

Regionalt vårdprogram 2019
Kvinnlig urininkontinens

ISBN 978-91-976391-4-9
RV 2019:06

Regionala vårdprogram i region Stockholm

I region Stockholm arbetar vi samlat kring medicinska områden inom sakkunnigstrukturen med syfte att patienter, vårdgivare och beställare ska mötas för att forma en god och jämlik vård för länets invånare. Kunskapen om den goda vården ska vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar samt bilda grund för bättre beslut i vården.

De regionala vårdprogrammen ska vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

Arbetet bedrivs inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i samverkan med sakkunnigorganisation, vårdgivare och beställare. Patientorganisationer medverkar också i arbetet. Detta arbete sker inom ramen för det som kallas Kunskapsstyrning i region Stockholm – Gotland.

<https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod>

Inledning

Detta vårdprogram är en reviderad upplaga. Tidigare upplaga gavs ut under 2004 och togs fram av: Anders Å:son Berg, Lena Edvall, Christian Falconer, Aino Fianu-Jonsson, Margareta Hammarström, Anne-Charlotte Kinn, Barbro Larsson, Daniel Murkes och Gunilla Tegerstedt.

Detta är ett regionalt vårdprogram för kvinnor med urininkontinensbesvär. Vårdprogrammet riktar sig i första hand till hälso- och sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med kvinnor med dessa besvär. Berörd personal ska ha kunskap om och kunna initiera utredning och behandling utifrån vårdprogrammet. Det regionala vårdprogrammet riktar sig även till tjänstemän i landstinget (beställar- och produktionsorganisationen) i planerings-, upphandlings-, avtals- och uppföljningsprocessen.

Innehållet i detta vårdprogram om kvinnlig urininkontinens grundar sig på skrifterna, "Behandling av urininkontinens" utgiven av SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering [1], på "Kvinnlig urininkontinens – utredning och behandling" utgiven 1998 av Svensk förening för obstetrik och gynekologi [2], samt "Vårdhandboken, Urininkontinens"[3].

Syftet med vårdprogrammet är att det ska utgöra en gemensam grund för arbetet med kvinnor som lider av urininkontinens i Stockholm och att stimulera till diskussion för utvecklande av lokala riktlinjer.

Det övergripande målet med behandlingen är att i första hand göra patienten kontinent eller minska urinläckage men om detta inte är möjligt normalisera eller förbättra blåstömning. Om inte urinläckage kan avhjälpas ska adekvat behandling och/eller förskrivning av lämpliga hjälpmedel sättas in.

Utveckling och förankringsarbete

Vårdprogrammet är framtaget inom ramen för programrådet Kvinnosjukvård och har förankrats där.

Arbetsgruppen har bestått av:

Maria Jarkander-Rolff Specialistläkare gynekologi/obstetrik Octaviakliniken,
Marie Westergren Söderberg, med. dr, överläkare Gynekologi/obstetrik, KK,
Södersjukhuset AB. Ordförande Urogynekologisk arbetsgrupp (URARG) inom SFOG.

Elisabeth Carlsson Farelly, överläkare, Urologkliniken Södersjukhuset AB
Christina Lindberg, informationsspecialist Södersjukhuset AB.

Urszula Arpholm Felix, processledare, Kunskapsstyrning och -stöd, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Spridning och lansering

Vårdprogrammet kommer att lanseras genom mejl och nyhetsbrev till berörda vårdgivare inom Region Stockholm samt till övriga berörda vid HSF, Politiker/Beslutsfattare och Patientorganisationer.

Vårdprogrammet är tillgänglig i pdf-format på www.vardgivarguiden.se

Stockholms medicinska råd har antagit vårdprogrammet den 16 maj 2019.

Hälso- och sjukvårdsdirektören i samråd med Direktörsguppen KUST beslutade att godkänna vårdprogrammet den 14 juni 2019.

Stockholm maj 2019

Maria Jarkander Rolff
Gynekologi/Obstetrik
Octaviakliniken

Johannes Blom
Ordförande Stockholm medicinska råd
Region Stockholm

Vårdprogrammet uppdaterat 2020 avseende Socialstyrelsens nationella riktlinjer för levnadsvanor i samband med operation.

