

Blåsdysfunktion - kliniska riktlinjer

Avsedda för Region Örebro län och kommunerna i Örebro län



Blåsdysfunktion - kliniska riktlinjer

Avsedda för Region Örebro län och kommunerna i Örebro län. Omfattande kvinnor och män inom primärvård, hemsjukvård och särskilt boende.

Författad av: Utarbetad i samarbete mellan representanter från Region Örebro län och kommunerna i Örebro län.

Beslutad av: Chefsgrupp för samverkan social välfärd samt vård och omsorg

Innehåll

1	Flödesschema för utredning och behandling	4
2	Inledning.....	6
2.1	Syfte.....	6
2.2	Mål	6
2.3	Definition	7
3	NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting)	7
4	Normal blåsfysiologi och patofysiologi.....	7
5	Huvudtyper av inkontinens	8
5.1	Ansträngningsinkontinens	8
5.2	Trängningsinkontinens.....	9
5.3	Blandinkontinens	9
5.4	Överrinningsinkontinens	9
6	Residualurin och residualurinbestämning	10
7	Utredning inom primärvård, hemsjukvård och särskilt boende vid blåsdysfunktion.....	10
8	Riktlinjer för fysioterapeut i Primärvården vid blåsdysfunktion	14
9	Förskrivning av inkontinenshjälpmedel.....	16
10	Ansvarsfördelning inom primärvård, hemsjukvård och särskilda boenden	17
11	Indikation för remiss till specialist	19
11.1	Checklista inför remiss vid inkontinens/blåsfunktionsstörning.....	20
11.2	Exempel på specialistvård för kvinnor och män med urininkontinens och blåsfunktionsstörning ...	20
11.2.1	Kvinnor med ansträngningsinkontinens	20
11.2.2	Män med ansträngningsinkontinens	21
11.2.3	Kvinnor och män med trängningar/trängningsinkontinens/blandinkontinens	21
12	NIKOLAs blanketter/information för utredning	21
13	NIKOLAs blanketter/information för åtgärd/behandling.....	21
14	KVÅ-koder.....	21
15	Bilaga - Farmakologisk behandling.....	22
16	Referenser och länkar	24
17	Referensgrupp.....	25

1 Flödesschema för utredning och behandling

Flödesschema för basal utredning och behandling av blåsdysfunktion på primärvårdsnivå samt inom hemsjukvård och särskilt boende för kvinnor och män. Utredningen utgår från patientens besvär, behov och resurser. Syftet är att försöka fastställa bakomliggande orsaker till inkontinens/blåsfunktionsstörning, sätta diagnos och få en uppfattning om graden av besvär. En noggrann utredning är nödvändig för korrekt diagnos och behandling men äldre personer kan vara obenägna eller oförmögna att genomgå komplicerade utredningar. Etiska avgöranden är därför viktiga när det gäller omfattning och inriktning på utredningen. Flödesschemat innehåller klickbara länkar till användbara blanketter och annan information för riktlinjen.

Klicka på länkarna för att komma till blanketter för utredning och behandling samt information.

Sjuksköterska/Distriktssköterska

- [Checklista utredning och behandling](#)
- [Allmän anamnes \(sjukdom/funktionshinder, operationer, läkemedel, blåsa, tarm, gyn, inkontinens, livskvalitet\)](#)
- [Urin- och dryckesmätning](#) - vid utredning innehåller även skattning av läckage (sparsamt/droppar +, måttligt/fuktig ++ eller rikligt/våt +++)
- (Lab. Provtagning, läkarordination)
- Ev. residualurinmätning i samråd med läkare
- [I-PSS](#) och [Tidsmiktion](#) för män
- [Riskbedömning Blåsdysfunktion, Senior alert](#)

Distriktsläkare

- [Checklista utredning och behandling](#)
- [Allmän anamnes \(sjukdom/funktionshinder, operationer, läkemedel, blåsa, tarm, gyn, inkontinens, livskvalitet\)](#)
- Status- allmänt, hjärta/lungor och bukpalpation
- [Urin- och dryckesmätning](#) - vid utredning innehåller även skattning av läckage (sparsamt/droppar +, måttligt/fuktig ++ eller rikligt/våt +++)
- Gynekologisk status/prostatapalpation/knipfunktion
- Prover: urinsticka/ev. urinodling. P-glukos, s-kreatinin samt PSA
- Ev. residualurinmätning med ultraljud eller tappning, se sida 10
- [I-PSS](#) och [Tidsmiktion](#) för män
- **Remiss direkt till specialist***

Bedömning – diagnos- planering- mål

Resultat från anamnes, status, objektiva och subjektiva mätmetoder ger grund för diagnos
- se huvudtyper av inkontinens på sidor 8-9 och anvisning om individuell vårdplanering.
Målet ska beskriva ett framtida önskvärt tillstånd och formuleras tillsammans med patienten

Behandling/åtgärd av ansträngnings-, trängnings- och blandinkontinens

Mål och patientens förmåga till delaktighet avgör behandlingsstrategi på rätt vårdnivå.

Ordination och behandling skall utvärderas och omprövas regelbundet eller vid förändrat status

- [Rådgivning](#) - allmän rådgivning om egenvård och för att förbättra blåstömning
- [Toalettassistsanschema - bli påmind, hjälp till toalett innan läckage sker](#)
- Bäckentträning initieras [Bäckentträning för kvinnor](#) eller [Bäckentträning för män](#)
Vid behov remiss till **fysioterapeut** i primärvården - se sidor 14-15
- [Anpassning av vistelsemiljö](#) - Anpassning av miljö/hjälpmiddel
- Lokal östrogenbehandling vid urogenital atrofi eller efter menopaus – se farmakologisk bilaga sidor 22-23 och [Rekommenderade läkemedel urin och könsorgan Region Örebro län](#)
- [Råd tarmtömning](#) - normaliserade avföringsvanor
- [Läkemedelsgenomgång](#) - eventuellt justera och/eller sanera läkemedel
- Individuella inkontinenshjälpmedel utprovas med hjälp av läckagemätning och förskrivs var 3:e månad
[Läckage- och urinmätning](#) eller [Läckage- urin- och dryckesmätning](#)

Behandling/åtgärd av trängnings- och blandinkontinens

- [Blåsträninginstruktioner](#) initieras
- Farmakologisk behandling – se bilaga sidor 22-23 och [Rekommenderade läkemedel urin och könsorgan Region Örebro län](#)

[Riskbedömning/åtgärd för sköra äldre enligt Senior alert](#)

Riskbedömning - Blåsdysfunktion (inkontinens) Vägledning

Vägledning – Förebyggande åtgärder - blåsdysfunktion

Uppföljning görs för att ta reda på om planerade åtgärder har genomförts och föreslagits: [Kvalitetsindikatorer förslag](#)

Remiss till specialist enligt indikation – se sida 19.
Kontrollera att remissen är fullständig!

