

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:78

Kartläggning av praxis vid förskrivning av hjälpmedel vid urininkontinens

En jämförande studie mellan primärvård och hemsjukvård
i Västra Götalandsregionen

Enkätstudie

LILLIAN ALNÄS

CAMILLA LEHMANN



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Kartläggning av praxis vid förskrivning av hjälpmedel vid urininkontinens. En jämförande studie mellan primärvård och hemsjukvård i Västra Götalandsregionen. Enkätstudie.

Författare: Lillian Alnäs
Camilla Lehmann

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska

Handledare: Lena Hedén

Examinator: Johan Herlitz

Sammanfattning

Urininkontinens påverkar människors livskvalitet negativt, människor lider i det tysta vilket medför att det är ett dolt folkhälsoproblem som kostar samhället många miljarder kronor årligen. Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2008:1, 9§) bör patienter med urininkontinens individuellt utredas, bedömas och följas upp för att möjliggöra en god vård. Rätt diagnos ska kunna påvisas genom individuell utredning där kartläggning av besvär möjliggör behandling. Förskrivare av hjälpmedel vid urininkontinens har till uppgift att påbörja utredning och vid behov kontakta läkare och uroterapeut samt utvärdera om de förskrivna artiklarna fungerar optimalt. Ansvar åligger verksamhetschefer att rätt kompetens finns på en arbetsplats och att fortbildning erbjuds men även att praxis vid förskrivning av hjälpmedel följs via de aktuella riktlinjer, handlingsplaner och vårdprogram som råder inom regionen. Inkontinensombud ska informera medarbetarna om gällande rutiner kring omvårdnad, behandling och bistå med kunskap. Syftet med studien är att kartlägga praxis vid förskrivning av urininkontinenshjälpmedel och om det skiljer sig åt i primärvård respektive hemsjukvård. Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie med induktiv ansats där pappersenkät användes som datainsamlingsmetod. Resultatet visar att praxis avviker från de instruktioner som Socialstyrelsen och NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting) ger. Det finns kunskapsluckor om individuell utprovning i både primärvård och hemsjukvård, dock till viss fördel för primärvården. Slutsatsen är att riktlinjerna som Socialstyrelsen föreslagit inte följs och de blanketter som finns används inte i tillräckligt hög grad. Inkontinensombud saknas och det råder en osäkerhet om vad ett ombud är. Det finns stora vinster med att organisationerna ser över gängse rutiner beträffande riktlinjer kring urininkontinens utifrån hållbar utveckling. Författarna anser att ett förbättringsarbete inom primärvård (PV) och hemsjukvård (HSV) bör påbörjas eftersom problemen kommer att tillta när befolkningen ökar och samtidigt blir äldre.

Nyckelord: Urininkontinens, folkhälsoproblem, förskrivning, enkätstudie, blöjvägning, individuell utredning

Förord:

Vi vill först och främst tacka Er *våra familjer* för det oändliga tålamod ni haft med oss under hela perioden då vi skrivit vår magisteruppsats. Alla de stunder när vi varit frånvarande både i sinnet och i vår fysiska närvaro. Tack för ert stöd! NU kan vi leka igen!

Vi vill även tacka:

Samtliga som deltog och gjorde det möjligt för oss att skriva denna magister.

Lise-Lotte Jonasson på sektionen för vårdvetenskap för all pepp på vägen och för att du trott på oss och vårt ämne.

Bo G Eriksson, för att du hjälpte oss när vi kände bottenlös hopplöshet. Du fick oss att strukturera vårt arbete med all statistik när ingen tycktes kunna hjälpa oss. Tack för de gånger du tog dig tid till att komma och sitta med oss på stadsbiblioteket. Utan dig hade vi inte fixat detta.

Vår examinator *Johan Herlitz*. Tack för din hjälp med sista putsen på arbetet. Den slutgiltiga "finishen" är mycket tack vare dig. Det är en ära för oss att få ha dig som examinator.

Nils "Nisse" G Pehrsson. Att en statistiker kunde vara så charmig visste vi inte. Tack för att du tog dig tid att träffa oss, för all hjälp med metod delen och att få våra tabeller att bli proffsigt snygga.

Kärlek till er alla och stort TACK!

Camilla & Lill

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Urininkontinens	2
Urininkontinensdiagnoser	3
Olika befattningars ansvar i förskrivningsprocessen	4
Individuell utredning vid urininkontinens	5
Förskrivning av hjälpmedel vid urininkontinens	5
Individuell utprovning av hjälpmedel vid urininkontinens	5
Vårdvetenskapligt perspektiv	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
Design	7
Deltagare	7
Datainsamling	7
Enkät	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Individuell utredning enligt Socialstyrelsens rekommendationer vid UI	11
Blöjvägningstester	13
Finns urininkontinensombud på arbetsplatserna	14
Tid, kunskap, utbildning, engagemang och roll	14
Förskrivarnas tankar kring kostnadseffektivitet	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Individuell utredning enligt Socialstyrelsens rekommendationer vid UI	18
Finns urininkontinensombud på arbetsplatserna	20
Tid kunskap, utbildning, engagemang och roll	20
Skiljer förskrivning av inkontinenshjälpmedel åt mellan PV och HSV	21
Förskrivning av hjälpmedel vid UI i relation till hållbar utveckling	21
SLUTSATS	24
Framtida forskning	25
REFERENSER	26
BILAGOR	32

INLEDNING

Studien belyser urininkontinens (UI) som är ett dolt folkhälsoproblem för drygt en halv miljon människor i Sverige. Distriktssköterskor möter regelbundet personer i samhället som har urininkontinens vilket kräver en samlad holistisk kunskap om vårdandets alla delar oavsett om det är inom primärvården eller hemsjukvården. En av många arbetsuppgifter som utförs regelbundet av distriktssköterskor är att förskriva hjälpmedel vid urininkontinens. De olika yrkeskategorier som har behörighet till att förskriva inkontinensprodukter innehar legitimation som till exempel läkare, barnmorskor, uroterapeuter, stomiterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och distriktssköterskor.

I Sverige finns inga nationella riktlinjer vid förskrivning av inkontinensprodukter vilket medför att förskrivningsprocessen kan se olika ut beroende på var man bor i Sverige (Babra 2015). De olika huvudmännen (kommun och landsting) kan däremot utgå från ett nationellt nätverk som samarbetar med Socialstyrelsen inom inkontinensområdet, NIKOLA. Deras syfte är att nationellt driva fram utvecklingen inom inkontinensområdet för att på så vis öka kvalitet och status från ett samhällsekonomiskt perspektiv för samtliga drabbade (Babra 2015; Socialstyrelsen 2013). Distriktssköterskor med förskrivningsrätt av inkontinens hjälpmedel har en betydelsefull funktion för att skapa en hållbar utveckling miljömässigt, ekonomiskt och socialt. Kunskap hos förskrivare medför att den enskilde individen upplever ökad trygghet och minskat lidande (Dahlberg & Segersten 2010).

BAKGRUND

Studien belyser urininkontinensområdet och förskrivningsprocessen och har en vårdvetenskaplig inriktning. I följande avsnitt beskrivs urininkontinens och dess diagnoser, ansvarsområden i förskrivningsprocessen, individuell utredning, förloppet vid förskrivning och individuell utprovning av hjälpmedel vid UI.

Urininkontinens

International Continence Society's (ICS) definition av urininkontinens är när en person har ett omfattande urinläckage som leder till problem (Abrams, Gardonzo, Fall, Griffiths, Rosier och Ulmsten 2002). Det är vanligt förekommande och eftersom de drabbade ofta upplever skamkänsla är det många som inte talar om sitt handikapp vilket medför att det blir ett dolt problem (Papanicolaou, Hunskaar & Sykes 2005; 5th Global forum on incontinence 2014). Urininkontinens blir ett handikapp när det påverkar livskvalitén samt det sociala umgänget (Abrams, Cardozo & Wein 2014). Samhällets negativa syn på UI medför att människor som drabbas kan få en rad negativa känslor mot sig själva och sitt problem (Payne 2015). Osäkerhet, missuppfattningen att det är något normalt när man åldras eller uppstår efter en svår förlossning eller prostata behandling är vanligt. Den drabbade kan hamna i en ofrivillig social isolering med låg självkänsla och till och med depression där känslan av att bli beroende av andra ökar (Edgley 2002; Broom 2003; Avery, Braunack-Mayer, Stocks, Taylor och Duggan 2013; 5th Global forum on incontinence 2014). Många egenvårdar sig själva och handlar inkontinensskydd i daglig varuhandel i stället för att söka hjälp hos hälso- och sjukvården (SBU 2013).

Nätverket NIKOLA (Nationella kvalitetsregistret Senior Alert 2015) har sedan år 2000 arbetat med att samla kunskap om inkontinensområdet. Senior Alert (2013) menar att blåsdysfunktion är ett stort folkhälsoproblem då det leder till att minst 1 % av befolkningen drabbas årligen och att det även medför allvarliga konsekvenser för samhället och befolkningen. Enligt Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU 2013) besväras cirka 500 000 personer i Sverige av UI och det kostar samhället cirka 3,4 - 5,4 miljarder kronor årligen (2012 års konsumentprisindex). Denna kostnad kommer i framtiden att stiga då medellivslängden ökar. Strategier saknas för utbildning och kompetenshöjning inom inkontinensområdet. Kraven för att förskriva hjälpmedel är inte angivna och rekommendationer när uroterapeuter ska kontaktas saknas (SBU 2013, ss. 23, 129). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763 2§) ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven för en god vård. Detta innebär att den särskilt ska byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Socialstyrelsen (2014) har tillsammans med Nikolanätverket och Senior Alert tagit fram ett kunskapsunderlag samt olika kvalitetsindikatorer kring blåsfunktionsstörning (tömningsproblem, urinläckage och trängningar). Det finns för närvarande sex olika områden i Senior Alert och dessa är: fall, trycksår, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion/inkontinens och rehabilitering (Nationella kvalitetsregistret Senior Alert 2015). Blåsdysfunktion/inkontinens tillkom i Senior Alert år 2014 (Socialstyrelsen 2014, s. 1). Enligt Socialstyrelsen (2011) leder Senior Alert registret till ett evidensbaserat salutogent arbetssätt (där man utgår från de resurser patienten har) och

genom kommunernas anslutning till registret finns nu en likriktad nationell uppföljning inom området blåsdysfunktion/inkontinens. Bäckebottenträning och viktminskning kan förebygga en framtida inkontinens. Behandling enligt Senior Alert (2013) innebär: toalettassistans (vilka tider går personen på toaletten och toalettschema), vaneträning, uppmärksamhetsträning (genom uppmuntran, påminnelser och att göra personen medveten om problemet), schemalagda toalettbesök samt individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel utifrån individens behov.

Statens Beredning för medicinsk och social utredning anser att det finns ett stort behov av studier som fokuserar kring att förebygga, lindra eller bota UI (SBU 2013). Det är en flerdimensionell och komplex situation där den drabbade inte lutar på sin kropp och på grund av detta använder sig av olika strategier för att få kontroll över sin situation. Påverkan sker på många plan: socialt, kulturellt, fysisk aktivitet, arbetsliv och partnerskap vilket är något som ses vid många kroniska sjukdomar (Hayder & Schnepf 2015). Patientperspektivet är centralt i allt vårdande. En fungerande patientcentrerad vårdrelation är en förutsättning för att kunna erbjuda god vård vilket leder till ett minskat lidande för den enskilde individen (Dahlberg 2010).

Urininkontinensdiagnoser

Att fastställa vilken urininkontinensdiagnos den enskilde individen har är en förutsättning enligt Abrams et al. för att kunna hjälpa personen på ett optimalt vis. De olika formerna av urininkontinens som finns är: ansträngnings- (stressinkontinens), trängningsinkontinens (överaktivblåsa) samt blandinkontinens som är en kombination av de två förstnämnda. Vidare finns neurogen blåsrubning, iatrogen inkontinens, överrinningsinkontinens, idiopatisk inkontinens och missbildningar (Abrams et al. 2002). De tre vanligaste formerna är ansträngningsinkontinens, trängningsinkontinens och blandinkontinens. Orsaken till *ansträngningsinkontinens* är ett ökat buktryck och kan märkas i samband med hosta, nysning, hopp med mera (Hannestad, Rortveijt & Hunskar 2002). Anledningen till en försvagad bäckenbotten kan vara övervikt, långvariga förstoppningar, gynekologiska operationer, graviditeter, förlossningar och nedsatt rörlighet (Vårdhandboken 2015). När östrogennivån sjunker sker förändringar som påverkar kontinens och miktion. Både i urinröret och i vaginan blir slemhinnan tunnare och sämre vaskulariserad (Västra Götalandsregionen 2009). För män är ansträngningsinkontinens ovanligt men kan uppkomma vid prostataoperation eller missbildningar (Vårdhandboken 2015). Viktminskning är en betydelsefull livsstilsåtgärd vid övervikt hos de som har drabbats av ansträngnings-, trängnings- eller blandinkontinens (Subak et al. 2009). Hos kvinnor kan ett samband ses mellan barn och ungdomar som har besvär med nattliga trängningar (nocturi) även får vuxeninkontinens (Fitzgerald et al. 2006).

