

# Udredningsgraden forud for blebevilling hos urininkontinente kvinder i Ikast Kommune

Bloklæge Sanne Dahm Jørgensen,  
alment praktiserende læge Dorthe Hagensen &  
overlæge Kjeld Leisgård Rasmussen

Lægernes Hus, Afdeling Øst, Ikast, og  
Herning Sygehus, Gynækologisk-obstetriske Afdeling

## Resumé

**Introduktion:** Formålet med undersøgelsen var at belyse, i hvilken grad indehavere af blebevilling i Ikast Kommune var blevet undersøgt forud for bevillingen. Desuden ønskede vi at undersøge, i hvilken grad indehaverne følte sig hæmmet af deres kontinens-tilstand.

**Materiale og metoder:** Via kommunens database blev der identificeret 310 kvinder svarende til 2,7% af kommunens totale kvindelige befolkning som indehavere af en kommunal blebevilling. Disse kvinder modtog primo 2003 et spørgeskema til kvalitering og kvantificering af deres urininkontinens. Efterfølgende blev deres journal hos den praktiserende læge gennemgået med henblik på udredningsgraden forud for blebevillingen.

**Resultater:** I alt 188 spørgeskemaer blev returneret (61%), af disse indeholdt 159 tilstrækkelig mængde data til at kunne indgå i undersøgelsen. 23% havde fået foretaget en gynækologisk undersøgelse (GU) og var blevet undersøgt med urinstiks inden for de nærmeste to år før blebevillingen. De enkelte lægehuse patienter havde fået foretaget GU og var blevet undersøgt med urinstiks forud for blebevillingen i 6-58% af tilfældene. Knapt halvdelen af kvinderne havde ikke forsøgt nogen behandling forud for blebevillingen. 38% af kvinderne følte sig hæmmet af deres urininkontinens. Af dem, som følte sig hæmmet, var 46% blevet undersøgt med GU og urinstiks. Af kvinder under 80 år havde 54% ikke fået lavet en statusattest efter kommunens retningslinjer.

**Diskussion:** Kun en begrænset del af kvinder med en blebevilling og dermed med en moderat til svær urininkontinens var blevet undersøgt. De var muligvis ikke blevet behandlet efter diverse specialselskabers nutidige anbefalinger på området. Det må overvejes, om en lægeundersøgelse bør foreligge som obligatorisk forudsætning, før en blebevilling gives, ligesom blebevillingen bør tages op til revision med jævne mellemrum.

Hjælpemiddelkrævende urininkontinens (UI) hos kvinder er en lidelse med omkostninger på såvel det personlige som på det samfundsøkonomiske plan. I Ikast Kommune, hvor der er cirka 23.000 indbyggere, brugte man i 2001 1.083.980 kr. på inkontinenshjælpemidler. Dansk selskab for almen medicin (DSAM), Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) og Dansk Selskab for Geriatri (DSG) har hver især udarbejdet klaringsrapporter, som omhandler udredning af

denne patientgruppe [1-3]. Det er imidlertid ikke afklaret, i hvilken grad og hvordan disse patienter rent faktisk udredes.

Formålet med denne undersøgelse var at belyse brugergruppen af inkontinenshjælpemidler med hensyn til kontinensstatus og deres udredningsgrad forud for bevillingen. Det overordnede formål var at udpege potentielle indsatsområder, hvor håndteringen af disse patienter kunne forbedres.

## Materiale og metoder

I lov om social service § 97 anføres, at man som borger ydes hjælp til anskaffelse af hjælpemidler ved varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne og derved i væsentlig grad lette den daglige tilværelse [4]. I Ikast Kommune har man desuden vedtaget retningslinjer i forhold til forvaltningen af denne lov således, at hvis man er under 80 år, kræves der en statusattest forud for en blebevilling. Er borgeren over 80 år, gives bevillingen uden statusattest.

