontinensmottagningen och distriktssköterska vid problem. Många var oklara över hur dessa vårdenheter kunde hjälpa till.</p>
Kvalitet:	<p>Hög.</p> <p>Bakgrund: Tydlig med frekvens av urininkontinens, riktlinjer, utbyte av kunskap mellan vårdenheter, kontinensmottagningar. Problemet beskrivet. Syfte: Tydligt i sex punkter. Metod: Kartläggning via post, pilotstudie, undersökningspersoner beskrivna. Resultat: Typ av vårdhem, rörelse och kontinens status, kontinens vård, personalnivå och kunskap, användning av andra specialister, praktisk vård. Svaret på syften. Metoddiskussion: Svårt att räkna ut exakt personalantal, låg svarsfrekvens på grund av känsligt ämne? Annat svar om face to face än via brev? Etiskt resonemang förts; anonymt svar, samtycke begärts och informerat om utträde.</p>
Författare:	Sackley, Rodrigues, Van den Berg, Badger, Wright, Besemer, Van Reeuwijk & Van Wely
Land:	England
År:	2008
Titel:	A phase II exploratory cluster randomized controlled trial of a group mobility training and staff education intervention to promote urinary incontinence in UK care homes.
Syfte:	Kan kontinensen hos boende på äldreboende bli positivt påverkad av träning och utbildning?
Urval/datainsamling:	Phase II, exploratory randomized controlled trial (RCT) = randomiserad kontrollerad studie. Randomiserade grupper när det gäller vårdhemmen. En behandlingsgrupp som får rörelseträning och personal får kontinens och rörelseutbildning, en kontrollgrupp som får vanlig vård. Sex vårdhem valdes

<p>Genomförande/analys:</p> <p>Resultat:</p> <p>Kvalitet:</p>	<p>avsiktligt ut för att representera vårdhem i England och deltog i studien samtidigt. Vårdhemmen blev slumpmässigt utvalda till behandlingsgrupp respektive kontrollgrupp. Personalen valde ut tio boende med funktionella, kognitiva och kontinens svårigheter. Personalutbildningen var tillgänglig för all personal på frivillig bas, vilket gav en självvald provgrupp.</p> <p>Kvantitativ studie.</p> <p>Rörelseträningen gjordes efter ett träningsprogram av sjukgymnaster. Träningsprogrammet gick ut på att bibehålla och förbättra rörligheten och vara kontinensbefrämjande. Träning en timme, två gånger i veckan, i fyra veckor med ansträngningsträning, styrka, balans, uthållighet och böjlighet. Före och efter träning; information om att tömma urinblåsan samt vätskeintag. Personalutbildningen var tvåtimmars workshop om kontinensvård och rörlighetsträning. Orientation-Memory-Concentration Test och Barthel Activity of Daily Living Index gjordes på boende innan studien för att beskriva deras nivå av kognitiv svårighet och beroende/oberoende av hjälp. Studieresultat bedömdes vid baslinjen och sex veckor efter åtgärderna av en kontrollant som inte kände till fördelningen av grupperna. Personal eller annan ställföreträdare svarade då den boende inte kunde. Kontinensen bedömdes vid baslinjen genom att rapportera symtom och symtomsvårigheter via ett urodynamiskt frågeformulär; 14 frågor. Efter åtgärderna besvarades endast första frågan; det vill säga; har du ofrivilligt urinläckage? Rörligheten bedömdes med Rivermead Mobility Index. 15 poängs mått av funktionell rörlighet (0-15, 15= mer rörlig). Personalen svarade på 10 frågor om kontinens vid start. För statistisk analys användes SPSS. 34 boende samtyckte till att delta, 33 hade baslinjeinformation och ingick i analysen, 17 i behandlingsgruppen och 16 i kontrollgruppen. 29 deltagare var kvinnor mellan 76 och 101 år.</p> <p>Vid baslinjen hade tolv av sjutton boende i behandlingsgruppen urinläckage och efter behandling endast sju av sexton. I kontrollgruppen fanns ingen skillnad. Två hoppade av studien. Rörligheten minskade i kontrollgruppen medan den ökade i liten grad i behandlingsgruppen. Fyrtioen personal deltog i kontinensutbildningen, trettioåtta slutförde frågorna.</p> <p>Hög.</p> <p>Bakgrund: Tydlig med frekvens urininkontinens, orsak, tidigare studier om problemet. Syfte: Tydligt med en fråga. Metod: Tydligt, urval och undersökningspersoner beskrivna. Träningsprogram, ADL index, rörlighetsindex. Resultat: Färre läckte urin efter behandling. Svarat på syftet. Metoddiskussion: Subjektiv respons, känsligt ämne att svara på frågor om. Skalor för litet bortfall av data användes. Svårt för personal att fylla i frågor angående patienten på grund av för lite kunskap. Patienter var utvalda av personal. Få deltagare hoppade av, personal positiva till utbildning. Etiskt resonemang förts; Kontrollgrupper får samma träning som behandlingsgruppen efter utförd studie.</p>
---	---

Författare:	Shaw, Williams & Assassa
Land:	England
År:	2000
Titel:	Patients' view of a nurse-led continence service.