*Remiss direkt till specialist – se sida 19

- Misstanke om cancersjukdom
- Makroskopisk hematuri
- Urinretention/Överrinningsinkontinens
- Snabbt uppkomna eller nydebuterade <6mån urin- och/eller urinträngningsproblem
- Besvär efter prostataoperation

2 Inledning

Blåsdysfunktion omfattar de funktionella problem som rör urinblåsan på såväl tömnings som lagringsnivå. Det är ett folkhälsoproblem som berör alla åldrar men blir vanligare med stigande ålder. Dominerande symtom är urininkontinens.

Inkontinens kan minska livskvaliteten för den som drabbas och i Sverige har mer än 534 000 personer urinläckage i åldersgruppen över 65 år. Prevalensen för urininkontinens ökar med stigande ålder. Hos män är det mindre vanligt upp till 75 års ålder men vid 80 års ålder är det mer jämt mellan könen. Det finns undersökningar och rapporter som visar att det är få som får sina inkontinensbesvär utredda, framför allt hos den äldre befolkningen. Antalet personer med inkontinens kommer troligtvis öka pga. växande befolkning då antalet som är 80 år och äldre förväntas öka med 50 procent till år 2028. Då beräknas de vara 255 000 fler än idag.

Blåsdysfunktion – kliniska riktlinjer gällande blåsdysfunktion har tagits fram i en kompetens/referensgrupp inkontinens för att utveckla samarbetet mellan primärvården, kommunal hälso- och sjukvård samt specialistvården. Riktlinjen avser också de som har avtal med region och kommunerna. Kunskaphöjande insatser och ökad förståelse för åtgärder och behandlingar, som kan förbättra livskvalitet för den som drabbats av inkontinens, behöver prioriteras.

2.1 Syfte

Att ge riktlinjer för utredning och behandling som är anpassade efter Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd till lokal version för vårdgivarna. Riktlinjen lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder. Det ska vara till stöd vid utredning och behandling av kvinnor, män och sköra äldre med blåsdysfunktionsbesvär, så att omhändertagande sker på rätt vårdnivå. Förskrivning av inkontinenshjälpmedel ska ske behovsbaserat efter att ett påvisat behov finns.

2.2 Mål

- Samtlig berörd personal inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med personer som uttrycker tömnings eller lagringsbesvär eller där misstanke finns gällande någon form av blåsdysfunktion tillämpar riktlinjen för att säkerställa att utredning och behandling sker evidensbaserat
- Antalet utredningar, diagnoser och klassificering av vårdåtgärder ska öka
- Kortare ledtider för ett snabbare omhändertagande
- Förbättrad livskvalitet genom minskat/botat urinläckage och/eller normaliserat/förbättrat miktionsmönster
- Individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel

- Förhindra skador till följd av oidentifierad tömningsproblematik
- Att öka kunskapen om urininkontinens, trängningsproblematik samt svårigheter att tömma urinblåsan.

2.3 Definition

International Continence Society (ICS) definition av urininkontinens. Urinary incontinence is the complaint of involuntary loss of urine. Översatt till svenska: Besvär av ofrivilligt urinläckage.

Övriga definitioner och begrepp i dokumentet har hämtats från Socialstyrelsens termbank och från NIKOLA.

3 NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting)

Riktlinjen utgår från det nationella kvalitetsprogrammet som tagits fram av NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting), vilket är ett nätverk inom inkontinens. Det övergripande syftet med kvalitetsprogrammet är framförallt att öka livskvaliteten för alla som besväras av blåsdysfunktion. Att uppmärksamma problemet genom en medvetenhet hos alla yrkeskategorier inom vården, då det fortfarande för många patienter är ett tabubelagt och genant område. Andra icke patientorienterade mål med kvalitetsprogrammet är att höja status inom området, ökad kostnads- och miljöeffektivitet, genom att patienten botas/förbättras och därför inte är i behov av inkontinenshjälpmedel. På hemsidan för Nikola www.nikola.nu finns material i form av blanketter som kan användas vid utredning, behandling, uppföljning och utvärdering. Hemsidan fungerar även som stöd för förskrivare och den omfattar bland annat:

- kvalitetsprogram
- beskrivning av inkontinenshjälpmedel
- en kunskapsbank
- stöd till patienter och anhöriga

4 Normal blåsfysiologi och patofysiologi

Miktionscykeln är ett rytmiskt och ständigt återkommande mönster som delas in i en fyllnads och en tömningsfas. Under normala förhållanden fungerar urinblåsan och urinröret som en välsynkroniserad enhet. Under fyllnad ska detrusorn (blåsmuskeln) vara helt relaxerad och uretra (urinrör) stängd. Med ökad blåsfyllnad ökar muskelaktiviteten i och runt uretra med en tryckstegring i lumen som följd, detta för en bevarad kontinens fram till tömningsfasen. Vid tömning däremot förutsätter det att trycket i uretra är lågt och ger ett så litet motstånd som möjligt samtidigt som detrusor kontraheras. Allt sker i samverkan med kringliggande strukturer som prostata, bäckenbotten och vaginas framvägg. Tillika krävs ett intimt och synkront samspel med nervsystemet.

Störningar av det synkrona systemet kan uppstå i alla åldrar och blåsdysfunktion under de första levnadsåren är speciellt allvarlig då risken för påverkan på de övre urinvägarna är stor. Vårdpersonal som kommer i kontakt med barn ska därför vara medvetna om detta. Missbildning, nervskada eller anatomisk avvikelse kan vara orsak men handlar även om funktionella orsaker. Barn ska alltid utredas av specialist.