Alle kvinder med blebevilling i Ikast Kommune blev identificeret ved hjælp af kommunens database. Der var i kommunen 423 borgere med behov for en eller anden form for hjælpemiddel. Af disse var 310 kvinder med en kommunal blebevilling. Såfremt kvinderne var over 18 år, modtog de primo 2003 et spørgeskema med frankeret svarkuvert. Spørgeskemaet kunne udfyldes med en hjælper, hvis kvinden ikke selv så sig i stand til det. Der blev ikke udsendt rykker. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål, som kvantificerede og kvaliterede brugernes UI (**Figur 1**). Alle praktiserende læger i kommunen var informeret om og indforstået med denne procedure. Lægejournalerne blev gennemgået ud fra et på forhånd fastlagt skema med vægt på de undersøgelser, der var udført forud for blebevillingen (**Figur 2**). Skemaet var hovedsagelig udarbejdet på baggrund af klaringsrapporterne på området [1-3]. Vi definerede undersøgelser foretaget op til to år forud for patientens angivelse af tidspunktet for bevillingen som relevante, da der var en vis usikkerhed i patienternes tidsangivelse. Der fokuseredes som minimum på GU og urinstiks.

I de tilfælde, hvor en sammenligning af data fandtes relevant, er der anvendt  $\chi^2$ -test. Statistisk signifikans blev defineret som 5%.

## Resultater

I alt inkluderedes 310 kvinder, af hvilke 188 returnerede spørgeskemaet (61%). Af de 188 returnerede skemaer måtte 29 ekskluderes; hovedsagelig fordi kvinderne angav, at problemet var løst, at de ikke ønskede at deltage, eller at det overvejende

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Navn: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

**Hvem har evt. hjulpet med udfyldelse af skemaet?**

Navn: \_\_\_\_\_ Stilling: \_\_\_\_\_

1) **Hvad er dit hovedproblem?**

Konstant sivende utæthed.

Utæthed ved hoste eller fysisk aktivitet.

Utæthed ved kraftig vandladningstrang.

Natlig toiletbesøg.

Natlig utæthed.

2) **I hvor mange år har du haft blebevilling?** Antal år \_\_\_\_\_

3) **Hvornår bruger du ble?**

Dag  Nat  Dag og nat

4) **Hvor mange bleer bruger du pr. døgn?**

1-2  3-5  6-8  Mere end 8

5) **Har du brug for hjælp ved toiletbesøg?**  Ja  Nej

6) **Føler du dig hæmmet af din ufrivillige vandladning?**  Ja  Nej

Så du undlader :

Familiebesøg

Sociale aktiviteter med venner

Indkøb

Andet: \_\_\_\_\_

7) **Har der været forsøgt anden behandling af din ufrivillige vandladning?**

Nej

Ja, operation

Ja, medicin

Ja, fysioterapi

8) **Er du tilfreds med den nuværende behandling af din ufrivillige vandladning?**  Ja  Nej

9) **Får du i øvrigt medicin?**  Ja  Nej

Angiv hvilken: \_\_\_\_\_

Figur 1. Spørgeskema om ufrivillig vandladning.

problem var afføringsinkontinens. I den videre analyse indgik der således 159 spørgeskemaer. Aldersfordelingen blandt deltagere og ikkedeltagere ses i **Figur 3**. Der var ikke nogen aldersmæssig forskel på deltagere og ikkedeltagere. Af Ikasts ca. 23.000 indbyggere var 11.414 kvinder. Prævalensen af kvinder med blebevilling var således 2,7% svarende til 25 patienter med blebevilling pr. praktiserende læge. Det viste sig ikke muligt at klassificere inkontinensstypen med tilstrækkelig sikkerhed ud fra anamnesen i journalen. I **Tabel 1** vises udredningsgraden forud for blebevillingen. Under en fjerdedel var udredt med både GU og urinstiks. Udredningsgraden med hensyn til GU og urinstiks mellem de enkelte lægehuses patienter varierede fra 6% til 58%. I **Tabel 2** vises, hvilke behandlingstiltag, der havde været iværksat. I knap halvdelen af tilfældene var der ikke angivet nogen forudgående behandling. I **Tabel 3** ses, hvor stor en del af kvinderne, som aktuelt følte sig hæmmet af deres UI. Godt en tredjedel følte sig hæmmet i dagligdagen. I **Tabel 4** vises sammenhængen mellem udredningsgrad og hæmning i dagligdagen. Signifikant flere, der følte sig hæmmet, var udredt med såvel GU som urinstiks,