Innehåll

Kvinnlig urininkontinens	0
Inledning	1
Utveckling och förankringsarbete.....	1
Innehåll	3
Förekomst av urininkontinens	5
Definition och mål	5
Strategier – sammanfattande riktlinjer av vårdprogrammet	5
Primärprevention.....	5
Diagnostik	5
Behandling	6
Uppföljning och kvalitet	7
Kartläggning och analys	7
Vårdresurser och väntetider	8
Kostnader	8
Riktlinjer för hälso- och sjukvård	9
Primärprevention.....	9
Diagnostik och behandling.....	9
Sammanfattande slutsatser från SBU för kvinnlig urininkontinens	11
Omvårdnad.....	12
Att vara patient.....	12
Kvalitetsmått	13
Vårdnivåer	13
Ekonomiska konsekvenser	14
Referenser	14
Fortsatt läsning	14

Förekomst av urininkontinens

Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem som berör c:a en halv miljon människor i Sverige. Kvinnor drabbas oftare än män. Förekomsten av urininkontinens hos kvinnor ökar med stigande ålder från c:a 4% vid 20 års ålder till 10% vid 40 års ålder upp till 25% vid 80 års ålder. Hos äldre kvinnor som vistas på institution ser man inte sällan urininkontinensfrekvenser på över 50%. Några exakta beräkningar hos Stockholms läns landsting (SLL) föreligger ej men det kan uppskattas att c:a 100 000 stockholmskvinnor har problem med urininkontinens.

Definition och mål

Med urininkontinens menas *”ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen”* (SBU). Patienterna lider antingen av en s.k. ansträngningsinkontinens eller av trängningar med eller utan inkontinens eller en blandning av dessa tillstånd eller överrinningsinkontinens. Målet är i första hand att göra patienten kontinent eller minska urinläckage men om detta inte är möjligt normalisera eller förbättra blåstömning och förbättra patientens livskvalitet trots urininkontinens, genom att sätta in adekvat behandling och/eller förskriva lämpliga hjälpmedel.

Strategier – sammanfattande riktlinjer av vårdprogrammet

Primärprevention

Kvinnor bör i olika sammanhang under livet få information om hur man kan träna sin bäckenbottenmuskulatur. Information ges av MVC och BVC till blivande mödrar. Till kvinnor med komplicerade förlossningar med större bristningar är det extra viktigt med information och om möjligt hjälp av uro- eller fysioterapeut med bäckenbottenträning.

Diagnostik

Utredning ska ge en heltäckande bild av patientens problem och behov. Orsaken till inkontinens bör utredas genom noggrann anamnes och fysikalisk undersökning.

Utredningen görs genom fastställande av orsak:

- Ansträngningsinkontinens
- Trängningsinkontinens
- Blandinkontinens
- Överflylnadsinkontinens på grund av blåstömningssvårigheter
- Neurologisk orsakad inkontinens

Behandling

När orsak är fastställd kan behandling bestämmas. Det finns olika former av konservativ behandling, men om inte detta hjälper finns operation för ansträngningsinkontinens och läkemedel eller Botoxbehandling för trängningsinkontinens.

Behandling kan utgöras av följande punkter:

- Bäckebottenträning
- Elektrisk stimulering
- Blåsträning
- Läkemedel
- Injektioner med Botulinumtoxin (exempelvis Botox) i urinblåsan
- Kirurgisk behandling

Inför kirurgisk behandling gäller följande:

- Alla patienter som ska opereras bör informeras om att alkohol kan påverka organen och viktiga funktioner i kroppen, och att det finns god kunskap om att komplikationsrisken är förhöjd vid riskbruk av alkohol.
- Personer med riskbruk bör erbjudas rådgivande samtal och rekommenderas alkoholuppehåll under minst fyra veckor före operation och en tid efter.
- Personer med lägre konsumtion bör informeras om att det inte finns någon känd gräns för riskfritt intag och att man därför rekommenderas alkoholuppehåll fyra veckor före operation.
- **Rökstopp** rekommenderas 4–6 v före och efter operation.
Se Rök- och alkoholuppehåll i samband med operation, Vårdgivarguiden: <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/levnadsvanor/rok--och-alkoholuppehall-i-samband-med-operation/>

- Akupunktur

Uppföljning och kvalitet

Det man följer upp är vidtagna åtgärder. Patientens egen värdering av inkontinensens påverkan på livskvaliteten ska särskilt beaktas. Beställaren kan följa upp kvaliteten via avtalen när det gäller operationer och Botoxbehandling via det nationella GynOp registret, för gynekologiska mottagningar och via separat redovisning för urologiska mottagningar.