Neurogen blåsdysfunktion kan arta sig i såväl tömnings som lagringsproblematik beroende på vilken nivå en skada har på relevanta strukturer i nervsystemet. Vid neurologiska sjukdomar/skador ska alltid blåsfunktionen tas i beaktan. Någon form av miktionsbesvär kan ibland vara första tecken på en neurologisk åkomma såsom exempelvis MS.

Vid stigande ålder minskar blåskapaciteten, blåsan blir stelare och förmågan att hålla urin minskar, likaså ökar risken för urinretention på grund av att den glatta muskulaturen försvagas och att tömningsreflexen försämras. Njurarnas förmåga till koncentration av urinen minskar vilket kan leda till täta trängningar och ökade urinmängder fr. a nattetid.

Även demenssjukdom kan leda till inkontinens då oftast den reflektoriska tömningen fungerar men signalerna för tömningsbehovet är störd vilket leder till ohämmad tömning.

Mer information om urinvägarnas anatomi och fysiologi finns att läsa på hemsida för Nikola.

[Nikola anatomi och fysiologi](#)

5 Huvudtyper av inkontinens

5.1 Ansträngningsinkontinens

Ansträngningsinkontinens innebär urinläckage vid ökat buktryck utan att blåsan drar ihop sig (inga urinträngningar före) och är den vanligaste formen av inkontinens hos kvinnor i alla åldrar. Patienten läcker dagtid, oftast små skvättar mer sällan stora läckage, vid fysisk ansträngning som lyft, hopp, nysning och hosta. Riskfaktorer är graviditet/förlossning, uttalad övervikt, gynekologiska operationer, svag bindväv, kronisk hosta, kronisk förstoppning och sysselsättning som innebär ökad belastning på bäckenbotten.

Män kan vara ansträngningsinkontinenta men detta är alltid ett iatrogen tillstånd. Inkontinens efter kirurgi för godartad prostataförstoring eller efter radikal prostatektomi är vanligt förekommande. När man opererar bort hela prostatan på grund av cancer (radikal prostatektomi) påverkas oftast slutmuskulaturen. Patienten är ansträngningsinkontinent en tid och några förblir inkontinenta. Många

är kontinenta sex månader efter operationen och mer än 90 % är kontinenta efter ett år. Vid TURP kan man få en skada på sfinktern och bli permanent inkontinent men risken är liten (mindre än 1 %).

5.2 Trängningsinkontinens

Trängningsinkontinens innebär urinläckage i samband med trängningar. Patienten blir plötsligt akut kissnödig trots en relativt liten mängd urin i blåsan. Det kan vara varierande läckagemängder och ibland hela blåstömningar. Urinläckage kan uppstå både dag och natt.

Denna typ av inkontinens är vanligare hos äldre och neurologiskt sjuka, till exempel vid MS, stroke eller Parkinson men förekommer även hos yngre. Gynekologiska åkommor kan också ge trängningssymtom, till exempel sköra slemhinnor i underlivet efter menopaus samt vid framfall och myom. Nyttillkomna urinträngningar (< 6 månader) kan vara ett tidigt symtom på tumörsjukdom i urinblåsa eller genitalorgan. Bland patienter över 75 år är trängningsinkontinens lika vanligt hos kvinnor och män. Trängningar utan läckage med frekventa toalettbesök (> 8 gånger/dygn vid normalt vätskeintag) kan jämföras och behandlas som trängningsinkontinens.

Begreppet **överaktiv blåsa** är ingen diagnos utan i första hand ett symtomkomplex med flera bakomliggande orsaker. Med överaktiv blåsa menas täta, tvingande trängningar med eller utan inkontinens.

5.3 Blandinkontinens

Blandinkontinens är en blandning av ansträngnings- och trängningsinkontinens. Studier har visat att det är upp till 70-80 % prevalens hos äldre i särskilt boende.

5.4 Överrinningsinkontinens

Överrinningsinkontinens innebär läckage sekundärt till blåstömningssvårigheter och medföljande stora mängder residualurin. Det innebär ett småsipprande läckage från en överfylld urinblåsa. Detta är vanligast hos patienter med någon form av avflödes hinder. En kronisk retention med överfull blåsa under lång tid kan ge uremi och livshotande infektioner. Några av dessa patienter har en tyst retention; de söker inte med besvär från nedre urinvägarna utan på grund av allmänsymtom sekundära till uremi. Diabetes med neuropati kan ge en svag blåsmuskel med en kronisk retention. De flesta med överrinningsbesvär har uttalade nedre urinvägsbesvär med startsvårigheter, dålig stråle, täta miktioner och inkontinens.

Nattligt läckage hos män är ett allvarligt symtom. Denna typ av tömningsrubbing är inte vanlig men viktig att utreda och behandla.

Observera att farmaka med antikolinerg och antidepressiv effekt kan bidra till urinretention.

Utredning - varningsflagga!

Inkontinenta patienter som sökt för vattenkastningsbesvär får inte lämna sjukvården med en odiagnostiserad kronisk retention!

Indikationer för att mäta residualurin bör vara mycket liberala. Stora urinretentioner finner man också genom bukpalpation/perkussion.

6 Residualurin och residualurinbestämning

Residualurinbestämning är viktig vid misstanke om avflödeshinder, blåstömningssvårigheter och vid neurologisk sjukdom. Residualurin är den mängd urin som är kvar i urinblåsan direkt efter miktion. Residualurinmätning utförs med ultraljud eller tappning vilket ger en uppfattning om tömningsförmågan. Tappning med ren teknik ger sällan infektion och mindre än 5 % av patienterna utvecklar symtomatisk urinvägsinfektion.

Undersökning:

- Toalettbesök i lugn och ro för blåstömning och mätning av miktionsvolym
- Ultraljud eller tappning

Eftersom residualurinen varierar både mellan individer och hos individen själv bör undersökningen helst upprepas vid flera tillfällen. Det finns inte några absolut fastställda gränser för residualurin, men en tumregel är att residualurinen inte bör vara mer än 200 ml och inte överstiga 1/3 av den sammanlagda volymen patienten har kissat plus mängden urin kvar i urinblåsan. Om patienten är äldre och inte har symtom eller infektionsproblem kan större residualurinmängder accepteras. Vid upprepade infektioner kan dock en mindre mängd vara signifikant.