Læge \_\_\_\_\_

**Patientnavn:** \_\_\_\_\_ **CPR:** \_\_\_\_\_

**Statusattest?**  JA  NEJ **Dato:** \_\_\_\_\_

Er det egen læge som har været involveret i evt. inkontinensudredning?  
 JA  NEJ

**Udredning:** Er der udført ...?

GU  Urin us.  Vandladningsskema  Residualurin

**Almen tilstand:**

Klarer sig i eget hjem

Plejehjem/beskyttet bolig

**Systemiske lidelser:**

Kardialt: \_\_\_\_\_  Pulmonalt: \_\_\_\_\_

Cerebralt: \_\_\_\_\_  Bevægeapp.: \_\_\_\_\_

Andet: \_\_\_\_\_

**Behandling:**

Hormon:  Lokalt  Systemisk  Vanddrivende

Detrusitol/spasmolyt/cetiprin  Cystitprofylakse (>1 md.)

Inkontinensoperation:  JA  NEJ **Angiv type:** \_\_\_\_\_

Gynækologisk kirurgi:  JA  NEJ **Angiv type:** \_\_\_\_\_

Medicin i øvrigt: \_\_\_\_\_

Figur 2. Inkontinensspørgeskema.

men omvendt havde under halvdelen af kvinderne, som følte sig hæmmet, fået foretaget disse undersøgelser. I **Tabel 5** ses, hvor stor en del af brugergruppen, der havde fået lavet en statusattest. I aldersgruppen under 60 år havde 46% ikke fået lavet en sådan attest.

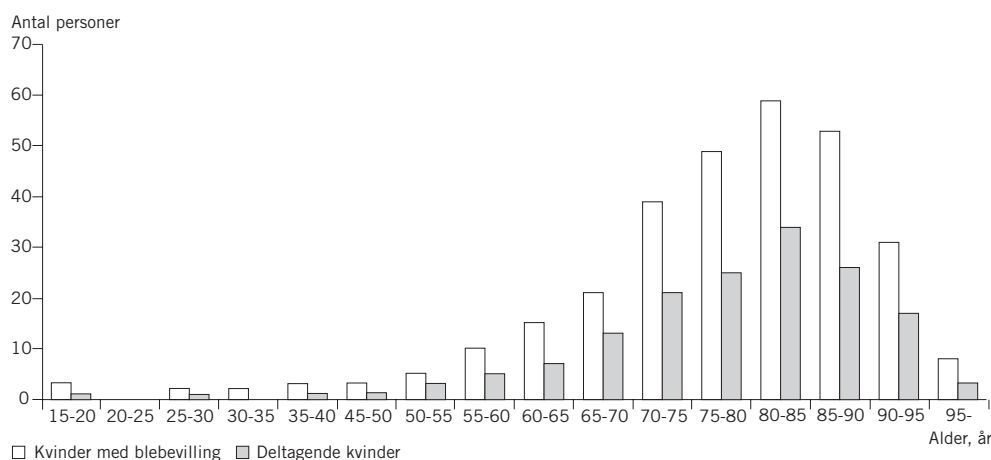
## Diskussion

Der foreligger ikke danske opgørelser over de samlede udgifter ved konservativ behandling af UI hos kvinder. I en svensk opgørelse fra 1996 fandt man imidlertid, at de samlede nationale udgifter til behandling af UI var på 2,8-4,4 mia. SEK, hvor over 90% af forbruget relateredes til primærsektoren [5, 6].

Prævalensen af UI hos kvinder afhænger af såvel den accepterede definition og sværhedsgrad som den undersøgte baggrundspopulation. *Lam et al* fandt i 1987 en periodeprævalens i baggrundsbefolkningen på 17% [7]. I lande, som vi sædvanligvis sammenligner os med, angives 25-58% af alle kvinder at lide af en eller anden form for ufrivillig urinlækage, mens moderat til svær UI rapporteredes af op til 7% af alle kvinder over 20 år i en norsk undersøgelse [8-10]. Kun en fjerdedel af disse havde kontaktet deres egen læge med problemet [8]. Årsagen til ikke at gøre dette var oftest accept af UI som et aldersfænomen, manglende tiltro til at behandling var mulig, eller at kvinden anså problemet for at være for beskedent at besvare lægen med [8].