Vårdkedjan och ansvarsfördelningen mellan olika vårdnivåer som förespråkas i vårdprogrammet kan också följas upp:

- **Vårdnivå 1** - att primärvård/gynekologisk öppenvård kan ge tillräckliga utredningsinsatser (genom att följa väntetiderna).
- **Vårdnivå 2** - att bäckenbottenmottagningar utanför sjukhusen inom vårdval gynekologi eller urologi har uroterapeutisk resurs och medicinska resurser för viss utvidgad utredning och behandling.
- **Vårdnivå 3** - att bäckenbottenmottagning/team/centra vid sjukhus med slutenvårdsresurs genomför utredningar i multidisciplinärt samarbete och behandlingar i komplicerade fall och hos patienter med försvårade sjukdomar.

Kartläggning och analys

Undersökningar visar att c:a 10% av samtliga kvinnor över 35 år önskar behandling för urininkontinens. Förekomsten av urininkontinens hos kvinnor ökar med stigande ålder från c:a 4% vid 20 års ålder till 10% vid 40 års ålder upp till 25% vid 80 års ålder. Hos äldre kvinnor som vistas på institution ser man inte sällan urininkontinensfrekvenser på över 50%.

Det har visats att endast c:a hälften av de urininkontinenta söker hjälp hos sjukvården. Några exakta beräkningar hos Stockholms läns landsting (SLL) föreligger ej men det kan uppskattas att c:a 100 000 stockholmskvinnor har problem med urininkontinens.

Patienter med neurogena blåsrubbningar t ex efter skall- och ryggtrauma, MS, Parkinsons sjukdom, stroke eller åderförkalkningssjukdomar kan kräva specialiserad urodynamisk utredning. Om invasiv behandling vidtas är den avancerad och ska centraliseras till speciella urologkliniker. Botoxbehandling, blåsförstorande ingrepp, permanenta urinavledningar med användning av tarm, implantat med ersättning av slutningsmuskulaturen, elektrisk sakral blåsmodulering och neurokirurgiska ingrepp kan komma ifråga.

Injektioner med botulinumtoxin(ex Botox) i urinblåsan användes initialt endast för behandling av patienter med neurogena blåsrubbningar men behandlingen är nu godkänd och tillgänglig för patienter med överaktiv blåsa i öppenvård vid specialkliniker. Behandlingen har visat god effekt mot svårare trängningsinkontinens men vårdresurserna är begränsade och behandlingen måste upprepas.

Vårdresurser och väntetider

Primärvården inom Region Stockholm tar hand om flertalet sökande. Vid behov remitteras patienten till gynekologisk eller urologisk mottagning för vidare utredning och behandling.

Efter införandet av Vårdval inom SLL för gynekologi (2012) och urologi (2016) har tillgängligheten ökat och väntetiderna minskat både för utredning och åtgärd. Enligt vårdgarantin är väntetiden för utredning av inkontinens är 1 månad. Om utredningen leder till beslut om operativ behandling är väntetiden högst tre månader i region Stockholm. Det bör framhållas att endast kvinnor med ansträngningsinkontinens kan bli botade med operation. Kirurgi skall endast utföras om patienterna har blivit adekvat undersökta enligt nedan och konservativ behandling prövats.

Sjukhusbunden vård och mer specialiserad vård bedrivs vid fyra gynekologiska kliniker vid Danderyds sjukhus AB, Karolinska Universitetssjukhus - Huddinge, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus.

Vid två urologiska kliniker Karolinska - Huddinge och Karolinska- Solna, bedrivs även specialiserade urininkontinensmottagningar.