7 Utredning inom primärvård, hemsjukvård och särskilt boende vid blåsdysfunktion

Blanketter hittas i flödesschemat via länkar. Längre ner finns länk till användbara KVÅ-koder

Inför varje första handläggning av urininkontinens uteslut:

- Nyttillkomna trängningar (<½ år) utan UVI
- Smärtsamma trängningar
- Blåstömningssvårigheter
- Synligt blod i urinen
- Tidigare malignitet i underliv eller urinvägar

För patienter med kommunal hälso- och sjukvård över 65 år ingår "Riskbedömning Blåsdysfunktion" i den samlade Senior Alert bedömningen.

Om risker framkommer erbjuds utredning enligt detta vårdprogram.

"Checklista utredning och behandling av blåsdysfunktion" kan användas som stöd för planering av utredning och behandling.

Basal utredning

Utredningen utgår från patientens besvär, behov och resurser. Syftet är att försöka fastställa bakomliggande orsaker till inkontinensproblematiken och blåsfunktionsstörningen, sätta diagnos och få en uppfattning om graden av besvär. Många äldre personer är obenägna eller oförmögna att genomgå komplicerade utredningar. Etiska avgöranden är därför viktiga när det gäller omfattning och inriktning på utredningen. Sätt upp mål i samråd med patienten.

Sjuksköterska/distriktssköterska gör följande:

Anamnes

Tas enligt blanketten, **Anamnes blåsa** och nedanstående är faktorer som kan påverka urininkontinens:

- Sjukdomar av betydelse: Diabetes mellitus, hjärtsvikt, astma/KOL, cerebrovaskulära sjukdomar (TIA, stroke, demens), neurologiska sjukdomar (MS, Mb Parkinson), diskbräck/spinal stenos
- Tidigare operation/malignitet i urogenitalsfären och eventuell strålbehandling mot lilla bäckenet
- Frekventa urinvägsinfektioner, andra urologiska sjukdomar
- Medicinering som kan påverka (diuretika, psykofarmaka som SSRI/SNRI, neuroleptika, benzodiazepiner och litium)
- Obstipation, andra tarmsymtom som t.ex. smärta och läckage.
- Kost- och vätskeintag
- Rökning
- Övervikt
- Genomgångna graviditeter/förlossningar
- Påverkan på livskvaliteten och patientens förväntningar
- Tidigare utredning/behandling
- Användning av inkontinenshjälpmedel

– *Urinläckage*: Mängd? När och hur ofta? Utlösande situationer?

– *Trängningar*: När och hur ofta? Utlösande situationer? Nykturi?

– *Tömningssvårigheter*: Startsvårigheter? Svag stråle? Efterdropp? Retentionskänsla?

Urin- och dryckesmätning utförs under 2 dygn utifrån blankett som finns på nikola.nu. Välj den blankett som är lämplig för patienten. Skicka om möjligt med blanketterna i kallelsen inför besöket på vårdcentral.

Status

Prover: (Lab. Provtagning, läkarordination) Urinsticka och eventuell urinodling och p-glucos. BMI
Residualurin kontrolleras

Aktivitetsbedömning av ADL - behov av toalettassistans?

Planering

Planera och välj åtgärd. Resultatet från de objektiva och subjektiva mätmetoderna ger dig grunden för en individuell vårdplanering.

Vårdplanering innehåller uppgifter om:

- diagnos
- mål
- åtgärder, planerade och pågående förebyggande
- uppföljning

Målet ska beskriva ett framtida önskvärt tillstånd och formuleras tillsammans med patienten.

Behandling/Åtgärd

- Allmän rådgivning – gällande kost och vätskeintag, tarmfunktion, toalettvanor, hygien, övervikt, rökning, alkohol.
- Rådgivning för att förbättra blåstömning.
- Toalettassistans– innebär att patienten regelbundet får hjälp till toaletten eller blir påmind om att gå på toaletten innan urinläckage uppstår. Sjuksköterska stöttar med kartläggning av toalettvanor utifrån patientens ADL-status.
- Blåsträning – innebär att man försöker stå emot trängningar genom att ”knipa” vid trängning. OBS att man aldrig ska uppmana patient att ”knipa av stråle”, mer än för att testa att man hittar rätt muskler. Blåsträning innebär att man tömmer urinblåsan regelbundet och ökar intervallen successivt med 15-30 min/v för att öka volymkapaciteten av urinblåsan och förlänga tidsintervallet mellan toalettbesöken och därmed minska antalet miktioner. Till träningen hör även bäckenbottenträning och att prova olika avslappningstekniker. Innan rekommendation om blåsträning ska alltid residualurin uteslutas. För patienter som har



möjlighet till och kan hantera, rekommenderas appen **Tät II för kvinnor**. Appen innehåller råd om både blåsträning och bäckenbottenträning.

- **Bäckenbottenträning** – Träningen går ut på att öka styrkan, snabbheten och uthålligheten i bäckenbottenmuskulaturen. Ge både muntlig och skriftlig information samt praktisk instruktion vid besöket, kontrollera gärna att patienten hittar rätt muskler genom att palpera i slidan. För att nå resultat krävs regelbunden och successivt stegrad träning under minst 3 månader. Patienten kan behöva stöttning och uppmuntran för att bibehålla träningsmotivationen. För patienter som har möjlighet till och kan hantera, rekommenderas appen **Tät för kvinnor** och **Tät 3 för män**. Vid behov remittera till fysioterapeut/Uroterapeut.
- **Normaliserade avföringsvanor** – bör eftersträvas om misstanke finns att tarmen inte fungerar adekvat. Förstoppning kan påverka förmågan att tömma blåsan samt förvärra läckageproblematik
- **Förskrivning av inkontinenshjälpmedel** ska föregås av läckagemätning för att individuellt utprovat skydd ska erhållas
- **Boka läkarbesök** vid behov av vidare utredning och åtgärd.

Uppföljning och utvärdering

Uppföljning görs för att kontrollera om planerade åtgärder har genomförts och vilket resultat som uppnåtts. När patienten hör av sig om förnyelse av utprovat inkontinenshjälpmedel görs en rimlighetsbedömning av konsumtion, att den motsvarar en beräknad förbrukning av tre månader. Vid behov utförs förnyad utprovning.