Trängningsinkontinens innebär trängningar med eller utan urinläckage där mängden läckage kan variera (Hannestad et al. 2002). Symtom vid trängningsinkontinens är att personen har behov av att tömma blåsan mer än åtta gånger per dygn utöver nocturi där en gång per natt är normalt (Abrams et al. 2002). Svårighetsgrad vid UI beräknas på mängd och frekvens av läckaget samt delas in i tre olika grupper: lätt, medel och svår. Urinläckaget hos många kvinnor är så stort att de önskar behandling men endast en av fyra söker hjälp, detta på grund av att de ser problemet som något normalt (Hannestad et

al. 2002). Kvinnor löper större risk att drabbas av UI om deras mödrar eller systrar är urininkontinenta (Hannestad et al. 2004).

Blåsdysfunktion är ett nytt begrepp inom UI. Det är mer omfattande och beskriver tömningsproblem, urinläckage samt trängningar. Begreppen blåsdysfunktion och UI används vid olika studier beroende på hur omfattande symtomen är (Socialstyrelsen 2014, s. 1). Det är av betydelse att identifiera de bakomliggande orsakerna till blåsdysfunktion. Orsaker till blåsdysfunktion kan vara nedsatt kognitiv förmåga, läkemedelsbiverkningar, förflyttningssvårigheter och hos kvinnor östrogenbrist (Senior Alert 2013).

Olika befattningars ansvar i förskrivningsprocessen

Verksamhetschefen eller den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att anställa personal med rätt kompetens och att erbjuda fortbildning beträffande kunskap, författningar, riktlinjer och föreskrifter, vårdprogram samt lokala rutiner inom inkontinensområdet (SOSFS 2008:1; Västra Götalands Regionservice 2013). Verksamhets- och sektionschefer bör se över om riktlinjer och vårdprogram följs och att avvikelser diskuteras (Socialstyrelsen 2009). Läkare ska i samråd med sjuksköterska utreda och behandla patienter med urininkontinens. Urininkontinensombudet ska ge information till medarbetare gällande rutiner kring omvårdnad och behandling samt föra en diskussion med ansvarig sjuksköterska för att ta upp de problem och möjligheter som finns (Västra Götaland Regionservice 2011, s. 3).

Primärvårdssköterskorna i Nederländerna upplever enligt Albers-Heitner et al. (2011) att de är kompetenta att ge råd och information samt att ge omvårdnad och vägledning till patienter som drabbats av UI. De anser att de kompletterar de allmänpraktiserande läkarna i primärvården. Specialistsköterskor upplever att läkarna ibland saknar intresset för UI. Förutsättningar för en god och effektiv vård av patienter med UI är att sjuksköterskor har en personlig kontakt med läkarna, får tillräckligt med tid, lämpliga verktyg och de finansiella resurser som krävs. Specialistsköterskor i primärvården värdesätter kontinuerlig utbildning och återkoppling med läkarna under den dagliga vården med dessa patienter. För att tillgodose detta krävs att lämplig utbildning identifieras och att de får handledning. De känner sig i regel mycket uppskattade av både patienter och allmänläkare. Däremot framgår det i en engelsk studie från år 2006 att stödet från läkarna till de förskrivande sjuksköterskorna var bristfälligt i samband med förskrivning (Hall, Cantrill & Noyce 2006).

I Sveriges hemsjukvård har sjuksköterskan en samordnande funktion när en person skrivs in. Bland äldre personer med urininkontinens kan risk för fallskador vara en av de faktorer som bör observeras. Det innebär att det kan behövas extra resurser till den person som ofta behöver gå på toaletten. Det är av betydelse att utreda samt behandla orsaken till detta. Miktionsschema kan vara till god hjälp vid utredning. För att uppnå optimal vård kan teamarbete vara att föredra. I teamet inkluderas hemtjänst, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare och sjuksköterska (Drevenhorn 2010, ss. 114-127).

Individuell utredning vid urininkontinens

Enligt Socialstyrelsen (2014) ska en basal utredning, det vill säga en individuell utredning, ligga till grund för framtida insatser och åtgärder hos en person som drabbats av UI. Om en ny utredning planeras räcker det med en uppföljning, förutsatt att en individuell utredning är genomförd. I en individuell utredning bör anamnes och status, vätske- och miktionslista, läckagemätning, kontroll av residualurin samt kartläggning av blåstömningsmönster ingå. Samtliga undersökningar behöver inte alltid ingå utan utredningen planeras tillsammans av patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Att utesluta medicinsk orsak till blåsdysfunktion är betydelsefullt och konsultation av läkare kan bli nödvändig för vidare utredning av exempelvis prostatan och/eller gynekologisk undersökning och urin-blodprover för att utesluta andra orsaker till att man blivit urininkontinent. Förutom att ta reda på orsaker till urininkontinens ska den individuella utredningen även kartlägga graden av besvär så att rätt behandling på rätt vårdnivå kan startas. Tre huvudgrupper av diagnoser kan urskiljas genom en individuell utredning enligt Västra Götalandsregionen (2009): ansträngningsinkontinens, trängningssymtom med eller utan läckage och blandinkontinens. Därefter kan kompletterande undersökningar göras om behov finns (Västra Götalandsregionen 2009).

Förskrivning av hjälpmedel vid urininkontinens

Det är förskrivaren som påbörjar inkontinensutredningen på patienten, kontaktar läkare eller uroterapeut för vidare utredning om det behövs samt påbörjar behandling, informerar patienten, de närstående och personal om hur utredning och behandling görs. Därefter ska förskrivaren prova ut, förskriva, utvärdera och även ansvara för uppföljning av förskrivna artiklar. Att förmedla sin kunskap till medarbetare samt att vara uppdaterad i problemområdet är betydelsefullt. Vid flera alternativ av produkter ska patienten få möjlighet att påverka valet av hjälpmedel. Hänsyn tas till nytta och den kostnad som föreligger (Västra Götalandsregionen 2015).

Individuell utprovning av hjälpmedel vid urininkontinens

Den individuella utprovningen innebär en kartläggning av individens behov av inkontinenshjälpmedel där läckagemätning genomförs under minst 48 timmar och där mätning av urinmängd och vätskeintag ingår. För att veta om det är rätt inkontinensskydd så ska blöjan vägas före och efter användandet där klockslag för byte och eventuella kommentarer såsom läckage vid sidan av skyddet dokumenteras. Detta är ett underlag inför förskrivningen av lämplig inkontinensprodukt samt mängd av skydd som kommer att användas under ett dygn. Övriga faktorer som beaktas är den enskildes känsla av komfort, livsstil, kroppsform och hudhälsa (Socialstyrelsen 2014, ss. 4-5).

Vårdvetenskapligt perspektiv

Det är betydelsefullt att förstå personens livsvärld i relation till lidande, sjukdom och hälsa istället för att enbart fokusera på diagnoser och problem. Genom att ha en dialog med personen och få denne delaktig kan ett jämlikt förhållande skapas (Svensk sjuksköterskeförening 2008, s.12). Kommunikation är sjuksköterskans viktigaste redskap och det är betydelsefullt att sjuksköterskan har den kunskap och den insikt som

krävs för att tillgodose och identifiera den sjukes behov samt att ha en medmänsklig dimension (Kirkevold 2000, ss. 136-138). Vårdvetenskap utvecklar kännedom om vårdandet för många olika yrkesgrupper. Den innefattar teori, metod och teknik om vårdandet och de insatser som krävs för att tillgodose de behov som rör personers hälsa, ohälsa och vård i alla sammanhang och omgivningar (Andersson & Ejlertsson 2009, s. 88). Därför hamnar denna studie inom vårdvetenskapens ramar. Distriktssköterskans möten med personer i samhället som drabbats av urininkontinens kräver en samlad holistisk kunskap om vårdandets alla delar. Distriktssköterskan ska vara grundligt insatt i tillvägagångsätt och utöva ett hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå för hela populationen och ha fördjupade kunskaper om bland annat medicintekniska produkter och hjälpmedelsanvändning (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008).

PROBLEMFORMULERING

Urininkontinens är ett folkhälsoproblem i samhället som stiger med ökad ålder, men kan drabba människor i alla åldrar och medföra lidande för patienten. Det kostar samhället årligen cirka 3,4 - 5,4 miljarder kronor. I framtiden kommer denna kostnad att stiga då medellivslängden ökar. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer (2014) bör förskrivning av inkontinenshjälpmedel föregås av individuell utprovning. Kunskapsbrist hos förskrivare som medför felaktig förskrivning av inkontinensprodukter leder till ökat lidande för patienter med urininkontinens. Genom egna erfarenheter i primärvård och hemsjukvård har vi noterat att förskrivningsprocessen vid urininkontinens skiljs åt och att Socialstyrelsens rekommendationer inte följs. Standardiserade blanketter från NIKOLA används inte, blöjvägningstester utförs inte och inkontinensombud som har en betydelsefull roll saknas inom både PV och HSV. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, 2§) är målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen vilket innebär att det inte bör finnas någon skillnad mellan PV och HSV. Studien undersöker praxis vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel i relation till de rekommendationer som finns och om det finns skillnader mellan PV och HSV. En kartläggning av beskrivet område syftar till att gynna patienter med urininkontinens samt öka kunskapen bland förskrivare.

SYFTE

Syftet med studien är att kartlägga praxis vid förskrivning av urininkontinenshjälpmedel och undersöka om det finns skillnader mellan primärvård och hemsjukvård.

Frågeställningar:

1. Gör förskrivare en individuell utredning enligt Socialstyrelsens rekommendationer vid UI?
2. Finns urininkontinensombud på arbetsplatserna?
3. Anser förskrivarna att de har tillräckligt med tid, kunskap, utbildning, engagemang inom UI och är deras roll tydlig?
4. Finns skillnader i förskrivning av inkontinenshjälpmedel mellan PV och HSV?

METOD

Design

Kvantitativ metod valdes för att undersöka mätbara effekter, utifrån vårt syfte samt vår problemformulering. Studien är en tvärsnittsstudie med en induktiv ansats vilket möjliggör en objektiv beskrivning av problemformuleringen (Polit & Beck 2008). Tvärsnittsstudier är vanliga bland enkätstudier och kan åskådliggöra samband i en population (prevalensen). Det är en ögonblicksbild där tidsaspekt inte finns med i undersökningen (Ejlertsson 2012, ss. 16, 22, 45, 211).

Deltagare

Det var 117 förskrivare från Västra Götalandsregionens PV (n=55) respektive den kommunala HSV (n=62) i Göteborg som tillfrågades om deltagande. Då syftet var att kartlägga och jämföra förskrivning av hjälpmedel till personer med urininkontinens var inklusionskriteriet för deltagarna att de förskrev blöjor regelbundet oavsett yrkesprofession. Totalt inkluderades 80 (43 från PV och 37 från HSV) förskrivare med eller utan formell kompetens. Majoriteten var kvinnor. Urvalet var ett bekvämlighetsurval som tillämpas då önskan att urvalet ska vara lättillgängligt (Kristensson 2014, ss. 83-84).

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes med hjälp av en pappersenkät (se bilaga 1). Studien följde riktlinjerna där krav på informations-, begriplighets-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekrav tillgodosågs (Vetenskapsrådet 2002).