Inom privata sektorn föreligger vårdval inom kvinnosjukvård för utredning och behandling av urininkontinens vid Cevita Care S:t Görans sjukhus, Ultragyn Sophiahemmet och Octaviakliniken. Specialiserade mottagningar för utredning med urodynamik och behandling med Botulinumtoxin finns också vid Octaviakliniken (även kirurgi) samt Stockholm Urogyn (både gynekolog och urologavtal).

Inom vårdval urologi finns det ett flertal öppenvårdsmottagningar för utredning och behandling av kvinnlig inkontinens. Mottagningarna finns upptagna i Vårdgivarguiden.

Kostnader

Behovet av hjälp vid inkontinens är sålunda ofullständigt känt. Detta gör det svårt att med säkerhet uppskatta om utbudet är tillräckligt. Då det totala antalet besök ej är känt kan ingen noggrann kostnadsredovisning göras.

1990 uppskattades kostnader för urininkontinens i Sverige till c:a 2% av de totala sjukvårdskostnaderna eller vid den tiden 1,8 miljarder kronor. Vid SBU:s genomgång 2000 uppskattades den totala kostnaden för urininkontinens i Sverige till mellan 2,8 och 4,4 miljarder kronor per år. Bland annat har kostnaden för hjälpmedel mer än tredubblats under de senaste 10 åren och uppgick 1996 till drygt 1 miljard kronor i Sverige. Man konstaterar också att kostnaden för diagnostik och mer aktiv behandling t ex operation är låg jämfört med den totala kostnaden. De största kostnaderna kan hänföras till krav på hög personaltäthet vid geriatriska enheter för att kunna tillgodose patientbehoven.

Mot bakgrund av ovan angivna data kan inkontinensvårdens kostnader inom SLL uppskattas till mellan 500 miljoner och 1 miljard, varav c:a 250 miljoner är hjälpmedelskostnader (huvudsakligen inkontinensskydd). Utebliven vård påverkar framförallt livskvaliteten mycket negativt. Under de senare åren har en förenklad operationsteknik medfört betydligt större antal opererade patienter.

Det måste ånyo framhållas att den största gruppen av patienter ej lämpar sig för kirurgi.

Statistik levererade och fakturerade inkontinenshjälpmedel till kvinnor		
Period år 2014 till 2018		
Årtal	Hjälpmedel	Funktionspris/Totalpris*
2014	Hjälpmedel för personlig vård	68 897 311
2015	Hjälpmedel för personlig vård	73 642 165
2016	Hjälpmedel för personlig vård	80 168 520
2017	Hjälpmedel för personlig vård	76 078 143
2018	Hjälpmedel för personlig vård	81 937 306
	Total - 5 års period	380 723 444

* I denna kostnad ingår både pris för artikel, leverans, konsultationstjänst och utbildning till förskrivare samt faktura och leveransfrågor till brukare.

*Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,
Enheten för Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel*

Riktlinjer för hälso- och sjukvård

Primärprevention

Kvinnor ska i olika sammanhang under livet erbjudas information om hur man tränar sin bäckenbottenmuskulatur. Bäckenbottenskador som ex kan uppstå vid långdragna traumatiska förlossningar bör i görligaste mån förebyggas genom ett aktivt omhändertagande vid förlossningen.

Diagnostik och behandling

Alla kvinnor med inkontinens som kan genomgå undersökning har rätt till basal diagnostik innan beslut om åtgärd som långtidsförskrivning av inkontinensskydd tages. Hjälpmedel får aldrig hindra utredning av bakomliggande orsaker eller ersätta behandling av urininkontinens.

Diagnostiken bör följa nedanstående flödesschema:

Miktionslista, och anamnesformulär kan med fördel sändas ut till patienten före första besöket för att spara in en vårdkontakt. SSK/uroterapeut kan instruera vb.