Håndteringen af UI i almen praksis er belyst fra forskellige

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 3. Aldersfordeling blandt deltagende og ikkedeltagende kvinder med blebevlilling i Ikast Kommune.

sider. *Sanvik & Hunskar* kunne ikke vise, at behandling og udredning af UI hos kvinder afhang af lægens køn, kandidat- eller praksis' placering i land- eller byområde [11]. Derimod var der en ikkesignifikant tendens til, at erfarne kvindelige læger havde større ambitionsniveau på deres patienters vegne [11]. I en irsk interviewundersøgelse fra 1998 viste man, at praktiserende læger havde en god fornemmelse for omfanget af UI, men fandt problemet vanskeligt at behandle i almen

praksis [12]. *Lose et al* konkluderede efter en spørgeskemaundersøgelse af praktiserende læger, at interessen for UI var moderat, håndteringen præget af høj viderehenvisningsgrad, og at de adspurgte praktiserende læger ikke mente, at deres viden om emnet var tilstrækkelig [13].

Betydningen af UI for livskvaliteten er beskrevet i flere undersøgelser. Flertallet af disse viste, at UI i høj grad påvirker livskvaliteten og aktivitetsniveauet, mens enkelte forfattere fandt, at kvinder kan have livskvalitet lig baggrundsbefolkningen trods UI [14, 15].

En undersøgelse med tilnærmelsesvis samme design som vores blev gennemført i 1993 i Bergen og to landkommuner i det vestlige Norge [16]. Kvinder, som havde fået en blebevlilling, blev interviewet, og efterfølgende modtog deres praktiserende læge et spørgeskema om udredningsgraden. Hos 54% af de involverede kvinder var der gennemført GU, og hos 73% var der gennemført urinundersøgelse, men der var stor diskrepans mellem patienternes og lægernes opfattelse af, hvilke undersøgelser og behandlinger der var foretaget [16]. I flere danske klaringsrapporter anbefales det samstemmende, at kvinder med UI basalt bør udredes med GU, urinundersøgelse og eventuelt vandladningsskema [1-3]. Residualurin-

Tabel 1. De foretagne undersøgelser forud for blebevillingen i forhold til alderen. Hver patient kan have fået foretaget flere undersøgelser. Der vises kvindens alder på tidspunktet for undersøgelsen, hvorfor hun har været yngre på bevillingstidspunktet. I parentes procent af n.

Udredningsgrad	18-59 år n=13	60-79 år n=66	≥80 år n=80	Total n=159
Gynækologisk undersøgelse (GU)	7 (54)	24 (36)	17 (21)	48 (30)
Urinstiks	6 (46)	24 (36)	18 (23)	48 (30)
Vandladningsskema	4 (31)	10 (15)	2 (3)	16 (10)
Residualurinmåling	4 (31)	9 (14)	4 (5)	17 (11)
GU og urinstiks	5 (38)	20 (30)	13 (16)	38 (24)
Ingen undersøgelser	4 (31)	35 (53)	58 (73)	97 (61)

Tabel 2. Den i journalen anførte behandling forud for blebevillingen. I parentes procent af n. Hver patient kan være registreret mere end et sted.

	18-59 år n=13	60-79 år n=66	≥80 år n=80	Total n=159
Lokal hormonbehandling	1 (8)	9 (14)	12 (15)	22 (14)
Systemisk hormonbehandling	4 (31)	16 (24)	14 (18)	34 (21)
Cystitprofylakse	0 (0)	0 (0)	4 (5)	4 (3)
Spasmolytikum	4 (31)	12 (18)	10 (13)	26 (16)
Operativ behandling	1 (8)	12 (18)	5 (6)	18 (11)
Ingen behandling anført	7 (54)	27 (41)	36 (45)	70 (44)

Tabel 3. Kvindernes opfattelse af, om de aktuelt var hæmmet eller ej, fordelt på de enkelte aldersgrupper. Der vises kvindens alder på tidspunktet for undersøgelsen, hvorfor hun har været yngre på bevillingstidspunktet. I parentes procent af n.