Läkare gör följande:

Allmän anamnes

Tar del av påbörjad utredning från sjuksköterska/distriktssköterska

Status

- Allmän fysiologisk undersökning – hjärt-/lungstatus - bukpalpation
- Gynekologisk undersökning - i första hand för att utesluta eventuell bäckenresistens men även för kontroll av gyn- och slemhinnestatus samt bäckenbottenfunktion
- Palpation per rektum – bedömning av prostata samt bäckenbottenfunktion
- Prover: s-kreatinin och PSA på män

Behandling/åtgärd

- Justera/sanera läkemedelslistan.
- Farmakologisk behandling av trängningsbesvär med eller utan inkontinens. Se bilaga sidan 19
- Lokal östrogenbehandling vid urogenital atrofi eller efter menopaus. Se bilaga sidan 19
- Eventuellt remittera till specialist
- Om inte fysioterapeut redan är inkopplad hänvisas till denna

8 Riktlinjer för fysioterapeut i Primärvården vid blåsdysfunktion

Patienten kommer antingen till fysioterapeut via hänvisning/remiss från distriktssköterska, uroterapeut, barnmorska, läkare eller privat gynekolog. Basal utredning med anamnes och mätningar på listor är redan gjord och resultatet finns i journalen. Bäckebottenträning är initierad och patienten är gynekologiskt undersökt.

Alternativt söker patienten själv direkt till fysioterapeut för urininkontinens, eller för andra hälsoproblem och läckagebesvär uppmärksammas. Patienten hänvisas till sjuksköterska/distriktssköterska för basal utredning och/eller till läkare eller privat gynekolog för gynekologisk undersökning.

Behandlingens syfte

Syftet med behandlingen är att optimera muskelfunktionen i bäckenbotten genom att identifiera musklerna och optimera kniptekniken.

Behandlingens mål

Målet med behandlingen är att patienten ska använda musklerna i bäckenbotten funktionellt och aktivt när det är risk för läckage, så att besvären lindras/botas. Patientens motivationsgrad och förmåga att identifiera musklerna i bäckenbotten är avgörande för behandlingens effekt.

Behandlingsrutiner

Första besöket hos distriktsfysioterapeut

Anamnes och genomgång av besvär.

Information om bäckenbottens uppbyggnad och funktion. Genomgång av knipteknik. Prova att träna i sittande före undersökning.

Test och behandling: Patienten ligger i ryggkrokliggande. Sjukgymnasten känner med fingrarna på magen ovan ljumsken om transversus abdominis aktiveras (brukar oftast aktiveras lite vid rätt knip). Kollar att patienten kan andas och ej spänner skinkor och lår.

Patienten instrueras knip enligt **Nikola.nu**:

Lätta knip: 2-3 sekunder, slappna av 2-3 sekunder. 10 st.

Hårt knip: hålla ca 6 sekunder, vila 6-10 sekunder. 5-10 st.

Uthållighetsknip: Knipa 50 % av maxstyrkan, försöka hålla 30-60 sekunder. Ett knip.

Alltid knipa hårt, snabbt innan hosta, nysa, lyfta.

Hemträningsprogram anpassas individuellt efter patientens besvär och knipförmåga. Träna i olika positioner och använda musklerna funktionellt. Viktigt att hitta träningsrutiner, ge förslag.

Ev. visa knip-appar samt information eller träning via Internet. Se sidan 10.

Kallelse till **andra besöket** inom 2-6 veckor, beroende på patientens knipförmåga.

Andra besöket hos distriktsfysioterapeut:

Uppföljning av besvär.

Uppföljning av bäckenbottenträning (compliance). Repetition av information, vid behov.

Träna knip i olika positioner och använda musklerna funktionellt. Knipa hårt styrkeknip vid ökat buktryck och långt uthållighetsknip vid urinträngning. Total träningsperiod minst 2-4 månader.

Kallelse till återbesök vid behov.

Om utebliven effekt trots bra compliance samt vid uttalade smärt- och spänningstillstånd i bäckenbotten bör patienten hänvisas till fysioterapeut med bäckenbottenkompetens. För närvarande finns begränsad tillgång på denna kompetens.

Fysioterapeut med bäckenbottenkompetens

Vid nybesök/återbesök kan vi bedöma bäckenbottenstatus vaginalt och rektalt. Guida och locka fram knip. Bedöma muskeltonus och neurologi. Individanpassa knipträningen efter patientens förmåga. Vid återbesök kunna bedöma om patientens förmåga förbättrats. Smärt och spänningstillstånd i bäckenbotten kan ge blåstömningstörningar. Spända bäckenbottenmuskler ger upphov till nedsatt knipförmåga, triggerpunkter och smärta. Vi behandlar spänningstillstånd i bäckenbotten vaginalt och rektalt genom myofasciell manuell behandling.

Första besök hos fysioterapeut med bäckenbottenkompetens:

Anamnes och genomgång av besvär (en timmes besökstid)

Information om bäckenbottens uppbyggnad och funktion. Genomgång av knipteknik.

Undersökning av muskelfunktionen med vaginal palpation och patienten i ryggkrokliggande.

Bedömning av knipförmågan avseende identifiering, knipteknik, styrka, snabbhet och uthållighet samt förmåga att slappna av. Därefter funktionellt test av knipförmågan vid hoststöt.

Undersökning av bäckenmusklernas struktur och tonus via vagina och vid behov rektalt.

Kallelse till andra besöket inom 2-6 veckor, beroende på patientens knipförmåga.

Om undersökningen av bäckenmusklerna via vagina och ev. rektalt visat spända och ömma muskler görs en provbehandling i syfte att uppnå en avspänning i muskulaturen. Patienten får då endast cirkulationsträning (lätta knip) som hemövning, inga styrke- eller uthållighetsknip som ofta triggar smärta och spänning. Om läckagen/besvären kvarstår efter genomgången manuell behandlingsperiod av bäckenbotten, kan bäckenbottenträning initieras.

Vid trängningsproblematik bör Modifierad Thiele massage provas. Detta är en myofasciell behandlingsmetod där man behandlar mjukdelarna vaginalt i närheten av urinblåsan och som påverkar/minskar trängningarna.

Andra besöket hos sjukgymnast/fysioterapeut med bäckenbottenkompetens:

Uppföljning av besvär.

Undersökning av muskelfunktionen med vaginal palpation, återkoppla till patienten om förbättring/förändring skett.

Modifiering/stegring av individuellt anpassat hemträningsprogram efter patientens knipförmåga och besvär.