I Göteborgs Primärvård finns det nio olika verksamhetsområden, varav två av de nio primärvårdscheferna kontaktades genom e-post och telefonsamtal. Samtycke medgavs till att delta i studien. Därefter vidarebefordrade primärvårdscheferna informationsbrevet (se bilaga 2) till de aktuella vårdcentralcheferna inom respektive område, för att på så vis få kontaktuppgifter över aktuella förskrivare vid respektive vårdcentral. Enkäten och "Förfrågan om deltagande i enkätstudie" (se bilaga 3) skickades till förskrivarna för att förklara upplägget samt studiens syfte. Både före och efter studiestart togs även kontakt med förskrivarna via e-post och telefonsamtal detta för att minimera eventuella bortfall (Ejlertsson 2012, ss. 36-37). Tillsammans med enkäten och brevet medföljde ett frankerat svarskuvert till samtliga förskrivare inom både primärvården och hemsjukvården.

I Göteborgs kommunala hemsjukvård, finns det nio olika enheter. Samtliga verksamhetschefer fick samma informationsbrev som primärvårdscheferna med förfrågan om godkännande att genomföra studien. Av dessa nio enheter samtyckte sex verksamhetschefer muntligt och skriftligt till att medverka i studien. Informationsbrevet skickades därefter ut av antingen verksamhetschefer eller författarna via e-post till enhetschefer. Enkäterna levererades personligen till alla arbetsplatser med förhoppning om en högre svarsfrekvens.

Enkät

Enkäten (se bilaga 1) är sammanställd och utarbetad utifrån två tidigare enkätstudier (Göteborgs Stad Gunnared 2006; Teplyh 2006) samt Västra Götalandsregionens gällande riktlinjer vid utredning av urininkontinens (2009).

Studien föregicks av en pilotstudie som omfattade en pilotenkät som bestod av 23 slutna frågor och en öppen fråga. Denna pilotenkät testades på tio förskrivare varav fem förskrivare från PV respektive HSV för att eventuellt korrigera frågor (Eliasson 2013, s. 42; Ejlertsson 2014, s.159). Efter varje testtillfälle av enkätfrågorna intervjuades pilotkandidaterna med uppföljningsfrågor. Pilotstudien ledde till att enkäten ändrades samt kompletterades.

I pilotenkäten fanns det initialt 18 frågor jämfört med 24 frågor i enkätens slutversion. De frågor som tillkom var följande:

1. Vilken organisation förskrivarna tillhörde, dvs. PV eller HSV, för att kunna dela in dem med hjälp av SPSS och på så vis göra jämförande analyser.
2. Om förskrivaren tillhörde HSV så preciserades om patienterna hade särskilt boende eller ordinärt boende. Detta gjordes för att se eventuella skillnader dem emellan. Detta analyserades dock aldrig i studien.
3. Vilken profession har urininkontinensombudet på din arbetsplats?
4. Vilka utför blöjvägningstest inom din organisation?
5. Eftersom intresse fanns att ta reda på ifall förskrivarna upplevde att det var brist på utbildning inom inkontinensområdet kompletterades frågeformuläret med fråga 7.b, Om ja, vilken utbildning?
6. Fråga 13.b som behandlar om vilken/vilka blanketter förskrivaren använder sig av vid utredning av UI.

Frågorna i pilotenkäten diskuterades med avseende på relevans, användbarhet samt huruvida de var tydliga.

Enkäten (se bilaga 1) bestod av 23 frågor där de flesta svarsalternativen var formade utifrån en Likertskala det vill säga ordinalskala (attitydskala) som går att rangordna för att upptäcka åsichtsgradering (Ejlertsson 2014, ss. 93-95). De flesta av enkätens frågor bestod av fyra svarsalternativ: ”Ja, absolut”, ”Ja, till viss del”, ”Tveksamt” och ”Nej, inte alls”. Även frågan om förskrivaren tror att kostnaderna förändras om blöjor utprovas individuellt besvaras med attitydskala: ”Ökar absolut”, ”Ökar till viss del”, ”Tveksamt”, ”Minskar till viss del” samt ”Minskar absolut”. Tre öppna frågor ställdes för att få fram kvalitativ data men dessa analyseras ej i denna studie.

Dataanalys

Analysen gjordes med hjälp av IBM SPSS version 22.0 (Statistical Package for the Social Science).

Fördelningar av kontinuerliga och räknevariabler har angivits med medelvärdet, standard avvikelsen, medianens minsta och högsta värde och för kategoriska variabler med antal och procent.

Vid en av enkätfrågorna, fråga 12 (se bilaga 1), som handlade om kunskap och om vad som bör ingå i en utredning av urininkontinens har dels varje individuellt alternativ analyserats samt summan av antal som bör ingå i en utredning.

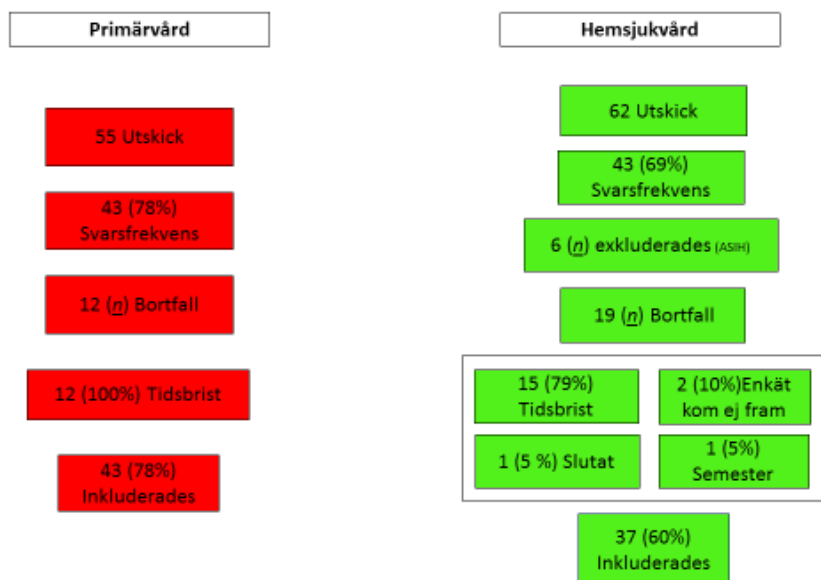
För jämförelse mellan förskrivarna i primärvården och i hemsjukvården användes Mann-Whitney U test för kontinuerliga variabler, antalsvariabler och för ordnade kategoriska variabler, Fisher's exakta test för dikotoma variabler. Alla signifikansanalyserna var 2-sidiga på signifikansnivån 0,05.

Etiska överväganden

Studien beaktade följande etiska huvudkrav: *Informationskrav*. Deltagandet var frivilligt med ett tydligt syfte. Informationsbrev (se bilaga 2) om studiens syfte och med förfrågan om deltagande skickades ut till samtliga primärvårds- och verksamhetschefer. Därefter mottog även förskrivarna information (se bilaga 3). *Samtyckeskrav*. Samtliga förskrivare som besvarade enkäten samt skickade tillbaka den godkända studien, ansågs lämna ett skriftligt samtycke i och med detta. *Konfidentialitetskrav*. Inga förskrivares identitet röjdes. För att säkerställa detta skickades enkäterna ut till var och en med ett frankerat kuvert för att undvika mellanhänder och på så vis undvika röjande av identitet. *Nyttjandekrav*. Forskningen ska inte användas i ett annat sammanhang (Vetenskapsrådet 2002). Studien som är en uppsats på avancerad nivå kräver inte att ansökan om tillstånd skickas till Etikprövningsnämnden. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) menar att tillstånd ej behöver skickas till Etikprövningsnämnden (Codex 2015). Enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) ska människors integritet skyddas genom att personuppgifterna behandlas korrekt.

RESULTAT

Samtliga förskrivare i PV var distriktssköterskor och i HSV var 15 (40%) distriktssköterskor och 22 (60%) sjuksköterskor. Förskrivarna i HSV arbetade antingen inom särskilt boende 16 (43%) eller i ordinärt boende 21 (57%). I PV hade 25 (58%) förskrivit inkontinenshjälpmedel i mer än fem år respektive 24 (65%) i HSV.



Figur 1. Bortfallsanalys.

Totalt inkluderade 80 förskrivare från primärvården och hemsjukvården. Antal förskrivare inom PV som enkäten skickades till var 55 personer, 43 inkluderades vilket motsvarar en svarsfrekvens på 78%. Fyrtioen (95%) av förskrivarna i PV var kvinnor och 2 (5%) var män. Totalt tillfrågades 25 vårdcentralchefer via deras primärvårdschefer och 17 samtyckte till att delta, åtta vårdcentralchefer avböjde på grund av uppstart av nytt journalsystem. I HSV levererades totalt 62 enkäter. 43 förskrivare fyllde i enkäten vilket motsvarar en svarsfrekvens på 69%. Sex av dessa förskrivare exkluderades eftersom dessa arbetade i den palliativa vården ASIH, avancerad sjukvård i hemmet, och som inte utför individuella utredningar. Detta innebar att 60% av de 62 levererade enkäterna inkluderades i studien. Trettiofyra (92%) av dessa var kvinnor, 3 (8%) var män. Då den totala svarsfrekvensen var hög och på grund av tidsbrist, valdes inte något utskick med följbrev som brukligt är. I HSV var det tre av nio verksamhetschefer som inte besvarade förfrågan om att delta i studien. En av sex enhetschefer som godkände studien gav ingen lista på förskrivare. Tidsbrist var den främsta orsaken till bortfall i båda organisationerna: 12 (100%) förskrivare i PV respektive 15 (79%) i HSV (se figur 1).

Individuell utredning enligt Socialstyrelsens rekommendationer vid UI

Västra Götalandsregionen och NIKOLA har tillsammans med Socialstyrelsen gett ut förslag på vad som bör ingå i en utredning vid urininkontinens. I studien framkom det att det fanns signifikanta skillnader mellan organisationernas (PV och HSV) kunskap beträffande följande undersökningar: urinprov, gynekologisk undersökning och miktionslista. Resultatet visar att det var fler förskrivare inom PV som ansåg att dessa undersökningar skulle ingå jämfört med förskrivarna i HSV; urinprov (PV 88%, HSV 65%, $p=0,016$) gynekologisk undersökning (PV 72%, HSV 46%, $p=0,023$) och miktionslista (PV 100%, HSV 89%, $p=0,042$) (se tabell 1).

I tabell 1 redovisas förskrivarnas syn på vilka undersökningar som bör ingå vid utredningar av UI. Kolumnerna visar från vänster antal och procent som svarat ja för respektive undersökning för primärvården respektive hemsjukvården. De undersökningar som flest förskrivare ansågs krävas var i rangordning anamnes-status, miktionslista, och urinprov. Mindre än hälften av förskrivarna ansåg att blodprov (glukos och CRP) samt kontinentstest under 24 respektive 48 timmar skulle ingå. Fler förskrivare i primärvården ansåg att urinprov, gynekologisk undersökning och miktionslista skulle ingå jämfört med hemsjukvården. Vi analyserade även hur många av alternativen som bör ingå i en utredning. Summan av antalet utredningar som skulle göras var inte signifikant ($p=0.31$) skild mellan PV och HSV (se tabell 1).

Krav på utredning	Primärvården n=43 n (%)	Hemsjukvården n=37 n (%)	p-värde*
/Anamnes-Status	43 (100%)	37 (100%)	1.0
Urinprov	38 (88%)	24 (65%)	0.016
Gynekologisk undersökning	31 (72%)	17 (46%)	0.023
Blodprov, P-glukos	18 (42%)	17 (46%)	0.82
Blodprover, CRP/SR	7 (16%)	9 (24%)	0.41
Miktionslista	43 (100%)	33 (89%)	0.042
Kontinentstest under 24 timmar	17 (40%)	22 (60%)	0.12
Kontinentstest under 48 timmar	18 (42%)	12 (32%)	0.49
Residualurinsmätning	34 (79%)	26 (70%)	0.44
Summan av antalet	5.79 (1.68) /	5.32 (1.97) /	0.31

utredningar Medelvärde (SD) / Median (min-max)	6.00 (3.00-9.00)	5.00 (2.00-8.00)	
--	------------------	------------------	--

Tabell
1.
Följsa

mhet av Socialstyrelsens rekommendationer vid utredning av UI.

*Fishers exakt test användes för analys av dikotoma variabler och Mann-Whitney U-Test för analys av kontinuerliga variabler.