Aktuelt hæmmet?	18-59 år n=13	60-79 år n=66	≥80 år n=80	Total n=159
Ja	5 (38)	25 (38)	31 (39)	61 (38)
Nej	8 (62)	36 (55)	46 (58)	90 (57)
Ubesvaret	0 (0)	5 (8)	3 (4)	8 (5)

Tabel 4. Antallet af kvinder, som enten har fået foretaget såvel gynækologisk undersøgelse (GU) som urinstiks eller hverken har fået foretaget GU eller urinstiks set i forhold til, om kvinden angiver sig hæmmet eller ej. I parentes procent af n.

Udredning	GU og urinstiks	Ingen GU eller urinstiks
Hæmmet <sup>a</sup> n = 51	20 (39)	31 (61)
Ikkehæmmet <sup>a</sup> n = 80	17 (21)	63 (79)

a) Hæmmet vs. ikkehæmmet:  $p < 0,05$ ,  $df = 1$ .

Tabel 5. Statusattest eller ej set i forhold til kvindens alder. Der vises kvindens alder på tidspunktet for undersøgelsen, hvorfor hun har været yngre på bevillingstidspunktet. I parentes procent af n.

Statusattest?	18-59 år n=13	60-79 år n=66	≥80 år n=80	Total n=159
Ja	7 (54)	27 (41)	7 (9)	41 (26)
Nej	6 (46)	39 (59)	73 (91)	118 (74)

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

måling anbefales tidligt i forløbet hos geriatriske patienter [3]. Hos ældre og svækkede patienter skal der dog tages hensyn til patienternes fysiske og mentale formåen, når et udredningsprogram sammensættes [3].

I vores undersøgelse, som er udført på alle kvinder med blebevilling i en mellemstor dansk kommune, fandt vi, at 2,7% af den kvindelige befolkning havde en sådan bevilling, og at udredningsgraden forud for bevillingen varierede betydeligt. Dette er i overensstemmelse med *Sandvik & Hunskaars* resultater [16]. Overraskende få var udredt med basale undersøgelser som GU og urinstitiks, og kun omkring halvdelen havde forsøgt nogen form for behandling. At kvindernes livskvalitet ofte var påvirket, dokumenteredes indirekte af, at en tredjedel angav sig hæmmet i dagligdagen. Disse hæmmede kvinder var udredt mere, end de ikkehæmmede kvinder var, men dog havde kun halvdelen fået foretaget basale undersøgelser. Denne varierende og begrænsede undersøgelsesgrad kan skyldes flere faktorer. For det første havde kun en fjerdedel af alle de deltagende kvinder fået lavet en statusattest, hvorved egen læge nødvendigvis var blevet bekendt med kvindens vandladningsproblemer. For det andet var en stor del af kvinderne ældre og/eller svækkede, hvorfor man i henhold til de beskrevne retningslinjer [3] kan have fundet det hensigtsmæssigt med et begrænset undersøgelses- og behandlingsprogram. For det tredje viste den store variation i den foretagne udredning lægerne imellem, at der er en reel forskel på, hvilke undersøgelser den enkelte læge foretager. Resultaterne af vores undersøgelse belyste dog ikke eventuelle forskelle i patientpopulationernes sammensætning i de enkelte lægehuse. Undersøgelsesdesign har heller ikke gjort det muligt at afdække, hvorfor kun halvdelen af de kvinder, som angav sig hæmmede, havde fået foretaget basale undersøgelser. Manglende kontakt til egen læge på baggrund af de tidligere nævnte faktorer [8] gør sig muligvis gældende også i vores materiale.