Vårdkedjan för kvinnlig urininkontinens – utredning och behandlingsalternativ

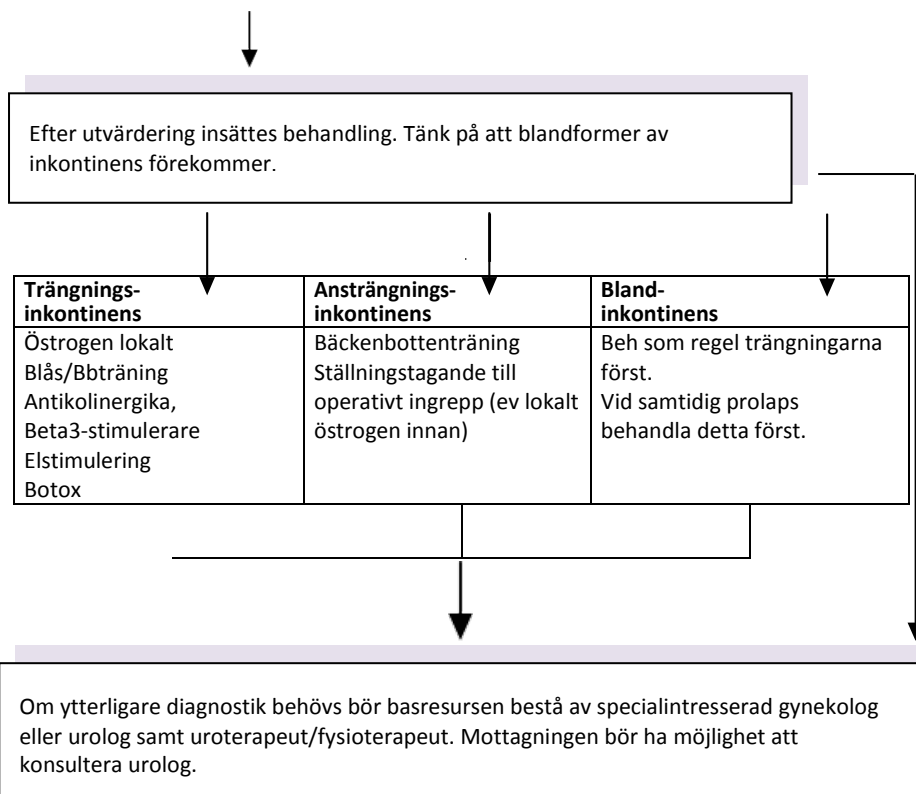
Bedömningsbesök

Utredning

Anamnes
Genomgång av miktionslista och anamnes formulär
Gyn-undersökning
Hostprovokationstest
Urinsticka (vid trängningar)
Kontroll av residualurin
Ställningstagande till cystoscopi och/eller urodynamik om oklar diagnos.

Miktionslista

Om ej gjord före besöket



I efterförloppet bör alla vidtagna åtgärder följas upp i första hand av uroterapeut/sjuksköterska/omvårdnadspersonal.

Samtliga behandlingsmetoder som har prövats från blås- och bäckenbotten-träning, toalettassistans, vaneträning, elektrostimulering, farmakologisk behandling, kirurgisk behandling och Botoxbehandling har visats ha god effekt.

Beställaren kan följa upp operationsresultat och resultat av Botoxbehandling via det nationella GynOp registret för gyn.mottagningar. Urologkliner redovisar Botoxbehandlingar separat.

Sammanfattande slutsatser från SBU för kvinnlig urininkontinens

I rapporten som publicerades år 2000 har man dragit slutsatser utifrån en tregradig skala (bevisgrad: A=hög; B=medelhög; C =låg) som direkt kan relateras till vetenskapliga studier. Rapporten är gammal men inga nya data finns ännu ej tillgängliga [1].

- Urininkontinens är ett symptom och inte en diagnos i sig, vilket innebär att orsaken till inkontinens bör utredas (A).
- Noggrann anamnes och fysikalisk undersökning utgör grunden för inkontinensutredning (B).
- I anamnesen bör patientens egen värdering av inkontinensens påverkan på livskvaliteten särskilt beaktas (B).
- Diagnostik och utredning måste anpassas till patientens allmäntillstånd, ålder och risken för bakomliggande allvarliga sjukdomar (B).
- Plötslig debut av svåra trängningar och trängningsinkontinens ökar risken för bakomliggande tumörsjukdom (B).
- Miktionslista och ev. blöjvägningstest kan förbättra diagnostiken och är viktiga vid jämförande studier för att ge bättre objektiv och kvantitativ bedömning av läckageproblem. Blöjvägningstest är dock inte evidensbaserat. (B).
- Resturinbestämning är främst av betydelse när symptombilden tyder på blåstömningsbesvär. Mäts bäst tidigt i utredningen (B).
- Urinundersökning med dip-stick-teknik är väsentlig för att spåra annan bakomliggande urinvägssjukdom vid trängningar. Rutinmässig urinodling är inte nödvändig. (B).
- Makroskopisk hematuri vid urininkontinens skall alltid föranleda vidare utredning hos urolog. Vid makroskopisk hematuri och ålder 50 år eller äldre skall utredning ske enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för välgrundad misstanke om cancer i urinvägarna. Mikroskopisk hematuri i kombination med plötsligt debuterande urinträngningar bör också utredas hos urolog, men föranleder inte SVF (Standardiserat vårdförlopp).