I tabell 2 visas förskrivarnas syn på huruvida de följer socialstyrelsens rekommendationer vad gäller olika aspekter på handläggande av UI. Mer än 40% använde överhuvudtaget inte den blankett som rekommenderas. En majoritet menade att åtminstone till en viss del var blöjorna anpassade efter urinläckagets storlek. Här sågs skillnader till primärvårdens fördel. Trettiosju (86%) respektive 22 (60%) av förskrivarna i primärvård respektive hemsjukvård menade att förskrivning av blöjor föregicks av individuell utprovning. Även här var aktiviteten högre i primärvården. Vad gäller individuell utprovning av nyinskrivna patienter så svarade ca hälften ”Ja, till viss del” och knappt en fjärdedel ”Ja absolut”. Cirka två av tre var åtminstone till en del förtroga med blöjvägningstest men bara en tredjedel var absolut förtroga. Mindre än hälften av förskrivarna var säkra på att det fanns ombud på arbetsplatserna. Detta var vanligare i primärvården.

Tabell 2. Anser förskrivarna att de följer Socialstyrelsens rekommendationer vad beträffar blankett, blöjor, individuell utredning och är deras roll tydlig.

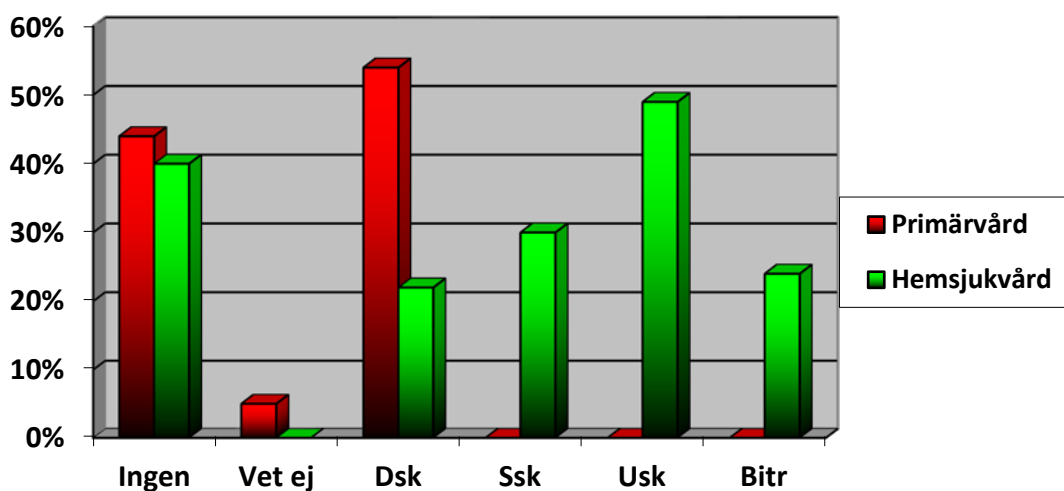
Variabler	Primärvården n=43 n (%)	Hemsjukvård n=37 n (%)	p-värde*
<i>Används blankett</i>			
Ja, absolut	6 (14%)	4 (11%)	
Ja, till viss del	10 (23%)	12 (32%)	
Tveksamt	9 (21%)	3 (8%)	
Nej, inte alls	18 (42%)	18 (49%)	0.82
<i>Är blöjor anpassade</i>			
Ja, absolut	13 (30%)	5 (14%)	
Ja, till viss del	26 (60%)	24 (65%)	
Tveksamt	3 (7%)	8 (22%)	
Nej, inte alls	-	-	0.013
<i>Föregås förskrivning med IU**</i>			
Ja, absolut	16 (37%)	5 (14%)	
Ja, till viss del	21 (49%)	17 (46%)	
Tveksamt	4 (9%)	12 (32%)	
Nej, inte alls	1 (2%)	3 (8%)	0.001
<i>Görs ny IU**</i>			
Ja, absolut	11 (26%)	5 (14%)	
Ja, till viss del	21 (49%)	17 (46%)	
Tveksamt	9 (21%)	11 (30%)	
Nej, inte alls	2 (5%)	4 (11%)	0.084
<i>Förtrogen blöjvägningstest***</i>			

Ja, absolut	13 (30%)	17 (46%)	
Ja, till viss del	14 (33%)	13 (35%)	
Tveksamt	11 (26%)	4 (11%)	
Nej, inte alls	4 (9%)	3 (8%)	0.105.
<i>Finns ombud på arbetsplatsen</i>			
Ja, absolut	22 (51%)	12 (32%)	
Ja, till viss del	6 (14%)	9 (24%)	
Tveksamt	8 (19%)	7 (19%)	
Nej, inte alls	5 (12%)	9 (24%)	0.074

*Mann-Whitney U-test

**IU=Individuell utprovning

***Är du förtrogen med hur blöjvågningstestet görs

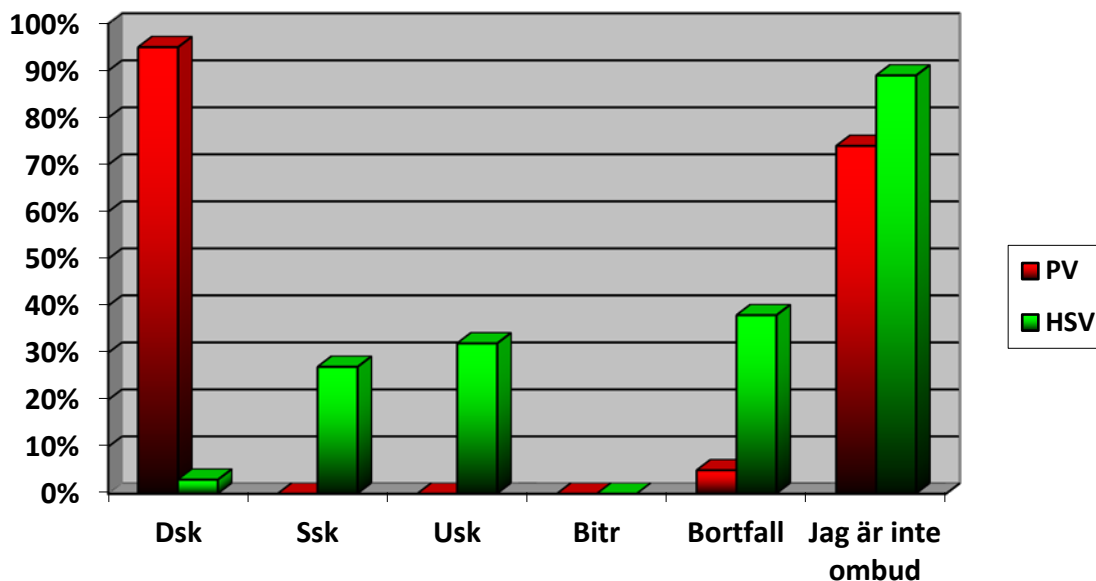


Figur 2. Vilka som utför blöjvågningstester inom PV respektive HSV.

Blöjvågningstester

Nitton (44%) i PV utförde inte blöjvågningstest jämfört med 15 (40%) i HSV. Beträffande vilken/vilka yrkeskategori/er som de ansåg utföra blöjvågningstest var det skillnad mellan organisationerna, 23 (54%) i PV ansåg att det var distriktssköterskor respektive 8 (22%) i HSV; $p=0.003$. Ingen i PV menade att det var sjuksköterskor som utförde blöjvågningstest jämfört med HSV där det var 11 (30%); $p<0.001$. I PV var det inte några undersköterskor som utförde blöjvågningstest medan i HSV var det 18 (49%), $p<0.001$. Av förskrivarna svarade 9 (24%) i HSV att det var sjukvårdsbiträden som utförde blöjvågningstest medan i PV var det inte några biträden; $p=0,001$. Två av förskrivarna i PV visste inte vem som utförde blöjvågningstest (se figur 2).

Finns urininkontinensombud på arbetsplatserna



Figur 3. Vilken yrkesprofession har ombudet på din arbetsplats? Är du ombud?

På enkät fråga sex (se bilaga 1) efterfrågades vilken profession ombuden har på arbetsplatsen. Fyrtioen (95%) av primärvårdens förskrivare svarade att det var distriktssköterskor, uteblivna svar var 2 (5%). I HSV svarade 1 (3%) av förskrivarna att ombuden var distriktssköterskor, 10 (27%) svarade att det var sjuksköterskor, 12 (32%) undersköterskor. Uteblivna svar från HSV var 14 (38%). Trettiofyra (74%) av förskrivarna i PV svarade att de inte var urininkontinensombud respektive 33 (89%) i HSV. Tjugotvå (51%) av förskrivarna i PV svarade att det absolut finns ombud på arbetsplatsen jämfört med 12 (32%) i HSV, icke signifikant (se figur 3).

Tid, kunskap, utbildning, engagemang och roll

I Tabell 3 redovisas förskrivarnas syn på tid, kunskap, utbildning, engagemang och roll vad avser vård av patienter med urininkontinens.

Tid: På frågan om de önskade mer tid för individuell utprovning av blöjor svarade den stora majoriteten i båda grupperna ”Ja, absolut” eller ”Ja, till en viss del”. Resultaten indikerade att behovet av mer tid var större i hemsjukvården

Kunskap: På frågan om kunskaperna om orsakerna till UI ansågs tillräckliga svarade drygt en tredjedel ”Ja, absolut” och ca hälften ”Ja, till viss del”. På frågan om det fanns tillräcklig kunskap om individuell utprovning så indikerade svaren mer kunskap i primärvården. Här svarade 70 % ”Ja, absolut” eller ”Ja, till viss del” medan motsvarande siffra för hemsjukvården bara var 48%.

Utbildning: På frågan om de hade utbildning i UI svarade den stora majoriteten i båda grupperna ”Ja, absolut” eller ”Ja, till viss del”. Svartsfördelningen indikerade dock en högre grad av utbildning i primärvården. På frågan om de önskade mer utbildning i

inkontinens utredning respektive utprovning av blöjor svarade mer än hälften i båda grupperna ”Ja, absolut” eller ”Ja, till viss del”.

På frågan om de erbjöds utbildning svarade mindre än hälften i båda grupperna ”Ja, absolut” eller ”Ja, till viss del”.

Engagemang: Medan mindre än hälften av förskrivarna i primärvården ville engagera sej mer i UI så ville mer än hälften i hemsjukvården göra det och här förelåg också en skillnad.

Roll: Den stora majoriteten i båda grupperna ansåg att deras roll inom UI var tydlig.

Tabell 3. Tid, kunskap, utbildning, engagemang och roll uppdelat på primärvård och hemsjukvård.

Variabler	Primärvård n=43 n (%)	Hemsjukvård n=37 n (%)	p-värde*
<i>Behöver du mer tid</i>			
Ja, absolut (%)	9 (21%)	23 (62%)	
Ja, till viss del (%)	20 (46%)	10 (27%)	
Tveksamt (%)	6 (14%)	2 (5%)	
Nej, inte alls (%)	6 (14%)	2 (5%)	0.003
<i>Är dina kunskaper tillräckliga**</i>			
Ja, absolut (%)	15 (35%)	16 (43%)	
Ja, till viss del (%)	22 (51%)	19 (51%)	
Tveksamt (%)	5 (12%)	2 (5%)	
Nej, inte alls (%)	1 (2%)	-	0.27
<i>Finns kunskap om ind.utr</i>			
Ja, absolut (%)	15 (35%)	7 (18%)	
Ja, till viss del (%)	15 (35%)	11 (30%)	
Tveksamt (%)	12 (28%)	16 (43%)	
Nej, inte alls (%)	-	3 (8%)	0.013
<i>Har du utbildning inom UI</i>			
Ja, absolut (%)	19 (44%)	27 (73%)	
Ja, till viss del (%)	21 (49%)	9 (24%)	
Tveksamt (%)	1 (2%)	-	
Nej, inte alls (%)	2 (5%)	1 (3%)	0.010
<i>Önskar du utbildning om IU***</i>			
Ja, absolut (%)	11 (26%)	6 (16%)	
Ja, till viss del (%)	16 (37%)	16 (43%)	
Tveksamt (%)	6 (14%)	4 (11%)	
Nej, inte alls (%)	9 (21%)	11 (30%)	0.30
<i>Erbjuds du utbildning om IU</i>			
Ja, absolut (%)	2 (5%)	3 (8%)	

Ja, till viss del (%)	14 (33%)	13 (35%)	
Tveksamt (%)	20 (46%)	8 (22%)	
Nej, inte alls (%)	7 (16%)	13 (35%)	0.64
<i>Vill du engagera dig mer****</i>			
Ja, absolut (%)	2 (5%)	9 (24%)	
Ja, till viss del (%)	14 (33%)	15 (40%)	
Tveksamt (%)	19 (44%)	9 (24%)	
Nej, inte alls (%)	8 (19%)	4 (11%)	0.007
<i>Erbjuds du utbildning om IU</i>			
Ja, absolut (%)	28 (65%)	25 (67%)	
Ja, till viss del (%)	13 (30%)	9 (25%)	
Tveksamt (%)	1 (2%)	3 (8%)	
Nej, inte alls (%)	1 (2%)	-	0.97