I en undersøgelse som denne er der flere mulige fejlkilder, der skal tages højde for. Mange af deltagerne var svækkede og havde fået en hjælper til at udfylde skemaet. Tabu omkring UI kan således have ført til en underestimering af problemets omfang, ligesom enkelte af spørgsmålene kan være misforstået. Desuden er gennemgangen af lægejournalerne forbundet med usikkerhed. Vi valgte en toårsgrænse forud for blebevillingen, hvis en undersøgelse skulle klassificeres som relevant, men patienternes tidsangivelse for blebevillingen var lejlighedsvis unøjagtige. Den undersøgte periode strakte sig desuden over en årrække, hvor anbefalingerne for udredning af kvinder med UI har ændret sig betydeligt. Den relativt høje svarprocent og deltagelse af alle kommunens lægehuse styrker dog undersøgelsens validitet.

Med disse forbehold kan det konkluderes, at kvinder med blebevilling i Ikast Kommune er undersøgt og behandlet i varierende og begrænset omfang. Kommunens egne retningslinjer med statusattest før en blebevilling gives, er ikke altid fulgt. Tilsyneladende er ikke alle med blebevilling blevet un-

dersøgt og behandlet efter de nugældende anbefalinger for denne patientgruppe. Det må overvejes at kræve en lægekontakt forud for alle blebevillinger uanset patientens alder, såfremt patientens tilstand tillader dette. Desuden bør blebevillingen tages op til fornyet overvejelse med regelmæssige mellemrum eller som minimum ved et ændret behov.

Korrespondance: *Kjeld Leisgård Rasmussen*, Glænsøvej 10, Skovsborg, DK-8620 Kjellerup. E-mail [kjeldlr@dadlnet.dk](mailto:kjeldlr@dadlnet.dk)

Antaget: 12. maj 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Undersøgelsen har modtaget støtte fra Kvalitetsudviklingsudvalget, Ringkjøbing Amt.

## Litteratur

1. Bisgaard AT, Jensen G, Schjødt AV et al. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2000;162:(suppl 1).
2. Lose G, Andersen JT, Nielsen JB et al. Udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder. *Ugeskr Læger* 2001;163:(suppl 12).
3. Sanders SC, Kirchoff M, Jensen G et al. Klinisk vejledning i udredning og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter. *Ugeskr Læger* 2001;163:(suppl 10).
4. Bekendtgørelse om ydelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter servicelovens §§97 og 98. [http://www.retsinfo.dk/\\_GETDOCI\\_/ACCN/A20030076429-REGL/\\_sept 2003](http://www.retsinfo.dk/_GETDOCI_/ACCN/A20030076429-REGL/_sept 2003).
5. Milsom I, Fall M, Ekelund P. Urininkontinens – en kostnadskrævende folksjukdom. *Läkartidningen* 1992;89:1772-4.
6. Møller LMA, Lose G. Kan den økonomiske og faglige ressourceanvendelse ved udredning og behandling af urininkontinens optimeres? *Ugeskr Læger* 2001;163:5172-5.
7. Lam GW, Foldspang A, Elving LB et al. Urininkontinens blandt kvinder i alderen 30-59 år. *Ugeskr Læger* 1990;152:3244-6.
8. Reymert J, Hunskaar S. Why do only a minority of perimenopausal women with urinary incontinence consult a doctor? *Scand J Prim Health Care* 1994;12:180-3.
9. Seim A, Sandvik H, Hermstad R et al. Female urinary incontinence – consultation behaviour and patient experiences: an epidemiological survey in a Norwegian community. *Fam Pract* 1995;12:18-21.
10. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-7.
11. Sandvik H, Hunskaar S. Doctors characteristics and practice patterns in general practice: an analysis based on management of urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 1990;8:179-82.
12. Grealish M, O'Dowd TC. General practitioners and women with urinary incontinence. *Br J Gen Pract* 1998;48:975-8.
13. Lose G, Jakobsen AT, Madsen H et al. Alment praktiserende lægers viden om og holdninger til undersøgelse og behandling af kvinder med urininkontinens. *Ugeskr Læger* 2001;163:5183-8.
14. Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G et al. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1051-5.
15. Lagro-Jannsen TLM, Smits AJA, van Weel C. Women with urinary incontinence: self-perceived worries and general practitioners' knowledge of problem. *Br J Gen Pract* 1990;40:331-4.
16. Sandvik H, Hunskaar S. General practitioners management of female urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 1995;13:168-74.