Kallelse till återbesök vid behov. Total behandlingsperiod minst 2-4 månader, beroende på patientens besvär och knipförmåga. Vid sista behandlingstillfället besvaras eventuell remiss med utvärdering av behandlingen.

9 Förskrivning av inkontinenshjälpmedel

Förskrivning av förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion (urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens) kan förskrivas efter att utredning av inkontinens och eventuell behandling har inletts.

Utredning och behandling av inkontinens ska ha erbjudits för att undvika att bakomliggande behandlingsbara orsaker förbises. Alla delar i förskrivningsprocessen ska genomföras då det ingår i ansvaret hos den som förskrivare att identifiera behovet och välja produkt så den motsvarar behovet. Förskrivningsprocessen påbörjas när behovsbedömningen är genomförd och den enskilde och förskrivaren är överens om att åtgärden är förskrivning av hjälpmedel.

Läckagetest med verifierat och kvantifierat läckage utförs.

Att tänka på när man väljer absorberande skydd är bland annat: typ av inkontinens (diagnos?), kön, ålder, fysiskt eller psykiskt handikapp, kroppsform/vikt, hudproblem, aktivitet (arbete/fritid/bostad), beroende/oberoende vid byte av skydd samt tvättmöjligheter. Mer information om förskrivning finns

på Centrum för hjälpmedels sida för inkontinenshjälpmedel. Där hittas bland annat dokument om riktlinjer för förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

10 Ansvarsfördelning inom primärvård, hemsjukvård och särskilda boenden

Huvudman och vårdgivare

Vårdgivarna har ansvar för att verksamheterna följer de styrdokument som finns angiven för inkontinensvården gällande utredning och behandling samt förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Huvudmännens ansvar för vård regleras enligt det avtal som skrevs i samband med ÄDEL - överenskommelsen för Region Örebro län och länets kommuner, "Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län".

För inkontinenshjälpmedel finns hälso- och sjukvårdsansvaret beskrivet i det avtal som finns angående ansvar för inkontinensartiklar i Örebro län, "Avtal ang. ansvar för inkontinensartiklar i Örebro län". Enligt överenskommelsen har kommunen ansvar för inkontinensartiklar till personer i särskilt boende och till personer i enskilt boende med kommunal hemsjukvård.

Regionen ansvarar för övriga personer i enskilt boende. Regionens ansvar inkluderar förutom personer i enskilt boende även de personer som erhåller förskrivning av **uroterapeut/stomiterapeut** oberoende om personen kommer från ett särskilt boende, enskilt boende eller är hemsjukvårdspatient.

Verksamhetschefen

En av verksamhetschefens ledningsuppgifter är ansvaret för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god vård. Verksamhetschefen ansvarar för att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem:

- Tillstyrka resurser till arbetet kring utredning och behandling av urininkontinens.
- Ansvara för att det inom verksamheten finns sjuksköterskor med förskrivningsrätt.
- Möjliggöra att personal i verksamheten får utbildning kopplad till införandet av vårdprogrammet.
- Tillstyrka att sjuksköterskor med förskrivningsrätt kontinuerligt får fortbildning inom området inkontinens- och blåsfunktionsstörningar.

Om det är nödvändigt eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Sjuksköterska/distriktssköterska

- Initierar utredning av inkontinens och/eller blåsfunktionsstörning.
- Sjuksköterska inom primärvården bedömer undersökningsresultat och sätter eventuellt diagnos. Föreslår behandlingsmetoder och åtgärder.
- Sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård utvärderar utredningsmaterial i samråd med ansvarig läkare för diagnossättning, behandling och uppföljning.
- Samverkar med andra professioner så som sjukgymnast för träning och med arbetsterapeut för att omgivningsfaktorer (förflyttning till toalett, kläder etc.) ska ses över.
- Upprättar tillsammans med patienten en specifik vårdplan utifrån ordinerad behandling och patientens eventuella behov av insatser.
- Utprovar, förskriver, utvärderar och följer upp förskrivna inkontinenshjälpmedel samt förvisar sig om att de används på rätt sätt på individ- och verksamhetsnivå.
- Informerar i förekommande fall närstående, verksamhetschef samt vård- och omsorgspersonal om nödvändiga insatser utifrån den specifika vårdplanen.
- Ansvarar för att utvärdering av ordinerad behandling genomförs.
- Följer med i utvecklingen och forskningen inom området och förmedlar ny kunskap till övrig personal.
- Sjuksköterska/distriktssköterska skriver remiss till fysioterapeut i primärvården för behandling vid behov.

Läkaren

- Ansvarar för utredning, diagnossättning, behandling, uppföljning och skriver vid behov remiss till specialist, enligt riktlinjen.
- Skriver remiss till fysioterapeut i primärvården för behandling med bäckenbottenträning om patienten har svårt att hitta rätt muskler om patienten är träningsmotiverad och främst besvärar av ansträngningsinkontinens.

Vård- och omsorgspersonalen

- Deltar i utredning och utvärdering enligt sjuksköterskans anvisning.
- Informerar sjuksköterskan om patientens inkontinens och/eller blåsfunktionsstörning och rapporterar eventuella förändringar.
- Utför ordinerad behandling, exempelvis toalettassistans.
- Hjälper till att tillsammans med patient och sjuksköterska prova ut individuellt anpassade inkontinenshjälpmedel.

Fysioterapeuten

- Ger efter remiss behandling med bäckenbottenträning
- Fysioterapeuten i kommunen utprovar hjälpmedel som underlättar förflyttning.

Arbetsterapeuten

- Gör ADL bedömning efter remiss.
- Utprovar hjälpmedel som underlättar ADL och möjliggör goda toalettvanor och inkontinensvård.

MAS-medicinskt ansvarig sjuksköterska och MAR- medicinskt ansvarig för rehabilitering

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas en MAS inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer om. Om verksamhetsområdet i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut, MAR, fullgöra uppgifterna. MAS/MAR ansvarar för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det och ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Arbetet innebär bland annat att:

- Kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla
- Skapa regler och normer för vårdprocesser
- Vara vårdgivarens specialistresurs
- Vara sakkunnig resurs i hälso- och sjukvårdsfrågor

11 Indikation för remiss till specialist

Behandling av manlig inkontinens initieras och sköts i första hand av **urologen** då genesen vanligen är sekundär till urologiska ingrepp.