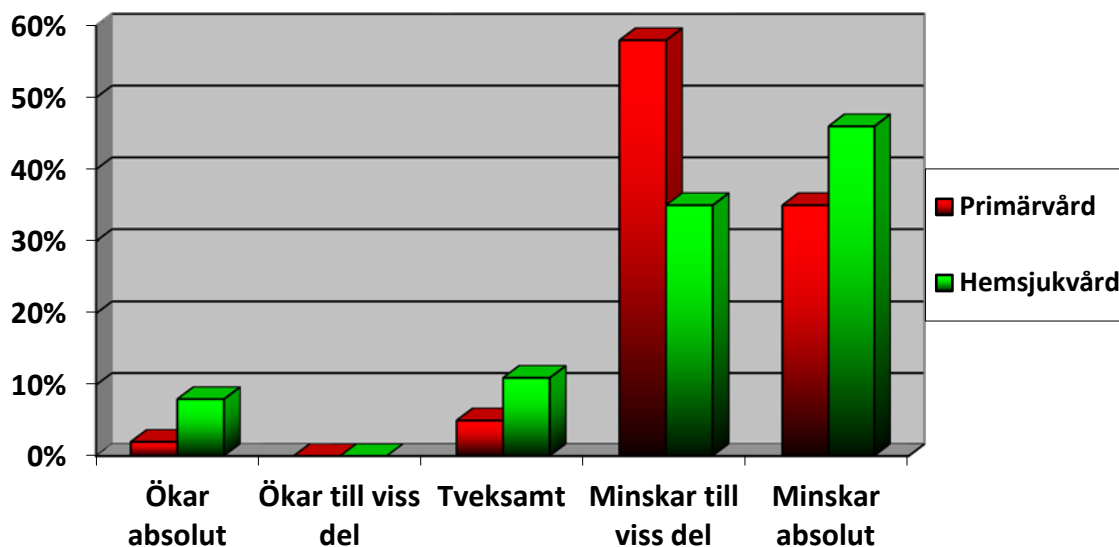
*Mann-Whitney U-test

**Är dina kunskaper tillräckliga om orsaker till UI

***Önskar du utbildning om inkontinensutredning inkl utprovning av blöjor

****Vill du engagera dig mer, än vad du gör idag, i utprovning av individuellt anpassade blöjor vid UI

Förskrivarnas tankar kring kostnadseffektivitet



Figur 4. Hur påverkas kostnaderna vid individuell utprovning

Det var ingen signifikant skillnad mellan PV och HSV utan förskrivarna i båda organisationerna ansåg att kostnaden skulle minska om individuell utprovning av blöjor utfördes. Femton förskrivare (35%) i PV svarade att kostnaden "minskar absolut" jämfört med 17 (46%) i HSV. I PV svarade 25 (58%) att kostnaden "minskar till viss del" i jämförelse med 13 (35%) i HSV (se figur 4).

DISKUSSION

Socialstyrelsens rekommendationer inom urininkontinens är ett kunskapsunderlag som är framarbetat av experter inom nätverket NIKOLA (Socialstyrelsen 2013). Studiens kartläggning visar att denna praxis inte följs vid individuell utredning det vill säga förskrivning av inkontinenshjälpmedel sker inte såsom Socialstyrelsen och Västra Götalandsregionen föreskriver. Dessutom skiljer sig förskrivningsprocessen åt mellan PV och HSV och det finns påfallande kunskapsluckor inom båda organisationerna. I vissa delar inom individuell utredning följer dock PV föreskrifterna bättre än vad HSV gör, det finns signifikanta skillnader till primärvårdens fördel inom kunskapsområdet.

Metoddiskussion

I syfte att kartlägga och jämföra förskrivningsprocessen av blöjor vid urininkontinens i PV och HSV genomfördes en deskriptiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Studiepopulationen är så stor att den kan generaliseras till en större grupp och resultatet och slutsatserna av studien kan ge insikt hos förskrivare som i sin tur kan leda till förbättrad vård.

En enkätstudie valdes då önskan fanns att jämföra huruvida förskrivningsprocessen skiljer sig åt mellan PV och HSV. Målet var att få in totalt 100 svar. För att nå detta mål skickades enkäten ut till 55 förskrivare i primärvården respektive 62 i hemsjukvården. På grund av framförallt förskrivarnas tidsbrist erhöles svar från 80 förskrivare vilket innebar att svar erhöles från 68% av de tillfrågade. Ejlertsson (2012) menar att ett mindre bortfall innebär mindre risk för felaktiga allmänna slutsatser till populationen (Ejlertsson 2012, ss. 36-37).

En av studiens styrkor är att vi belyser urininkontinens som är ett dolt folkhälsoproblem och att det finns få studier i Sverige som är gjorda inom förskrivningsområdet. De studier som finns saknar ofta kvantitativ data. För att även få fram kvalitativa data inkluderades tre öppna frågor i enkäten. De kvalitativa frågorna anses vara ett bra komplement till de slutna frågorna. Förskrivarnas egna tankar synliggörs vilket medför en ökad förståelse för deras situation men ingen kvalitativ innehållsanalys av dessa frågor har gjorts i denna studie.

Förkunskapen och tillgång till handledning inom SPSS har varit begränsad och på så vis har studien varit tidskrävande vilket kan ses som en nackdel. Samtidigt har det varit lärorik process. Två olika statistiska metoder har används Mann-Whitneys U-test är ett användbart icke parametrisk signifikanstest för jämförelser mellan två grupper. Fishers exakta test användes för analys av proportioner (dikotoma variabler) mellan två grupper.

Blanketter från Västra Götalandsregionens utredningsunderlag valdes eftersom studien utfördes i Göteborg. Detta gjordes för att öka studiens reliabilitet och på så vis dess validitet. Reliabilitet visar vad du gjort för att få fram tillförlitliga resultat. Genom validitet kan man påvisa att resultaten mäter det som är tänkt att mätas (Eliasson 2013, s. 142).

Enkätens bakgrundsfrågor innefattade ej ålder vilket kanske hade varit värdefull information för att få ett helhetsperspektiv. Enkäten omfattar endast tre sidor för att den inte skulle vara tidskrävande att besvara vilket hade kunnat sänka deltagarfrekvensen.

Förförståelsen inför enkätfråga sex (se bilaga 1) var att det alltid finns inkontinensombud i vårdorganisationer. Trettioåtta procent av förskrivarna i HSV svarade inte på frågan vilket föranleder oss att tro att de antingen inte har ombud eller att de inte känner till om det finns på arbetsplatsen. I PV svarade inte fem procent. Det hade varit önskvärt om fler svarsalternativ funnits t.ex. ”vet ej” och ”finns ej”. Det hade även varit intressant att veta om olika riskfaktorer så som obesitas, rökning, inaktivitet med mera diskuteras med patienten vid individuell utprovning.

I en av de ordinala frågorna (fråga 21 se bilaga 1) fanns fem svarsalternativ, på de andra ordinala frågorna fanns det fyra svarsalternativ eftersom fem svar kunde medfört att mittalternativet varit neutralt. Målsättning var att förskrivaren skulle ta ställning även om de inte hade någon speciell åsikt i frågan (Ejlertsson 2014, ss. 81-82). I efterhand har noterats att även om det är ett jämnt tal med fyra svarsalternativ så kan ett av svaren uppfattas vara neutralt, exempelvis svarsalternativet ”Tveksamt” som på fråga 13a visade att många av förskrivarna svarade att de var tveksamma till om de använde sig av blanketter vid individuell utprovning av blöjor vilket ger utrymme för en fundering ifall de inte visste om de använde blanketter eller ej. Eventuellt kunde andra svarsalternativ varit lämpliga så som ”Ja” och ”Nej”.

Resultatdiskussion

Individuell utredning enligt Socialstyrelsens rekommendationer vid UI

Hälften av studiepopulationen ansåg att individuell utprovning av blöjor vid nyinskrivning av patient endast görs till viss del vilket är anmärkningsvärt eftersom det bör vara 100%. Beträffande individuell utredning fanns inga signifikanta skillnader vilket indikerar att det finns stor förbättringspotential i båda organisationerna. Det som skiljer förskrivarna åt var att nästan tre fjärdedelar i HSV var tveksamma till om de hade tillräckligt med kunskap inom individuell utredning av blöjor, i PV var det bara en tredjedel.

Studien visar att förskrivare oftast inte använder standardiserade blanketter som hjälpmedel, endast 14% av förskrivarna i PV respektive 11% i HSV använde blanketter och det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Riktlinjer och promemoria (PM) ska underlätta arbetet för förskrivare samt borde vara tidsbesparande. Implementeringen av riktlinjer och PM handlar mycket om ledarskap, något som även Socialstyrelsen (2009) poängterar. Utöver att göra arbetet lättare innebär det att oavsett om de arbetar inom PV eller HSV bör förskrivarna arbeta enhetligt, vilket är i linje med Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där målet är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Detta leder till en trygghet för den enskilde individen, men trots många års erfarenhet inom förskrivning fanns det stora brister inom båda organisationerna. De flesta i respektive organisation som svarat på enkäten har arbetat med förskrivning i minst 4-5 år. I resultatet framkommer även att det saknas tydliga riktlinjer från chefer samt att det föreligger brist på tid för förskrivarna. Vi fann inga aktuella studier i Sverige som handlar om riktlinjer och om dessa följs av vårdpersonal.

I en studie från England och Wales belyser författarna Wagg et al. (2011) att målen med riktlinjer är att förbättra vården för den enskilde individen. Studien påvisar att det fanns en variation av följsamhet av riktlinjer hos vårdarna beroende på kvinnans ålder där äldre kvinnor (>65 år) får sämre vård i jämförelse med yngre. De yngre kvinnorna blir mer utredda med exempelvis gynekologisk undersökning och på de yngre utförs även fler residualurinsmätningar som ingår i de aktuella riktlinjerna vid UI. I den globala litteraturstudien som omfattade England, Holland, USA, Indien och ett flertal andra länder ansåg författarna Wagg, Newman, Leichsenring och van Houten (2014) att det fanns brister beträffande kunskap och kompetens inom UI. Området hade en låg prioritet av läkarna som även saknade motivation och praktisk erfarenhet. Sjuksköterskorna däremot önskade ta reda på orsakerna till varför de drabbade hade inkontinens men det fanns en begränsning i framtagandet av riktlinjer. Det krävs kompetent och intresserad personal för att riktlinjer ska följas. I en amerikans studie ansåg författarna Conner och Lind (2001) att vårdpersonalens följsamhet till riktlinjer är avgörande för att minska morbiditet samt kostnaderna för UI. Patientens livskvalitet och hälsa påverkas positivt vilket medför att de kan bo hemma längre istället för att flytta in på boende.

I England undersökte Hall, Noyce & Cantrill (2008) varför förskrivningsmönstret varierade mellan sjuksköterskor. Undersökningen gällde läkemedelsförskrivning. De som i sin utbildning fått förskrivningsrätt utgick i regel utifrån den kunskap de fått medan de som inte fått någon utbildning inom förskrivningsrätt förskrev de produkter som de var vana vid (Hall et al 2008). Kan det vara så även vid förskrivning av hjälpmedel vid UI? Enligt Socialstyrelsen instruktioner för medicinsktekniska produkter (SOSFS 2008:1, 9§) bör patienter individuellt utredas, bedömas och följas upp vilket är en viktig del för att kartlägga individens behov för att på så vis få fram rätt inkontinenshjälpmedel. För att kunna värdera patientens välbefinnande vid dessa besök kan ett livskvalitetsformulär användas från NIKOLA. För att öka patientens delaktighet krävs god kommunikation, men patienten kan inte vara delaktig om förskrivarna inte ställer de rätta frågorna för att öppna upp till ett bra samtal. Dessutom upplevs urininkontinens många gånger som skamfyllt vilket kan medföra att patienten inte talar om sina besvär som i sin tur leder till att det blir ett dolt handikapp (Papanicolaou, Hunskaar & Sykes 2005; 5th Global forum on incontinence 2014). I studien framkom signifikanta skillnader mellan PV och HSV i kunskap om individuell utredning vid urininkontinens. Det var fler inom PV som följde Socialstyrelsens rekommendationer för vad som bör ingå i en utredning vid UI, men det fanns kunskapsluckor i båda grupperna. De undersökningar där det visade sig vara störst skillnad i kunskap mellan PV och HSV var följande; urinprov, gynekologisk undersökning, miktionslista. Det var fler inom PV som ansåg att dessa undersökningar skulle ingå vid en individuell utredning vilket är korrekt enligt Västra Götalandsregionen och Socialstyrelsen.