- Cystoskopi är inte någon rutinundersökning vid inkontinens men skall utföras vid makrohaturi, fynd av leukocyter (varceller) i urinen, som inte förklaras av infektion och vid uttalade irriterande besvär (B).
- Någon klar indikation på när urodynamisk undersökning bör ske finns inte. Cystometri, urethratryckprofil, läckagestryck, EMG etc. är alla väsentliga metoder för förståelse och fortsatt forskning kring patofysiologi vid inkontinens och av betydelse för diagnostik i oklara fall. Urodynamiska undersökningstekniker kan också ha stort värde vid behandlingsstudier för att bättre säkerställa att jämförbara patientgrupper studeras (C).
- Röntgenundersökningar ingår inte i rutindiagnostik (B).
- Betydelsen av ultraljudsmetodik och MR för bestämning av blåshalsens och urinrörets läge är ännu ofullständigt klarlagd och metoden är för närvarande främst av forskningsintresse (C).
- Vetenskapliga utvärderingar är önskvärda, där särskilda vårdprogram jämförs i olika patientpopulationer utifrån diagnostikens betydelse för behandlingsresultat och risk för förbisedd allvarlig, bakom liggande sjukdom. Arbetet pågår med ny rapport "kvinnlig urininkontinens" från SFOG.

Omvårdnad

Utbildningsbehovet för personal och patienter inom hemtjänst, sjukhemsvård och äldreboende är stort. Riktad individuell behandling av urinläckage såsom toaletträning kan förbättra livskvaliteten särskilt hos gamla med åderförkalkning och demenssjukdomar. Om hjälpmedel måste användas skall kunskap finnas hos vårdpersonalen så att för individen rätt anpassat kontinenshjälpmedel väljs.

Vårdpersonal bör noga beakta den inkontinenta patientens behov av toalettnärhet och avskildhet samt iakttaga diskretion. Genom att värdera urinläckagets volymer och frekvens hos patienter kan väl fungerande hjälpmedel utväljas. Där kurativ terapi inte kan ges är det viktigt att patienter som har absorberande hjälpmedel instrueras om god hudvård. Åtgärder som motverkar förstoppning och kronisk hosta bör vidtagas. Vid övervikt bör vikttnedgång uppmuntras och information om lämpliga viktminskningsprogram bör ges.

Att vara patient

Ur patientens synpunkt är det viktigt med god tillgänglighet, gott bemötande och kontinuitet samt effektiv utredning och därav följande information. Ur allmänna samhällssynpunkter är det viktigt med god tillgång på toaletter med god standard. Erbjudna hjälpmedel måste vara av god kvalitet. För närvarande är vårdgarantin när det gäller operativa insatser väsentligen uppfylld.

Att kunna få hjälp och behandling för urininkontinens har mycket stor betydelse för patienterna för att kunna leva ett så aktivt liv som möjligt. Information om möjligheter till behandling är viktig på alla nivåer såsom MVC, primärvården etc. Det är mycket viktigt att ta reda på patientens egen uppfattning om hur inkontinens påverkar hennes livskvalitet. Utebliven behandling leder till högre sjukvårdskonsumtion och andra sekundära sociala kostnader.