Kvinnor med ansträngningsinkontinens och/eller blandinkontinens samt kvinnor med urininkontinens i kombination med prolaps remitteras och behandlas i första hand av **kvinnokliniken**.

Kvinnor med svår trängningsinkontinens ofta i kombination med neurologisk sjukdom sköts av **urologen**.

- Om cancersjukdom misstänks i urinvägar eller könsorgan [SVF urinvägar/urinblåsa](#) (länk inom regionen)
- Om patienten behandlats för malignitet i underlivet
- Om inkontinens är förenad med upprepade och svårbehandlade urinvägsinfektioner
- Om patienten har svårt att tömma blåsan eller har stor residualurin
- Om patienten tidigare genomgått strålbehandling eller kirurgi i lilla bäckenet på grund av sjukdom eller inkontinens
- Vid misstänkt fistel
- Vid neurologisk sjukdom eller ryggmärgsskada
- Om **regelbunden** bäckenbottenträning minst 3 månader inte gett önskad effekt vid ansträngningsinkontinens och patienten önskar ställningstagande till operation
- Om symtomgivande framfall föreligger samtidigt som inkontinens
- Alla inkontinenta män under 65 år ska bedömas av urolog/kirurg
- Om patienten har förhöjt PSA [SVF prostata](#) (länk inom regionen)
- Om patienten har besvär efter prostataoperation till exempel ansträngningsinkontinens
- Om patienten önskar specialistbedömning efter utredning på primärvårdsnivå

Observera att ofullständig remiss kommer att prövas för komplettering och i så fall återsändas!

11.1 Checklista inför remiss vid inkontinens/blåsfunktionsstörning

Diagnos/frågeställning

Allmän anamnes

Gynekologisk anamnes

Anamnes vid inkontinens/blåsdysfunktion

Undersökningsfynd

- Resultat urin- och dryckesmättningslista för två dygn [Urin- och dryckesmätning](#)
- Uteslut makroskopisk hematuri
- Urinsticka
- Urinodling vid behov
- Residualurin
- Provsvar
- Allmänstatus
- Bukstatus
- Gynekologisk status på kvinnor
- Prostatabedömning på män
- För personer inom hemsjukvården och i särskilt boende ska individuell bedömning beroende på status, besvär och målsättning vara genomförd
- Bifoga alltid neurologstatus vid remiss till neurolog

Till sist:

- Bedömning inkontinensstyp/blåsfunktionsstörning
- Eventuell tidigare behandling
- Eventuell insatt behandling
- Patientens förväntningar

Var särskilt observant på att snabbt uppkomna trängningar (< 6 månader) kan bero på malignitet!

11.2 Exempel på specialistvård för kvinnor och män med urininkontinens och blåsfunktionsstörning

11.2.1 Kvinnor med ansträngningsinkontinens

- Fördjupad uroterapi med kartläggning av besvär, ny genomgång av listor och miktionsvanor, eventuell fortsatt korrigering av vätskeintag, bäckenbottenträning, blåsträning.
- Träning med biofeedback kan i vissa fall hjälpa patienten att träna muskelfunktionen i bäckenbotten.
- Vaginala bågar och kontinensringar kan provas ut av uroterapeut eller läkare. Kan vara ett behandlingsalternativ även för den äldre patienten.
- Kirurgiska metoder utförs oftast vaginalt. Den vanligaste operationsmetoden i Region Örebro län är TVT (Tension Free Vaginal Tape). Det är en s.k. slyngplastik. Ingreppet utförs som dagkirurgi. En mindre invasiv operationsmetod med bulkingmedel som injiceras i urinröret kan vara en alternativ metod till kvinnor som inte kan eller vill opereras med TVT. Vilken metod som passar bäst bestäms av specialist i samråd med patient efter genomförd utredning.



11.2.2 Män med ansträngningsinkontinens

- Fördjupad uroterapi med kartläggning av besvär, ny genomgång av listor och miktionsvanor, eventuell fortsatt korrigerande av vätskeintag, bäckenbottenträning
- Elektrostimulering eller träning med biofeedback kan i vissa fall hjälpa patienten att förbättra muskelfunktionen i bäckenbotten.
- Patienter som är signifikant inkontinenta > 1 år efter total prostatectomi kan vara kandidater för en artificiell sfinkter (konstgjord slutmuskel). Lite lindrigare inkontinens kan vara aktuell för en "slyngplastik" där man komprimerar urinröret med ett band under urinröret.

11.2.3 Kvinnor och män med trängningar/trängningsinkontinens/blandinkontinens

- Fördjupad uroterapi med kartläggning av besvär, ny genomgång av listor och miktionsvanor, eventuell fortsatt korrigerande av vätskeintag, blåsträning, bäckenbottenträning
- Injektionsbehandling med botulinumtoxin i urinblåsans vägg via cystoskopi orsakar detrusormuskelförlamning genom att påverka impulstrafiken från nerv till muskel. Från att tidigare varit en behandling endast vid svåra urinträngningar/trängningsinkontinens orsakade av neurologisk sjukdom MS, eller efter ryggmärgsskada kan det numera vara en alternativ behandling även vid svårbehandlad överaktiv blåsa. Behandlingseffekten, med minskat antal inkontinensepisoder och urinträngningar sitter vanligen i under sex till nio månader, därefter kan ny behandling ges. Behandlingen kan orsaka övergående blåstömningssvårigheter.
- Elektrostimulering. Syftet är att lugna blåsan genom att hämma nervernas reflexmekanism. Det är ett komplement till andra behandlingsmetoder och utförs av uroterapeut.
- Akupunktur är en alternativ behandlingsmetod och utförs av uroterapeut

12 NIKOLAs blanketter/information för utredning

[Nikola utredning](#)

13 NIKOLAs blanketter/information för åtgärd/behandling

[Nikola åtgärd/behandling](#)

14 KVÅ-koder

Användbara KVÅ-koder finns på hemsidan för Senior alert [Åtgärder inklusive KVÅ-koder och vägledning](#)

15 Bilaga - Farmakologisk behandling

Ansträngningsinkontinens

Enda läkemedlet är Yentreve som tillhör gruppen SNRI (Serotonin- och Noradrenalinåterupptagshämmare, ursprungligen ett antidepressivt läkemedel). Detta anses öka tonus i urinröret. Mycket begränsad effekt men kan i enstaka fall vara alternativ till kirurgi.