I den individuella utredningen ingår blöjvägningstest. Socialstyrelsen (2014) menar att blöjan bör vägas före och efter användandet för att på så vis få rätt inkontinensskydd. Fyrtiofyra procent svarade att ingen utförde blöjvägningstester inom PV respektive 40% i HSV. Det är anmärkningsvärt att endast var tredje förskrivare i organisationerna var förtrogna med blöjvägningstest. Vem som utför blöjvägningstest skiljer sig markant åt inom PV respektive HSV. Hälften av förskrivarna i HSV ansåg att det var undersköterskor som gjorde testerna. Enligt förskrivarna i PV var det över hälften som

var distriktssköterskor som utförde blöjvägningstest men bara en tredjedel av dem var säkra på hur man utförde blöjvägningstest. En tredjedel i PV ansåg att blöjorna var anpassade efter individens behov respektive en tiondel i HSV vilket är diskutabelt eftersom de samtidigt medgav att över 40% i båda organisationerna erkände att ingen utförde blöjvägningstester. Vi anser att det finns stora förbättringspotentialer i båda organisationerna beträffande blöjvägningstester.

För att förbättra den individuella utredningen anser vi att man bör arbeta tvärprofessionellt och i ett tvärfunktionellt team för att på så vis ta del av varandras kunskaper och ta tillvara på den samlade kompetens som finns, vilket i slutändan gagnar den enskilde patienten (SKL 2005, s. 11). Vi anser att det är svårt att jämföra PV och HSV då man arbetar olika inom organisationerna och de personer som arbetar närmast patienten har en ökad insikt om vilka behov patienten har. Detta skiljer sig åt mellan PV och HSV. Det tvärprofessionella arbetet är tydligare inom HSV då det är fler yrkesprofessioner som arbetar tillsammans. Det vetenskapliga underlaget är dock svagt. Vi har inte funnit några studier som styrker det tvärfunktionella arbetet inom UI, vilket hade varit intressant. Frågan är ifall det är den person som arbetar närmast patienten som borde ha mest kompetens och som eventuellt bör ansvara för förskrivning av hjälpmedel vid UI.

Finns urininkontinensombud på arbetsplatserna

Majoriteten av förskrivarna som deltog i studien var inte urininkontinensombud. Ombud på arbetsplatserna har till uppgift att ge information om rutiner kring omvårdnad och behandling men även diskutera problem och möjligheter utifrån patientens livsvärld. Enligt Västra Götalandsregionen Regionservice (2011, s.7) ska sjuksköterska med förskrivningsrätt tillsammans med inkontinensombud regelbundet utvärdera samt följa upp aktuella åtgärder och de ordinerade blöjorna. Över hälften inom PV svarade att det fanns urininkontinensombud inom organisationen respektive 12 (32%) i HSV. Nitton (52%) av förskrivarna i HSV menade att ombuden var undersköterskor. Detta anser vi är ytterligare ett skäl till att se över vem som bör ha ansvaret för att förskriva hjälpmedel vid UI inom HSV. Anmärkningsvärt var att på frågan om vem som är ombud var det 14 (38%) bortfall i HSV. Var det så att ombuden inte fanns? Eller råder det en otydlighet om ombudens roll? Fyrtioen (95%) av förskrivarna i PV svarade att huvudparten av ombuden var distriktssköterskor, vilket medför att det är naturligt att de förskriver hjälpmedel vid UI. Det saknas studier inom ämnet som kan bekräfta eller dementera vår teori, nämligen att den som arbetar närmast patienten bör vara förskrivare. De regionala riktlinjerna uppdateras regelbundet utifrån Nikola och Socialstyrelsens rekommendationer. Detta innebär att information på webben förändras kontinuerligt och därmed förskrivarnas verktyg. Ombudens roll och betydelse bör enligt oss lyftas till en nationell nivå för att optimera till en hållbar utveckling.

Tid kunskap, utbildning, engagemang och roll

Förskrivarna i båda organisationerna ansåg att rollen var tydlig och att de hade tillräckligt med kunskap om orsaker till UI. De önskade ingen kompletterande utbildning inom inkontinensutredning inklusive utprovning av blöjor vilket är anmärkningsvärt eftersom resultatet av studien indikerar brister i fortbildning inom UI.

Det var dock signifikant fler inom HSV jämfört med PV som önskade mer utbildning inom UI.

Förskrivarna i HSV var mer tveksamma till om det fanns tillräckligt med kunskap om individuell utprovning av blöjor på deras arbetsplats till skillnad från förskrivarna i PV. Dock ansåg båda organisationerna att de hade utbildning inom UI. Frågan är ifall den utbildning som distriktssköterskor får i sin specialistutbildning är tillräcklig inom UI? Vilken fortbildning har sjuksköterskorna i HSV? Detta kan en kvalitativ analys av studiens öppna frågor eventuellt ge svar på. För att minska kunskapsluckor inom UI hos förskrivarna bör fortbildning erbjudas kontinuerligt och uppdateras (SOSFS 2008:1; Västra Götalands Regionenservice 2013). Wagg et al. (2014) förespråkar att förskrivare med mycket praktisk träning är mer kapabla till att behandla och utreda personer med UI jämfört med primärvårdsläkarna. Det finns bevis på att patienterna uppskattar sjuksköterskors färdigheter i kommunikation och omvårdnad kring inkontinensvård.

Skiljer förskrivning av inkontinenshjälpmedel åt mellan PV och HSV

Vår studie visar att det fanns signifikanta skillnader i förskrivning av inkontinenshjälpmedel mellan PV och HSV och det hade varit intressant med en kvalitativ studie för att få en mer djupgående kunskap om organisationerna.

Skillnader återfanns i följande variabler:

Det var fler inom PV som hade kunskap om vad som bör ingå i en individuell utredning. Orsaken till skillnaden till primärvårdens fördel kan vi inte få svar på genom denna kvantitativa studie. Kan det vara så att primärvårdens förskrivare som var specialistutbildade med inriktning mot distriktssköterska hade mer utbildning inom UI och eventuellt mer tid? Anpassning av blöjor efter urinläckagets storlek var ytterligare en variabel som skiljde sig åt mellan organisationerna där HSV var mer osäkra på om blöjorna var anpassade. Kan närheten till patienterna medföra att personalen i HSV har mer insyn över hur blöjorna faktiskt fungerar? Jämfört med PV önskade förskrivarna i HSV mer tid till att engagera sig inom UI. En ökad satsning och prioritering avseende tid inom området UI är enligt oss angeläget utifrån hållbar utveckling. Vidare hade HSV en större önskan att engagera sig mer än vad de gör idag inom UI vilket styrker våra tankar kring satsning och prioritering inom UI. Förskrivarna i PV ansåg att det fanns tillräckligt med kunskap om individuell utprovning. Däremot ansåg inte förskrivarna det inom HSV. I resultatdelen, tabell 1, framgår det att det idag saknas kunskap i båda organisationerna, dock till primärvårdens fördel.

Förskrivning av hjälpmedel vid UI i relation till hållbar utveckling

Det ställs allt högre krav på distriktssköterskans kompetens där det holistiska synsättet med patienten i centrum bör beaktas samtidigt som hon ska vara väl förtrogen med medicintekniska produkters användningsområden utifrån en hållbar utveckling (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008, s.11).

Då befolkningen blir allt äldre kommer antalet personer som besväras av UI att öka men det är viktigt att komma ihåg att UI kan förebyggas och i vissa fall botas. Därför bör riktlinjerna för hur inkontinenshjälpmedel förskrivs uppmärksammas och granskas

närmare. Det finns en stor förbättringspotential enligt denna studie där det anses att riktlinjer och PM bör implementeras striktare vad gäller förskrivning av urininkontinenshjälpmedel. Verksamhetschefer eller de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har skyldighet att se till att rätt person utför rätt arbete på arbetsplatserna (SOSFS 2008:1) vilket kanske inte är lätt att genomföra om kravet från regeringsnivå inte är detsamma. Med tanke på att samhällskostnader för hjälpmedel vid UI utgör flera miljarder kronor per år så bör detta problem diskuteras mer.

Blöjvägningstest kan enligt denna studie utföras i större utsträckning än vad det görs idag. Förbättrad utredning av inkontinenshjälpmedel kan reducera den miljöbelastning som det innebär med blöjavgång på grund av onödiga läckage vilket medför extra tvätt av kläder och lakan med mera. Rätt inkontinensskydd innebär en minskad mängd blöjavgång. För att kunna specialanpassa hjälpmedel för varje patient bör förskrivare ha en aktiv dialog med patient och omsorgspersonal (Avfall Sverige 2015, s.7).

På samma sätt som miljöpåverkan minskas vid en förbättrad individuell utprovning med anpassade blöjor så kommer ekonomin att förbättras eftersom optimalt skydd ger lägre inköpskostnader och lägre runtomkringkostnader, till exempel tvätt av lakan. Studien visar att förskrivarna i både PV och HSV trodde att kostnaderna kunde minskas med individuell utprovning av blöjor. Om utprovning och förskrivning förbättras inom PV och HSV så kan det medföra att fler äldre kan bo kvar i sina hem längre vilket skulle leda till stora ekonomiska besparingar.

En orsak till att rätt vård och behandling uteblir kan vara att den drabbade har svårt att ta upp sitt problem på grund av skam. De drabbade önskar få kontroll över sina liv, men istället läggs fokus på copingstrategier för att motverka ångest, depression samt medföljande begränsningar i vardagen (Hannestad, Rortveit och Hunskaar 2002; Avery et al. 2013). En av anledningarna till att äldre inte kan bo kvar hemma är att de blir inkontinenta vilket är tvärtemot samhällets önskan där målsättningen är att personer ska kunna bo hemma så länge som möjligt (5th Global forum on incontinence, 2014). Det är viktigt att synliggöra inkontinensproblematiken. Konsekvensen av att samhället inte belyser samt diskuterar ämnet tillräckligt leder till att de drabbade blir underdiagnostiserade och inte får rätt vård.

En annan förutsättning för att kunna ge en god inkontinensvård är att ha en bra dialog mellan vårdare och patient för att denne ska våga berätta om sina besvär. Det innebär att vårdaren aktivt måste fråga patienten om det föreligger några problem med inkontinens. Förskrivaren kan använda sig av en standardiserad blankett från NIKOLAS nätverk, "livskvalitetsbedömning" (Nikola.nu 2013). Vårdlidande måste förhindras enligt Dahlberg och Segersten (2010). För att nå ett framgångsrikt förändringsarbete är det avgörande att analysera och kartlägga nuläget det vill säga kontrollera att de gängse rutinerna som föreligger inom organisationerna följs (SKL 2005, s.39). Denna studie tyder på att en nulägesanalys inom organisationerna bör göras inom UI. En sådan nulägesanalys bör ligga till grund för en implementering av Socialstyrelsens rekommendationer som tagits fram tillsammans med NIKOLA. Detta är huvudmännens ansvar och handlar mer om chefskap än kunskap där de gemensamma målen bör förtydligas och belysas. Enligt denna studie finns det stor förbättringspotential i både PV och HSV. Det är vidare betydelsefullt att under samtalet diskutera livsstilsåtgärder

som till exempel diet, rökning. Utöver den dagliga träningen så bör individen komplettera med bäckenbottenträning flera gånger per dag (Nygaard 2010) under en längre period men många kanske undviker fysisk aktivitet om det innebär hopp och löpning eftersom det kan medföra att hen drabbas av läckage. Med individuell utprovning av blöjor kan förskrivning av stora blöjor minskas som annars leder till minskad komfort, begränsad rörelseförmåga och välbefinnande hos den enskilde (Avfall Sverige 2015, s.7). Enligt Senior Alert (2013) är toalettassistans utifrån ett toalettschema värdefullt för att undvika att blöjor ersätter toalettbesök.