Kvalitetsmått

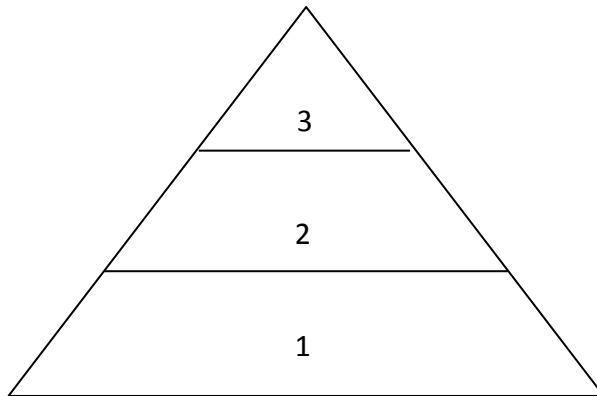
Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller krav på hög kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. I kvalitetstermer innebär god vård att den utmärks av att vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och att den ges i rättan tid.

Vårdkedjan (sid 10) och ansvarsfördelningen mellan olika vårdnivåer som förespråkas i vårdprogrammet kan också följas upp:

- Vårdnivå 1 - att primärvård/gynekologisk öppenvård kan ge tillräckliga utredningsinsatser (genom att följa väntetiderna).
- Vårdnivå 2 - att bäckenbottenmottagningar har utrednings- och behandlingsmöjligheter innefattande uro- och fysioterapeuter.
- Vårdnivå 3 - att bäckenbottenmottagning/team/centra vid sjukhus med slutenvårdsresurs genomför utredningar i multidisciplinärt samarbete och behandlingar i komplicerade fall och hos patienter med försvårade sjukdomar.

Patientflöden finns och ska finnas från både 1 till 2, 1 till 3 och 2 till 3. Terapeuter behövs både vid vårdnivå 2 och 3.

Vårdnivåer



Vårdnivåerna i den här bilden indelas i tre steg

- Vårdnivå 1 = primärvård/gynekologisk öppenvård
- Vårdnivå 2 = inkontinensmottagningar med utrednings- och behandlingsmöjligheter
- Vårdnivå 3 = slutenvårdskirurgi och hög-specialiserad vård i sluten- och öppen vård

Alla patienter behöver tillgång till vårdnivå 1 och inom denna vårdnivå måste ökade utredningsinsatser genomföras. Inom vårdnivå 2 behövs mer uro- och fysioterapeuter samt mottagningstid för detta. Inom vårdnivå 3 förekommer mer specialiserade insatser.

Ekonomiska konsekvenser

Att få fler patienter kontinenta skulle i sig innebära en besparing av kostnader på hjälpmedel så som inkontinensskydd. Det är viktigt att ej fortsätta med onödig behandling av icke symptomgivande bakterieuri. Det är också viktigt att minska ”överförskrivning” av farmakologiska preparat och tekniska hjälpmedel samt att i tid avsluta ej fungerande behandling. Bättre livskvalitet och färre läkar- och andra besök i sjukvården bör medföra minskad kostnad per patient.

Referenser

1. Behandling av urininkontinens. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2000.
2. Sjöberg N-O. Kvinnlig urininkontinens: utredning och behandling. Stockholm: Svensk förenings för obstetrik och gynekologi, SFOG; 1998.
3. Vårdhandboken. Urininkontinens. Stockholm: Inera AB; 2017. Hämtad 2019-06-04 från <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/urinvagar/urininkontinens/>

Fortsatt läsning

1177 - Urininkontinens

<https://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Urininkontinens/>

Janusinfo - Riktlinjer för behandling av urininkontinens

<https://www.janusinfo.se/behandling/expertadsutlatanden/urologi/urologi/riktlinjerforbehandlingavurininkontinens.5.6081a39c160e9b3873180d1.html>

Läkemedelsverket - Urinrängningar och trängningsinkontinens – överaktiv blåsa

<https://lakemedelsverket.se/inkontinens>

Nicola.nu – Kvalitetsprogram - Vuxen blåsa

<https://nikola.nu/kvalitetsprogram/vuxen-blasa/utreda-vuxen-blasa>

SBU - Behandling av urininkontinens

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/behandling-av-urininkontinens/>

Viss.nu - Urininkontinens hos kvinnor

<http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Njurar-urogenital/Urininkontinens-hos-kvinnor/>