Syfte:	Syftet var att fastställa patientens upplevelser av en ny sjuksköterskeledd kontinensmottagning.
Urval/datainsamling:	Djupintervjuer av 23 patienter utfördes av fyra tränade intervjuare på sju manliga och sexton kvinnliga patienter. Medelåldern var 58 år. Alla patienter hade genomgått en 8 veckors kurs med behandling på en sjuksköterskeledd kontinens mottagning inom de senaste 12 månaderna. För avslutningsbehandling och resultatutvärdering kontaktade intervjuarna lämpliga patienter att delta i studien via telefon. De frågades om att delta och ge deras syn på vården som de fått. Intervjuerna gjordes i patienternas hem och varade i genomsnitt en timme. En intervjumall för att identifiera domäner av tillfredsställelse användes. Den inkluderade typ av vård, sociala färdigheter av vårdgivaren, teknisk kvalitet, tillgänglighet, resultat av vården.  Kvalitativ studie.
Genomförande/analys:	Intervjuerna bandades och överfördes i QSR NUD*IST 4 (Qualitative Solutions and Research Pty Ltd) programvara för analys. Texten kodades genom att använda förbestämda kategorier och uppdykta kategorier relaterade till struktur och process i vården, känslor och individuella karaktärer. Identifierade teman, en hierarkisk kodningsstruktur utvecklades för att identifiera tillvägagångssätt och vanliga förhållande mellan kategorier. Nya kodningskategorier kom upp och tolkades som att alla huvudtema hade blivit identifierade. Validitet bedömdes genom att jämföra kvalitativa intervjuer med resultatet av svaren på de strukturerade frågorna om tillfredsställelse med servicen och resultatet av behandlingen. Analystekniken som användes var baserad på Grounded theory av Strauss & Corbin.
Resultat:	Studien fokuserade på sjuksköterskans karaktär som bidrog till patientens tillfredsställelse. Två huvud tema kom upp; social färdighet och teknisk skicklighet. Sjuksköterskans personlighet och social färdighet beskrevs i termer som snäll, vänlig, glad, trevlig och hjälpsam. Vilket antyder att tjänsten beror mycket på personen som ger den. God kommunikation var viktigt, samt att sjuksköterskan var lyhörd var då ämnet var känsligt. Det var viktigt att sjuksköterskan gav patienten tillit och trygghet. Förståelse för skälen till råd och behandling gjorde att patienten fick motivation att fullfölja behandlingen. Det krävs tid av sjuksköterskan att ge information och uppmuntra patienten. Nivån av kunskap hos sjuksköterskan var viktig för att patienten skulle känna sig trygg. God kommunikation tillät sjuksköterskan att uttrycka denna kunskap till patienten. Att ge information om behandling, utredning, fysiologi, diet och vård var viktigt. Likaså att informationen var i rätt mängd, djup och på rätt sätt. Patienterna var nöjda med

Kvalitet:	<p>24 timmars blöjvägningstest och tre dagars blåsdagbok, de kunde se mönster i miktionen och förbättringar efter behandling. Endast i undantagsfall hade patienten svårt att använda blöjor.</p> <p>Medel.</p> <p>Bakgrund: Tydligt med beskrivning av en kontinens mottagning jämförd med standardvård, patientens syn och tillfredsställelse på en service används som mått på om den är effektiv. Syfte: Otydligt, står först i bakgrunden. Metod: Tydligt med intervjuare och deltagare, urval beskrivet. Undersökningsspersoner beskrivna. Resultat: Svarat på syftet, fokuserat på sjuksköterskans karaktär som bidragande orsak till att patienterna blir nöjda. Metoddiskussion: Diskuterar användning/ tillförlitligheten av bedömningsverktygen. Patienterna fick brev och hade inte sökt hjälp själv, inga förväntningar – mer positiva? Etiskt resonemang förts; deltagarna lovades att ett deltagande inte ändrade servicen och sekretess utlovades.</p>
Författare:	Williams, Assassa, Cooper, Turner, Shaw, Abrams, Mayne, Jagger, Matthews, Clarke, McGrother and the Leicestershire MRC Incontinence Study Team
Land:	England
År:	2005
Titel:	Clinical and cost-effectiveness of a new nurse-led continence service: a randomized controlled trial.