Urogenital atrofi

Urogenital atrofi efter naturlig eller framkallad menopaus kan resultera i torrhets känsla, klåda, samlagssmärta och slidkatarr. Det är också vanligt med urinträngningar, nokturi och urinvägsinfektioner. Observera att dessa symtom kan ha annan genes än östrogenbrist!

Lokal lågdosbehandling med östrogen har visat sig ha god effekt och kan ges till de flesta kvinnor som passerat menopaus. Slemhinnorna stärks och blir mindre mottagliga för olika stimuli som annars kan bidra till trängningar.

Östriol – förstahandsval

- Ovesterin (vagitorier eller kräm)
- Oestring – byts var 3:e månad
- Estrokad vagitorier
- Blissel kräm

Vagifem vagitorier är inte längre förmånsberättigad och är därför inte längre med bland förstahandsvalen.

Lokal östrogenbehandling ökar inte risken för bröstcancer. Kvinnor som behandlats för bröstcancer anses oftast kunna använda lokal östrogenbehandling. Samtidig behandling med lokalt östrogen och aromatashämmare (läkemedel mot hormonberoende tumörer vid bröstcancer) ska dock undvikas eftersom den farmakologiska effekten kan minska. Vid tveksamhet, rådfråga patientens onkolog.

Att tvätta underlivet med barn- eller intimoolja är ett enkelt knep som kan minska känslan av torrhet och irritation i underlivet. Detta görs gärna i kombination med lokal östrogenbehandling.

Trängningsbesvär med eller utan inkontinens - Överaktiv blåsa

Observera att organisk orsak såsom malignitet (vid nydebuterade trängningar < 6 mån), sten eller infektion i de nedre urinvägarna alltid skall uteslutas före behandling.

Behandlingen inleds alltid med blåsträning. Vid otillräcklig effekt kan blåsträning kombineras med trängningsdämpande läkemedel.

Farmakologisk behandling har i studier visat begränsad effekt. Blåsans kontraktioner överförs främst via kolinerga nerver som blockeras av antikolinerga läkemedel. Dessa innebär risk för antikolinerga biverkningar som muntorrhet, förstoppning och konfusion, speciellt hos äldre i kombination med

andra läkemedel med antikolinerg effekt. Till patienter > 75 år samt patienter med kognitiva sjukdomar av Parkinson- eller Alzheimertyp där antikolinerga läkemedel bör undvikas och till patienter som pga. biverkningar inte tolererar antikolinergika, är beta3-receptoragonist som slappar av glatta muskelceller i blåsväggen ett alternativ.

Lokal östrogenbehandling stärker kvinnans slemhinnor i underlivet och gör blåsan mindre mottaglig för retningar som utlöser trängningar.

Antikolinerga läkemedel:

- Tolterodin (Tolterodin tabl) är förstahandsval pga. priset
- I andra hand:
- Solifenacin (Vesicare tabl)
- Tolterodin (Detrusitol tabl)
- Fesoterodin (Toviaztabl tabl)
- Oxibutynin (Kentera plåster)
- Darifenacin (Emselex tabl)

Selektiv beta 3-receptoragonist:

- Mirabegon (Betmiga tabl)

[Rekommenderade läkemedel urin och könsorgan Region Örebro län](#)

Läkemedel med antikolinergeffekt, främst psykofarmaka och antidepressivum kan bidra till urinretention och risk för överrinningsinkontinens.

Behandlingen bör följas upp efter cirka en månad för eventuell dosjustering eller byte av preparat. Kontrollera residualurin vid misstanke om blåstömningssvårigheter.

Tilltagande eller terapieresistenta urinträngningar ska utredas vidare hos specialist.

16 Referenser och länkar

Vårdprogrammet har tagits fram med inspiration från Uppsalas vårdprogram för urininkontinens och blåsdysfunktionsstörning i Uppsala län.

www.lul.se/inkontinensfragor

Uppsalas vårdprogram för urininkontinens och blåsfunktionsstörning

www.nikola.nu

www.nationelltklinisktkunskapsstod.se

www.sbu.se

Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre nr 129 år 2013

<https://lakemedelsboken.se/kapitel/nefrologi-urologi/urininkontinens.html>

Läkemedelsboken, Urininkontinens

www.socialstyrelsen.se

Blåsdysfunktion hos äldre personer år 2016

Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre år 2014

https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/KVA_Medicinska/

Hälsorelaterade klassifikationer – Socialstyrelsen

www.ics.org

www.scb.se

Sveriges framtida befolkning 2018-2070

[Blåsdysfunktion/inkontinens enligt Senior alert](#)

Blåsdysfunktion/inkontinens

[Somatisk hemsjukvård](#)

"Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län"

[CFH inkontinenshjälpmedel](#)

Centrum för hjälpmedels sida för inkontinenshjälpmedel

[Avtal angående inkontinens](#)

Ansvar för inkontinensartiklar i Örebro län

[Rekommenderade läkemedel urin och könsorgan Region Örebro län](#)

Läkemedel, urin och könsorgan Region Örebro län

www.vardhandboken.se

Urininkontinens

17 Referensgrupp

Sven Röstlund Distriktsläkare
Nora vårdcentral/chefläkare Region Örebro län

Karin Franzén Överläkare
Kvinnokliniken USÖ

Lovisa Strålöga Uroterapeut
Urologkliniken USÖ

Gunilla Andersson MAS/enhetschef
Ljusnarsbergs kommun

Ann-Louise Eriksson MAS
Hällefors kommun

Carita Grundström Sjuksköterska
Örebro kommun

Sandra Jansson Sjuksköterska
Örebro kommun

Susanne Bergman Distriktssköterska
Örebro kommun

Noomi Karlsson Distriktssköterska
Skebäcks vårdcentral

Ulrika Molitor Distriktssköterska
Varberga vårdcentral

Maria Kramer Lohse Distriktssjukgymnast
Kvinnoklinikens mottagning USÖ

Helena Bäck Distriktssjukgymnast
Karla vårdcentral

Pia Backteman Utbildningsledare
Staben hälso- och sjukvård, Region Örebro län

Johanna Haglund Kontinenssamordnare
Region Örebro län och tillhörande kommuner

18 Nyckelord

Inkontinens, blåsdysfunktion, urininkontinens, bäckenbotten, tidsmiktion