Ytterligare en social aspekt är att vid barnafödande sker fysiologiska förändringar som kan leda till UI vilket medför att det är av betydelse att påbörja bäckenbottenträning i ett tidigt skede efter första graviditeten (Mullins, Wallis & Domenyes 2010). En studie i Australien från år 2014 visar att det är vanligt att kvinnor besväras av inkontinens efter graviditeten samt att det hör till ovanligheten att inkontinens tas upp på uppföljningssamtal. Inkontinensen begränsar dem i deras dagliga liv och påverkar deras livskvalitet negativt. Det är betydelsefullt att ha riktlinjer som tar upp inkontinens vid graviditet i ett tidigt skede (Brown et al. 2014). Distriktssköterskor och sjuksköterskor på barnavårdscentraler har en betydelsefull uppgift gällande preventiv vård där muntlig och skriftlig information för att förebygga bör ges för att på så vis motverka inkontinens i framtiden. Ytterligare exempel kan vara att etablera kontakt och erbjuda sjukgymnastik och "mammagympa" i ett tidigt stadium för att förbättra prognosen och minska lidandet för dem som är drabbade och önskar handledning.

SLUTSATS

Socialstyrelsens rekommendationer följs inte vid förskrivning av hjälpmedel vid UI. Resultatet från enkäten visar att det fanns stora kunskapsluckor hos förskrivarna inom individuell utredning och utprovning vilket leder till ökat lidande för patienter med urininkontinens. Utifrån studiens resultat har vi fått svar på syftets frågeställningar:

1. I vissa delar inom individuell utredning följer förskrivare i primärvården föreskrifterna bättre än vad förskrivare i hemsjukvården gör. Det var signifikanta skillnader mellan PV och HSV på frågan vad som bör ingå i en individuell utredning till primärvårdens fördel. Exempelvis svarade fler i PV att följande undersökningar bör ingå vid en individuell utredning: urinprov, gynekologisk undersökning och miktionslista. Däremot användes inte standardiserade blanketter varken i PV eller HSV och blöjvägningstester utfördes inte i någon större utsträckning. Dock ansåg majoriteten av förskrivarna att de hade tillräckligt med kunskap om individuell utprovning där 30 (70%) i PV svarade ”Ja, absolut” eller ”Ja, till viss del”, motsvarande siffra för HSV var 18 (48%).
2. Inkontinensombud som har en betydelsefull uppgift saknas till stor utsträckning inom både PV och HSV. Fyrtioen (95%) av förskrivarna i PV ansåg att ombuden var distriktssköterskor och motsvarande siffra för HSV var en (3%). Tolv (32%) av förskrivarna i HSV ansåg att ombuden var undersköterskor. Anmärkningsvärt var att 14 (38%) av förskrivarna inom HSV inte besvarade frågan.
3. Majoriteten av förskrivarna ansåg att de behövde mer tid för att engagera sig i utprovning av individuell anpassning av blöjor vid UI men resultatet indikerar att behovet av mer tid var större inom HSV. Förskrivare inom båda grupperna menade att deras kunskaper var tillräckliga. Båda grupperna ansåg att de redan har utbildning inom UI men att de önskar kompletterad utbildning om individuell utredning vid UI, vilket inte erbjuds inom organisationerna. Det fanns även skillnad mellan PV och HSV beträffande önskan att engagera sig mer i utprovning av individuellt anpassade blöjor vid UI där fler inom HSV hade en sådan önskan. Förskrivare i båda grupperna ansåg däremot att deras roll som förskrivare var tydlig.
4. Det finns skillnader i förskrivning av inkontinenshjälpmedel mellan PV och HSV inom följande frågeställningar huruvida:
 - blöjor är anpassade efter urinläckagets storlek
 - förskrivning av blöjor föregås med individuell utprovning
 - förskrivare har önskemål om mer tid för att engagera sig i individuell utprovning av blöjor
 - det finns kunskap om individuell utredning på aktuell arbetsplats
 - förskrivare har utbildning inom urininkontinens
 - förskrivare vill engagera sig mer i utprovning av individuellt

anpassade blöjor

Framtida forskning

För att få en mer djupgående kunskap om organisationerna skulle det vara önskvärt att göra en kvalitativ innehållsanalys av studiens öppna frågor som finns med i enkäten och ställa det i relation till studiens resultat. En patientbaserad studie om hur det är att drabbas av urininkontinens och hur det påverkar livskvalitén hade kunnat vara ett led i en framtida omvårdnadsforskning med patienten i centrum. Preventivt arbete i ett tidigt skede är betydelsefullt för att motverka framtida urininkontinens.

REFERENSER

Abrams, P., Gardonzo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P & Ulmsten, U. (2002) The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-Committee of the Interantional Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, (21) ss. 167-78.
DOI: 10.1002/nau.10052

Abrams, P., Cardozo, L. & Wein, A. (2014). Fourth international consultation on incontinence. Research Society 2013. *Neurourology and Urodynamics*, 33(5), ss. 571-572. DOI: 10.1002/nau.22617

Albers-Heitner C. P., M. Lagro-Janssen A. L., Venema P. L., Berghmans L. C. M., Winkens R. A. G., de Jonge A. & Joore M. A. (2011). Experiences and attitudes of nurse specialists in primary care regarding their role in care for patients with urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25(2), ss. 303–310.
DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00827.x

Avfall Sverige. Rapport: 2015:03. *Goda exempel på avfallsförebyggande*.
<http://www.avfallsverige.se/fileadmin/uploads/Rapporter/2015-03.pdf> [2015-05-17].

Avery JC, Braunack-Mayer AJ, Stocks NP, Taylor AW, & Duggan P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *OA Women's Health*. 1(1): 9

Babra M. (2015). *Regler kring förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel/urologiskt material vid urininkontinens urinretention och avföringsinkontinens*.
http://www.lul.se/Global/PV/Extran%C3%A4t/Hemv%C3%A5rdsenheten/Reglerforskivning_2015_.pdf [2016-01-16].

Benner, P. (1993). *Från novis till expert. Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Studentlitteratur AB, Lund.

Broome, BA. (2003). The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1).
DOI:10.1186/1477-7525-1-35

Brown S., Gartland D., Perlen S., McDonald E. & MacArthur C. (2015). Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(7), ss. 954-962.
DOI: 10.1111/1471-0528.12963

Codex. Regler och riktlinjer för forskning. *Forskningsetisk prövning*.
<http://codex.vr.se/manniska5.shtml> [2015-10-11].

Conner, E. & Lind, L. (2011). Urinary incontinence in nursing homes: Epidemiology and management guidelines. *Primary Care Update for OB/GYNS*. 6(8), ss. 248-252.
DOI: 10.1016/S1068-607X(01)00090-7

Dahlberg, K. Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Natur Kultur, Stockholm.

Distriktssköterskeförbundet i Sverige. Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska.
http://www.distriktsskoterska.se/download.php?f_id=135&id=1 [2015-08-12].

Drevenhorn, E. (Red). (2010). *Hemsjukvård*. Studentlitteratur AB, Lund.

Edgley, J. (2002.) The psychosocial impact of incontinence on older people: a review. *Nurs Older People*, 14(1): 17–9.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Studentlitteratur AB, Lund.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur AB, Lund.

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur AB, Lund.

Fitzgerald, MP., Thom, DH., Wassel-Fyr, C., Subak, L., Brubaker, L., Van Den Eeden, SK. & Brown, JS. (2006). Childhood urinary symptoms predict adult overactive bladder symptoms. *The Journal of Urology*, 175 (3), ss. 989-993.

Global Forum on incontinence (5th), Conference Summary Report, 2014. *Better care, better health – towards a framework for better continence solutions*.
<http://www.gfiforum.com/Documents/Madrid-2014/Conference%20Summary%20Report%205th%20GFI.pdf> [2014-12-23]

Göteborgs Stad Gunnared (2006). "Tidigare tänkte jag inte i de banorna – blöjor och livskvalitet". *Inkontinensprojekt inom äldreomsorgen i Gunnared*.
<http://docplayer.se/4694088-Sammanfattning-sid-3.html> [2015-05-15]

Hall J., Cantrill J. & Noyce P. (2006) Why don't trained community nurse prescribers prescribe? *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 403-412.
DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01227.x

Hall, J., Noyce, P & Catrill, J. (2008). Why do district nurse prescribers alter their prescribing patterns? *British Journal of Community Nursing*. 13(11), ss. 507-513.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2008.13.11.31522>

Hayder D. & Schnepf W. (2015). Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative Study. *Western Journal of Nursing Research*, 32(4), ss.480-496.
DOI: 10.1177/0193945909354903.

Hannestad, YS., Lie, RT., Rortveit, G. & Hunskaar, S. (2004). Familial risk of urinary incontinence in women: Population based cross sectional study. *British Medical Journal*, 329(10): 889-91.
DOI: 10.1136/bmj.329.7471.889

Hannestad, Y.S., Rortveijt, G., Hunskaar, S. (2002). Help seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPICONT Study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(2):102-7.

ICS International Continence Society (2013). *ICS Fact Sheets. A Background to Urinary and Faecal Incontinence*.
<http://www.ics.org/Documents/DocumentsDownload.aspx?DocumentID=2172> [2014-12-10]

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier. Analys och utvärdering*. Studentlitteratur AB, Lund.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm. Natur och Kultur.

Mullins, E., Wales, N. & Domoney, C. (2010). Incontinence after childbirth. *Practice Nurse*, 40(10), ss. 41-44.
<http://search.proquest.com.lib.costello.pub.hb.se/docview/851551684/fulltextPDF?accountid=9670> [2015-12-10].

Nationella kvalitetsregistret Senior Alert. 2014.
<http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43224> [2015-05-02].

Nikola.nu (2013). *Livskvalitetsbedömning blåspröblem*.
(http://nikola.nu/sites/all/files/documents/blanketter/livskvalitetsbedomning_blasproblemm.pdf) [2016-01-16].

Nikola.nu (2015). *Förskrivning av hjälpmedel*.
<http://www.nikola.nu/filmer/forskrivning-av-hjalpmedel> [2015-08-10].

Nygaard, I. (2010). Ideopathic urgency urinary incontinence. *The New England Journal of Medicine*, 363(12), ss. 1156-1162.

DOI: 10.1056/NEJMcp1003849

Papanicolaous, S., Hunskaar, S. & Sykes, D. (2005). Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *British Journal of Urology International*, 96(6), ss. 831-838.

DOI: 10.1111/j.1464-410X.2005.05722.x

Polit, D. & Beck, C. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and Strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451-1458.
DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004

Payne, D. (2015). Selecting appropriate absorbent products to treat urinary incontinence. *British Journal of Community Nursing*. 20(11), ss. 551-558.

Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för distriktssköterskor (2004). *12.12 Kvalitetsindikatorer för Urininkontinens*. <http://docplayer.se/6430442-12-12-kvalitetsindikatorer-for-urininkontinens.html> [2015-08-13].

SBU. *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. Rapport nr 219*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013. http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/SBU_Urininkontinens_2013_219.pdf [2015-05-02].

Sehic, S., Lindqvist, K. & Drevenhorn, E. (2012). Distriktssköterskans upplevelse av förskrivningsrätten. *Vård I Norden*, 32(1), ss. 30-35.

Senior Alert (2013). *Om blåsdysfunktion (inkontinens) med referenser*. http://plus.rjl.se/info_files/infosida40377/kunskapsunderlag_senior_a_blasdyfunktion_m_referenser_131212_ny.pdf [2015-10-20].

SFS 2003:460 *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/ [2015-11-13].

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*. https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ [2016-01-16].

Socialstyrelsen. SOSFS 2008:1. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-1> [2015-05-02].

Socialstyrelsen (2009). *Mot en effektivare kunskapsstyrning. Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17796/2009-10-124.pdf>. [2015-12-20].

Socialstyrelsen (2011). *På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18248/2011-2-14.pdf>. [2015-12-20].

Socialstyrelsen (2013). *Urininkontinens i öppna jämförelser*. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/urininkontinens-kunskapsunderlag-130624.pdf> [2016-01-16].

Socialstyrelsen (2014). *Underlag till frågor om urininkontinens*. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/aldre-kommun-och-enhetsundersokningen-urininkontinens-140220.pdf> [2015-05-02].

Subak, L., Wing, R., Smith, D., Frankling, F., Vittinghoff, E., Creasman, J., Richter, H., Myers, D., Burgio, K., Gorin, A., Macer, J., Kusek, J. & Grady, D. (2009). Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *The New England Journal of Medicine*. (29)360:481-90.
DOI: 10.1056/NEJMoa0806375.