Syfte:	Syftet var att utvärdera effekten av en sjuksköterskeledd kontinensmottagning jämfört med primär/sekundär vård av personer med urininkontinens.
Urval/datainsamling:	<p>Randomiserad kontrollerad studie där resultatet utvärderades efter 3 månader och 6 månader. Deltagare var män och kvinnor över 40 år i ordinarie boende. 4651 personer fick frågan om att delta, 266 tackade nej. 57 % svarade på ett frågeformulär om urininkontinens. Inklusionskriterier var om patienten hade ett eller fler av följande symtom; Inkontinens/läckage flera gånger/månad eller mer eller flera gånger/år samt rapporterad påverkan på livskvaliteten. Frekvensen av läckage; varje timme eller oftare eller varannan timme samt nattlig enures. Nattlig enures 3 gånger/natt eller mer. Exklusionskriterier var graviditet, fistlar i urinvägarna, malignitet i bäckenbotten eller underlivet, de som fått behandling för urininkontinens, de som stod på väntelista för operation för urininkontinens.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>
Genomförande/analys:	Dataanalys: SAS = Statistiskt program för att analysera data. Medical Research Council Guidelines användes för god klinisk omvårdnad. Evidensbaserade åtgärder genom att använda riktlinjer och standard vårdprogram. Data insamlades genom att göra intervjuer i hemmet.

	<p>Alla deltagare fick göra ett 24 timmars blöjtest och en 3-dagars urindagbok. 21 stycken sjuksköterskor utbildades för att få kunskaper att bedöma, diagnostisera, behandla urininkontinens och övervaka patienterna. En slumpmässig indelning i 2 olika grupper gjordes. En standardgrupp som hade kontakt med standardvården; sin allmänläkare och urininkontinensmottagning. En behandlingsgrupp som fick ta del av ett 8-veckors behandlingsprogram med kostrådgivning, råd om vätskeintag, blåsträning, bäckenbottenträning, medvetenhet om bäckenbottenträning och livsstilsråd.</p>
<p>Resultat:</p>	<p>Resultatet i studien visade på en förbättring inom ett eller fler områden (på 1 eller fler symtom). Deltagarna fick ett frågeformulär QoL- skala (livskvalitetsskala) och symtomskala efter undersökningen med frågor om: Urininkontinenssymtom, trängningar, frekvens (hur ofta/hur mkt?), nattliga besvär, Minskade kostnader: Färre läkarbesök och andra besök hos sjukvårdspersonal (sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut), minskad hjälpmedelskostnad, färre undersökningar, färre sjukhusbesök och sjuktransporter. Efter tre månader rapporterade 25 % i behandlingsgruppen och 15 % i standardgruppen att de hade "inga symtom"/var botade. 63 % i behandlingsgruppen och 70 % i standardgruppen rapporterade att de hade läckage. Liknande resultat rapporterades även för frekvens, trängningar och nattlig enures. 74 % i behandlingsgruppen och 68 % i standardgruppen rapporterade inga/lite problem. 60 % i behandlingsgruppen och 48 % i standardgruppen rapporterade förbättring. Efter sex månader rapporterade 28 % i behandlingsgruppen och 19 % i standardgruppen att de hade "inga symtom"/var botade. 61 % i behandlingsgruppen rapporterade och 65 % i standardgruppen rapporterade att de hade läckage. Liknande resultat rapporterades även för frekvens, trängningar &amp; nattlig enures. 79 % i behandlingsgruppen och 70 % i standardgruppen rapporterade inga/lite problem. 62 % i behandlingsgruppen och 52 % i standardgruppen rapporterade förbättring. 97 % i behandlingsgruppen och 77 % i standardgruppen rapporterade att de var nöjda med vården.</p>
<p>Kvalitet:</p>	<p>Medel.</p> <p>Bakgrund: Problemet tydligt beskrivet. Mycket kort bakgrund. Brist på kontinuitet i urininkontinensvården, vilket påverkar patientens resultat. Syfte: Står endast beskrivet i abstractet, men är där tydligt beskrivet. Metod: Beskrivs i bakgrunden. Tydlig och omfattande beskrivning av metoden fanns. Inklusions- och exklusionskriterierna var väl beskrivna. Resultat: Det var lätt att utläsa åtgärderna i studien, lätt att följa resultatet efter 3 månader och resultatet efter 6 månader. Tydliga tabeller fanns. Metoddiskussion: Finns. Styrkor och begränsningar med denna undersökning diskuteras. Jämförelser med andra liknande studier &amp; litteratur förekommer. Ojämnt deltagarantal i de olika grupperna: Det var 734 stycken i behandlingsgruppen och 171 stycken i standardgruppen.</p>