Svensk sjuksköterskeförening, SSF (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande Arbete* <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf> [2015-11-10].

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2005). *Gör och lär. Ett smakprov på förbättringskunskapsteori och praktik i hälso- och sjukvården*.
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-126-2.pdf?issuusl=ignore> [2016-01-03]

Teplyh, L. (2006) *Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel i kommunala särskilda boenden*. Specialistutbildning för vård av äldre, Institutionen för Hälsa och Samhälle: Högskolan i Dalarna.
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:518096/FULLTEXT01.pdf> [2015-05-15]

Vetenskapsrådet. (2003). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Codex. Regler och riktlinjer för forskning*.
<http://www.codex.uu.se/index.shtml> [2015-05-05].

Vårdhandboken. *Översikt. Urininkontinens*.
<http://www.vardhandboken.se/texter/urininkontinens/oversikt/> [2015-05-02].

Vårdhandboken. *Urininkontinens hos vuxna*.
<http://www.vardhandboken.se/texter/urininkontinens/urininkontinens-hos-vuxna/> [2015-10-20].

Västra Götalandsregionen, (2009). *Regionalt vårdprogram 2009. Urininkontinens*.
<http://www.vgregion.se/Pages/57612/Urininkontinens.pdf> [2015-12-28].

Västra Götalands Riktlinjer, 2008. *Kvalitetsdokument*.
<http://www.vgregion.se/sv/Regionservice/tjanster/Centrum-for-Lakemedelsnara-produkter/Inkontinenscentrum/Kvalitetsutveckling/> [2015-05-02].

Västra Götalands Regionservice, 2011. *Vårdprogram. Blås- och tarmfunktionsproblem inom kommunal hälso- och sjukvård*
<http://www.vgregion.se/upload/Hj%c3%a4lpmedelsf%c3%b6rvaltningen/Inko/Blank%2cinstr%2cbrosch/V%c3%a5rdprogram%20okt-11%20m%20bilagor%20just%20aug%202013.pdf> [2015-11-08].

Västra Götalands Regionservice, 2013. *Manual till anamnesformulär. Basalutredning. Inkontinens. Blås- och tarmfunktionsstörning.*
<http://www.vgregion.se/upload/Hj%C3%A4lpmedelsf%C3%B6rvaltningen/Inko/Manual%20jan%202013.pdf> [2015-11-14].

Västra Götalandsregionen, (2015). *Hjälpmedel i Västra Götaland.*
<http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Hjalpmedel/Hjalpmedel-i-Vastra-Gotaland/Handboken/Vagledning-for-bedomning-och-forskrivning-av-hjalpmedel/Forskrivningaproccessen/> [2015-11-18].

Wagg, A., Newman, D., Leichsenring, K. & van Houten, P. (2014). Developing an internationally-applicable service specification for continence care: systematic review, evidence synthesis and expert consensus. *Plos one*. 8(9) 1-11.

Wagg, A., Duckett, J., McClurg, D., Harari, D. & Lowe, D. (2011). To what extent are national guidelines for the management of urinary incontinence in women adhered to? Data from a national audit. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03100.x

Willman A., Stoltz P. och Bahtsevani C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet.* Studentlitteratur AB, Lund.



Enkät till förskrivare av hjälpmedel vid urininkontinens

- 1. Jag arbetar som:**
- | | |
|--------------------|------------------|
| Distriktssköterska | () ₁ |
| Sjuksköterska | () ₂ |
| Undersköterska | () ₃ |
| Sjukvårdsbiträde | () ₄ |

2.a. Vilken organisation arbetar du inom?

- | | |
|------------------|------------------|
| Primärvård | Hemsjukvård |
| () ₁ | () ₂ |

2.b. Om du arbetar i hemsjukvården, var arbetar du?

- | | |
|-------------------|------------------|
| | Ordinärt |
| Särskilt beoende? | beoende? |
| () ₁ | () ₂ |

3. Hur länge har du förskrivit inkontinenshjälpmedel?

- | | | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <1 år | 1-2 år | 2-3 år | 3-5 år | > 5år |
| () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ | () ₅ |

4. Finns ombud för urininkontinens på din arbetsplats?

- | | | | |
|------------------|----------------------|------------------|-------------------|
| Ja,
absolut | Ja, till
viss del | Tveksamt | Nej,
inte alls |
| () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |

5. Är du ombud för urininkontinens?

- | | |
|------------------|------------------|
| Ja | Nej |
| () ₁ | () ₂ |

6. Vilken profession har urininkontinensombudet på din arbetsplats?

- | | |
|-----------------------|------------------|
| a. Distriktssköterska | () ₁ |
| b. Sjuksköterska | () ₂ |
| c. Undersköterska | () ₃ |
| d. Sjukvårdsbiträde | () ₄ |

7.a. Har du utbildning inom urininkontinens?

Ja, absolut () ₁	Ja, till viss del () ₂	Tveksamt () ₃	Nej, inte alls () ₄
------------------------------------	--	------------------------------	---------------------------------------

7.b. Om ja, vilken utbildning?

.....

8. Är din roll tydlig som förskrivare av blöjor vid urininkontinens?

Ja, absolut () ₁	Ja, till viss del () ₂	Tveksamt () ₃	Nej, inte alls () ₄
------------------------------------	--	------------------------------	---------------------------------------

9. Är dina kunskaper tillräckliga om orsaker till urininkontinens?

Ja, absolut () ₁	Ja, till viss del () ₂	Tveksamt () ₃	Nej, inte alls () ₄
------------------------------------	--	------------------------------	---------------------------------------

10. Önskar du utbildning om inkontinensutredning inkl utprovning av blöjor?

Ja, absolut () ₁	Ja, till viss del () ₂	Tveksamt () ₃	Nej, inte alls () ₄
---------------------------------	--	------------------------------	---------------------------------------

12. Vad anser du bör ingå i en utredning av urininkontinens? Fler svar möjliga.

- | | |
|---|------------------|
| a. Anamnes-Status | () ₁ |
| b. Urinprov | () ₂ |
| c. Gynekologisk undersökning | () ₃ |
| d. Blodprov, P-glukos | () ₄ |
| e. Blodprover, CRP/SR | () ₅ |
| f. Miktionslista | () ₆ |
| g. Kontinenstest (blöjvägningstest) under 24 timmar | () ₇ |
| h. Kontinenstest (blöjvägningstest) under 48 timmar | () ₈ |
| i. Residualurinsmätning | () ₉ |

13.a. Använder du blankett vid individuell utprovning av blöjor?

Ja, absolut () ₁	Ja, till viss del () ₂	Tveksamt () ₃	Nej, inte alls () ₄
---------------------------------	--	------------------------------	---------------------------------------

13.b. Om Ja, vilken/vilka?.....

.....

14. Finns det tillräcklig kunskap om individuell utprovning av blöjor vid urininkontinens på din arbetsplats?

	Ja, till		Nej,
Ja, absolut	viss del	Tveksamt	inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

15. Är blöjorna som används anpassade efter urinläckagets storlek?

	Ja, till		Nej,
Ja, absolut	viss del	Tveksamt	inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

16. Föregås förskrivning av blöjor vid urininkontinens av individuell utprovning på din arbetsplats?

	Ja, till		Nej,
Ja, absolut	viss del	Tveksamt	inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

17. Görs ny individuell utprovning av blöjor vid inskrivning av personer med urininkontinens?

	Ja, till		Nej,
Ja, absolut	viss del	Tveksamt	inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

18. Är du förtrogen med hur blöjvägningstestet görs?

	Ja, till		Nej,
Ja, absolut	viss del	Tveksamt	inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

19. Vilka utför blöjvägningstester inom din organisation?

a.	
Ingen	() ₁
b. Vet ej	() ₂
c. Distriktssköterskor	() ₃
d. Sjuksköterskor	() ₄
e. Undersköterskor	() ₅
f. Sjukvårdsbiträden	() ₆

20. Behöver du mer tid för att engagera dig i utprovning av individuellt anpassade blöjor vid urininkontinens?

	Ja, till		Nej,
Ja, absolut	viss del	Tveksamt	inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

21. Tror du att kostnaderna förändras om blöjor utprovas individuellt?

Ingen skillnad	Minskar mycket	Minskar något	Ökar något	Ökar mycket
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄	() ₅

22. Vill du engagera dig mer, än vad du gör idag, i utprovning av individuellt anpassade blöjor vid urininkontinens?

Ja, absolut	Ja, till viss del	Tveksamt	Nej, inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

23. Erbjuds du utbildning inom urininkontinens av din arbetsgivare?

Ja, absolut	Ja, till viss del	Tveksamt	Nej, inte alls
() ₁	() ₂	() ₃	() ₄

24. Övriga kommentarer.....

.....
.....
.....

***Tack för din medverkan!
Hör gärna av er vid frågor.***

***Lillian Alnäs Kontakt:
Camilla Lehmann Kontakt:***



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Till Verksamhetschef för godkännande av enkätstudie

Vi är två distriktssköterskestudenter som ska skriva en magisteruppsats vid Högskolan i Borås. Vi har erfarenhet av att genomföra studier och vår utbildning har lett till att vi blivit medvetna om hur omfattande urininkontinens kan vara. Det är ett folkhälsoproblem som kan vara fyllt med skam, vilket medför att det är ett dolt problem. Syftet med denna studie är att kartlägga förskrivningsprocessen i primärvård och hemsjukvård, för att få en förståelse för förskrivning av hjälpmedel vid urininkontinens.

Urininkontinens är ett folkhälsoproblem som ökar vid stigande ålder. I framtiden kommer medellivslängden och befolkningen öka vilket medför en ökad kostnad av hjälpmedel vid urininkontinens. Förskrivare av dessa hjälpmedel har därför en betydelsefull funktion.

Studien baseras på enkäter och vänder sig till den personal som arbetar regelbundet med att förskriva inkontinenshjälpmedel oavsett tillhörande yrkesgrupp.

Vi undrar om ni kan bistå oss med en lista med namn och kontaktuppgifter på de som förskriver hjälpmedel vid urininkontinens i hemsjukvård och primärvård i ert distrikt.

När studien är färdig finns den tillgänglig på Högskolan i Borås hemsida
<http://bada.hb.se/handle/2320/1848>

Vid frågor kan ni kontakta oss eller vår handledare.

Vänliga hälsningar

Camilla Lehmann
Leg. Sjuksköterska
Tfn:
E-post:

Lillian Alnäs
Leg. Sjuksköterska
Tfn:
E-post:

Handledare
Karin Josefsson, leg. Sjuksköterska
Docent, Universitetslektor
Medicine doktor i klinisk äldreforskning
E-post:

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Camilla Lehmann och Lillian Alnäs genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

.....
Namn

.....
Titel

.....
Verksamhet

.....
Ort och Datum



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Förfrågan om deltagande i enkätstudie

Vi är två distriktssköterskestudenter som ska skriva en magisteruppsats vid Högskolan i Borås. Vi har erfarenhet av att genomföra studier och vår utbildning har lett till att vi blivit medvetna om hur omfattande urininkontinens är. Det är ett folkhälsoproblem som kan vara fyllt med skam, vilket medför att det kan vara ett dolt problem. Syftet med denna studie är att kartlägga förskrivningsprocessen i primärvård och hemsjukvård, för att få en förståelse för förskrivning av hjälpmedel vid urininkontinens. Studien vänder sig till dig som, oavsett yrkesgrupp, arbetar regelbundet med att förskriva hjälpmedel vid urininkontinens i Västra Götalandsregionen.

Enkäten tar cirka 10 min att besvara. Ditt deltagande i studien är frivilligt. Alla enkätsvar behandlas konfidentiellt och ditt namn, arbetsplats eller stadsnamn kommer inte att nämnas i uppsatsen. Om du bestämmer dig för att delta kommer din besvarade enkät ses som ett skriftligt samtycke till deltagande i studien. Enkäten fylls i antingen vid personligt möte till exempel vid APT och samlas in vid det tillfället eller skickas via brev med frankerat svarskuvert. När studien är färdig finns den tillgänglig på Högskolan i Borås hemsida <http://bada.hb.se/handle/2320/1848>

Vid frågor kan ni kontakta oss eller vår handledare.

Camilla Lehmann
Leg. Sjuksköterska
Tfn:
E-post:

Lillian Alnäs
Leg. Sjuksköterska
Tfn:
E-post:

Handledare Karin Josefsson
Leg. Sjuksköterska, Docent, Universitetslektor
Medicine doktor i klinisk äldreforskning
E-post: