



URININKONTINENS HOS KVINDER

– Evaluering af udredning og behandling i
almen praksis og på hospital

2009

Urininkontinens hos kvinder – evaluering af udredning og behandling i almen praksis og på hospital

© Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering

Emneord: Evaluering, almen praksis, hospital, inkontinens, udredning

Format: pdf

Version: 1,0 – uden bilag

Versionsdato: 12. december 2009

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, december 2009

Kategori: Faglig rådgivning

Design af rapportskabelon: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Opsætning af rapport: Rosendahls-Schultz Grafisk A/S

Layout af forside: Wright Graphics

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-012-8

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering

Urininkontinens hos kvinder – evaluering af udredning og behandling i almen praksis og på hospital

København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2009

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Monitorering & MTV

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: emm@sst.dk

Hjemmeside: www.sst.dk

Rapporten kan downloades fra www.sst.dk under udgivelser

Indhold

Sammenfatning	4
1 Indledning	7
1.1 Sundhedsstyrelsens evaluering af inkontinensbehandlingen i 2001	8
1.2 Formål med evalueringen	9
1.3 Evalueringens afgrænsning	9
1.4 Evalueringens indhold	9
1.5 Evalueringens organisering	9
1.6 Evalueringens metode	10
1.6.1 Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, som er blevet udredt og behandlet for urininkontinens i primærsektoren	10
1.6.2 Spørgeskemaundersøgelse på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger	11
2 Delundersøgelse 1: Udredning og behandling af kvinder med urininkontinens hos egen læge/speciallæge	12
2.1 Metode for delundersøgelse 1	12
2.2 Baggrundsdata og symptomer for kvindernes henvendelse hos egen læge eller speciallæge	13
2.3 Klinisk vejledning. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin 1999	16
2.4 Resultater af delundersøgelse 1	17
2.4.1 Konsultation 1: Anamnese og kliniske undersøgelser	17
2.4.2 Konsultation 2: Klinisk vurdering og behandling i almen praksis	22
2.5 Faglig kvalitet og patientoplevelse	23
2.6 Konklusion og perspektiver på delundersøgelse 1	26
3 Delundersøgelse 2: Udredning og behandling af kvinder med urininkontinens på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger	28
3.1 Metode for delundersøgelse 2	28
3.2 Organiseringen af udredningsforløbet	29
3.3 DSOs Urogynækologiske guidelines	31
3.3.1 Niveau 1 – basalt udredningsniveau	32
3.3.2 Niveau 1 – behandling	35
3.3.3 Niveau 2 – udvidet udredningsniveau	37
3.3.4 Niveau 2 – behandling	39
3.3.5 Niveau 3 – landsdels niveau	43
3.4 Konklusion og perspektiver på delundersøgelse 2	43

Sammenfatning

Urininkontinens er et almindeligt symptom hos kvinder i alle aldersgrupper. Prævalensen af urininkontinens tiltager med alderen og særligt efter fødsler. Således viste en dansk undersøgelse, at 16 % af alle kvinder i alderen 40-60 år er urininkontinente, mens andelen stiger til 50 % for kvinder over 75 år.

Uanset om kvinden lider af stressinkontinens, urgeinkontinens eller blandingsinkontinens findes der imidlertid en række forskellige behandlingsmetoder, som både tilbydes i primærsektoren hos egen læge eller hos speciallæge i gynækologi og urologi eller i sekundærsektoren på urologiske og gynækologiske afdelinger.

Formålet med denne evaluering er at undersøge udrednings- og behandlingsforløb i primærsektoren og på hospitaler med henblik på at vurdere om de eksisterende kliniske vejledninger og guidelines følges i den kliniske praksis.

Dette er gjort ved at gennemføre to spørgeskemaundersøgelser. En blandt afdelingsledelserne på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger og en blandt kvinder med urininkontinens, som er blevet udredt i almen praksis eller hos speciallæge. Der er desuden suppleret med dataudtræk fra landspatientregisteret for at opgøre operationsaktivitet.

Udredning og behandling af kvinder med urininkontinens hos egen læge/speciallæge

Baseret på kvindernes egen vurdering, er de stærkt plaget af deres urininkontinens, når de henvender sig til egen læge. Således angiver mere end hver anden kvinde (55 %), at de lækkede flere gange om dagen inden de henvendte sig til egen læge. På en skala fra 0 til 10, hvor 0 er slet ikke påvirket og 10 er en hel del påvirket af deres urininkontinens, ender gennemsnitsscoren på 7,4 og næsten hver tredje kvinde (29 %) sætter kryds ud for højeste score 10.

Hvor de almen praktiserende læger generelt er gode til at optage anamnese for kvinderne, ser det generelt værre ud i forhold til at gennemføre de kliniske undersøgelser af kvinderne, som anbefales i Dansk Selskab for Almen Medicins (DSAMs) kliniske vejledning for udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis.

Således fik 130 ud af spørgeskemaundersøgelsens 189 kvinder (69 %) foretaget en gynækologisk undersøgelse i almen praksis, mens hver anden kvinde (52 %) fik tjekket deres knibekraft, 44 % af kvinderne fik udleveret et væske- og vandladningsskema, mens 36 % fik undersøgt deres urin for blod, sukker og leukocytter. Næsten hver femte kvinde (19 %) fik ikke foretaget nogen undersøgelser i almen praksis overhovedet.

Det må anses for utilfredsstillende, at DSAMs kliniske vejledning ikke følges i praksis og at patienterne ikke er fuldt udredt, når de henvises til hospitalet. Det øger arbejdsbyrden i hospitalernes ambulatorier og kan give anledning til, at kvindernes tillid til den praktiserende læge mindskes.

Det ser ikke bedre ud, når det gælder de behandlingsmetoder kvinderne tilbydes i almen praksis. I spørgeskemaet angav 40 % af de urininkontinente kvinder, at de ikke havde modtaget nogen behandling i almen praksis. Hver fjerde kvinde (24 %) blev instrueret i bækkenbundstræning, mens 18 % blev henvist til bækkenbundstræning hos

en fysioterapeut. En behandlingsmetode, som ofte angives som førstevalgsterapi. 18 % af kvinderne fik udskrevet medicin mod urininkontinens.

At 40 % af kvinderne ikke bliver behandlet i almen praksis kan skyldes, at de enten har haft alarmsymptomer eller fund, som fører til, at de henvises direkte til hospitalet uden forudgående behandling i almen praksis. Men det kan også skyldes, at kvinderne ikke er blevet udredt grundigt nok til at igangsætte en passende behandling og i stedet er blevet henvist direkte til hospitalet.

Det bør således tilstræbes, at en større andel af kvinderne først behandles i almen praksis inden de eventuelt henvises til hospitalet. En norsk undersøgelse har således vist, at 70 % af kvinder med urininkontinens kan udredes og behandles med relativt få ressourcer i primærsektoren.

På trods af, at kvinderne rapporterer, at DSAMs kliniske vejledning ikke i tilstrækkelig grad følges i praksis, så er kvinderne generelt tilfredse med deres egen læge og speciallægen. Således giver hver anden kvinde (52 %) topkarakteren 10 til den læge, der henviser dem til hospitalet. Gennemsnittet på en skala fra 0 til 10 ender på flotte 8,4.

Forklaringerne kan være flere såvel som flertydige. Et bud er, at kvinderne sandsynligvis ikke kender til DSAMs retningslinjer, og derfor ikke ved, om de har fået de undersøgelser og behandlinger, som anbefales. Et andet bud er, at kvinderne vægter kontakten til lægen og kommunikationen med denne højere end, hvorvidt de skal udfylde et væske- og vandladningsskema eller ej. 86 % af kvinderne angiver således, at de følte sig trygge ved at fortælle lægen om deres problemer.

Udredning og behandling af kvinder med urininkontinens på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger

Der synes at være sket en bevægelse over de senere år i forhold til, hvor i hospitalsvæsenet kvinder med urininkontinens udredes og behandles. Tidligere foregik dette både på gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger, mens det i dag fortrinsvis udføres indenfor det gynækologiske speciale. Andelen af gynækologiske afdelinger er væsentlig højere (60 %) i nærværende evaluering end i en sammenlignelig evaluering gennemført af Sundhedsstyrelsen i 2001 (42 %). Dette modsvarer af et fald i andelen af urologiske afdelinger fra 47 % i 2001 til 26 % i 2009.

Praksis på landets gynækologiske og urologiske afdelinger er i evalueringen gennem en spørgeskemaundersøgelse på hospitalsafdelinger vurderet op imod Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOGs) urogynækologiske guidelines fra 2003.

Når det gælder den basale udredning af kvinder med urininkontinens rapporterer landets hospitalsafdelinger selv, at de fuldt ud lever op til anbefalingerne i DSOGs guidelines. Således optager alle undersøgelsens 42 afdelinger (100 %) altid anamnese på kvinder med simpel urininkontinens, mens 90 % af afdelingerne altid gennemfører en objektiv undersøgelse af selvsamme kvinder. 90 % af afdelingerne gennemfører urinalyse ved stix, mens 86 % altid udleverer væske/vandladningsskemaer.

De urodynamiske undersøgelser anbefales i DSOGs guidelines anvendt overfor de kvinder, som enten ikke tidligere har fået foretaget en basal udredning, eller som ikke har opnået et tilfredsstillende resultat ved non-kirurgisk behandling, samt kvinder med kompliceret urininkontinens.

Også når det gælder de urodynamiske undersøgelser følger landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger DSOGs guidelines. Alle 42 afdelinger (100 %) gennemfører således altid eller ofte residualurinbestemmelse, mens det tilsvarende tal for uroflowmetri er 88 %. 81 % af afdelingerne svarer, at de altid eller ofte gennemfører cystometri, mens det tilsvarende tal for tryk-flow undersøgelser er 76 %. Derimod gennemfører blot én afdeling (2 %) altid cystoskopi, mens 27 afdelinger (64 %) ofte gennemfører cystoskopi.

Vender man blikket mod selve behandlingen af kvinder med urininkontinens på landets gynækologiske og urologiske afdelinger skelnes der i DSOGs guidelines mellem de non-kirurgiske og de kirurgiske behandlingsmetoder.

Ser man på udviklingen i de non-kirurgiske behandlingsmetoder fra 2001 frem til i dag, så spores der visse forskelle. Mest markante forskel ses i andelen af afdelinger, der henviser kvinderne til bækkenbundstræning på hospitalet. Dette tal falder fra 89 % i 2001 til 62 % i 2009. Dette fald skyldes givetvis den ændrede opgavefordeling på genoptræningsområdet mellem kommuner og regioner, som trådte i kraft i forbindelse med kommunalreformen.

En anden væsentlig forskel findes i andelen af afdelinger, der altid eller ofte tilbyder systemisk østrogen behandling. Dette tal er faldet fra 50 % i 2001 til 0 % i 2009. Overgangen fra systemisk til lokal østrogen behandling må betegnes som en positiv udvikling indenfor behandlingen af kvinder med urininkontinens, idet kvindernes risiko for brystkræft øges ved systemisk østrogen behandling.

I forhold til de kirurgiske indgreb, kan det ud fra evalueringens resultater konkluderes, at der er kommet et nyt behandlingsregime hen imod mindre invasive operationstyper som slyngplastik og intraurethral injektion.

Slyngplastik er således den klart foretrukne operationstype i 2009, idet slyngplastik TVT anvendes på 23 afdelinger, mens 18 afdelinger anvender slyngplastik TOT. Også intraurethral injektion med bulkamid er hyppigt anvendt i 2009, idet 19 afdelinger anvender denne operationstype. Kolposuspension udføres ikke længere og forvægsplastik evt. med Kelly sutur anvendes i 2009 kun på syv afdelinger mod 19 afdelinger i 2001.

Der ses fortsat en spredt kirurgisk aktivitet på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger i 2009. Forholdsvis mange afdelinger gennemfører flere forskellige kirurgiske indgreb set i forhold til ønskelig faglig praksis. Denne spredning påvirker kvaliteten i behandlingen og øger risikoen for komplikationer, eftersom der kræves en vis rutine udi de kirurgiske indgreb, som kan være vanskelig at opretholde ved den spredte aktivitet.

2001 evalueringen konkluderer, at der er forholdsvis stor uensartethed i forhold til, hvilke afdelinger, der gennemfører hvilke behandlinger. Denne evalueringens konklusion er i, at der i dag er for mange afdelinger, der gennemfører kirurgiske indgreb.

I stedet for øget ensartethed landet over må ambitionen derfor være at samle den kirurgiske aktivitet på færre afdelinger, så rutine såvel som ekspertise fremover kan opbygges til gavn for kvinder med urininkontinens. En sådan samling af den kirurgiske aktivitet ligger i forlængelse af intentionen i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

1 Indledning

Urininkontinens er et almindeligt symptom hos kvinder i alle aldersgrupper, men ses specielt hos ældre kvinder. Andelen af kvinder med urininkontinens varierer fra 25 % til 45 %, afhængigt af hvordan symptomet afgrænses, hvilke undersøgelsesmetoder der anvendes, og hvilken population der undersøges.¹ Et dansk studie fra 2000^{2,3} viste, at andelen af kvinder med urininkontinens mindst én gang om ugen var 300.000 eller 16 %.

Inkontinens kan inddeles i forskellige typer:

- Stressinkontinens
- urgeinkontinens
- blandingsinkontinens
- kan ikke klassificeres.

Stressinkontinens kan beskrives som urinlækage ved anstrengelser såsom hoste, nys, ved fysisk aktivitet og lignende. Stressinkontinens optræder sædvanligvis hos omkring 40 % af kvinderne og udgør den hyppigste form for urininkontinens før menopausen.

Urgeinkontinens kan beskrives som her og nu vandladning eller blæretømning uden kontrol. Cirka 20 % af de urininkontinente kvinder har denne form for inkontinens, der indebærer hyppige vandladninger hele døgnet.

Blandingsinkontinens består af en blanding af både stress- og urgeinkontinens. Cirka 30 % af kvinder med urininkontinens har denne type inkontinens, som tiltager i hyppighed efter menopausen.

Hos omkring 10 % af kvinderne kan inkontinenstypen ikke klassificeres.

Prævalensen af urininkontinens tiltager med alderen og særligt efter fødsler.⁴ Således viste en dansk undersøgelse, at 16 % af alle kvinder i alderen 40-60 år havde urininkontinens, mens andelen stiger til 50 % for kvinder over 75 år.⁵

Det er imidlertid kun hver fjerde kvinde (25 %) med urininkontinens, som henvender sig til læge med problemet. Den lave henvendelsesfrekvens kan skyldes, at kvindernes inkontinens ikke i tilstrækkelig grad påvirker deres livskvalitet, således at de behøver at gå til lægen med problemet. Men det kan også skyldes problemets tabubelagte karakter og en fejlopfattelse blandt kvinderne af, at urininkontinens ikke kan behandles. Endnu færre igen henvises til ambulant undersøgelse på hospitaler eller inkontinensklinikker – ca. 8.000 vurderedes det til i år 2000.⁶

Alt efter typen af urininkontinens, urge-, blandings- eller stressinkontinens, eksisterer der imidlertid en række behandlingsmuligheder, som strækker sig fra bækkenbunds-træning over medicinsk behandling til egentlige kirurgiske indgreb.

Sådanne behandlinger vil kunne afhjælpe de fysiske, psykiske og sociale gener, som vandladningsproblemerne medfører. Det kan for eksempel spare kvinderne for ubehaget ved at skulle gå med ble eller bind, spare dem for fornemmelsen af at være usoignerede, eller spare dem for konstant at skulle være opmærksomme på beliggenheden af det nærmeste toilet.

1 Klinisk vejledning vedr. udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder. Dansk Selskab for Almen Medicin 2009

2 Møller L.A., Lose G., Jorgensen T.: The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. Acta Obstet Gynecol Scand 2000 Apr;79(4):298-305.

3 Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S.: The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Int 2004 Feb;93(3):324-30.

4 Lose G. og Walther S.: Urininkontinens. Ugeskrift for Læger 2001;153(38):5155

5 Møller L.A. og Lose G.: Kan den økonomiske og faglige ressourceanvendelse ved udredning og behandling af urininkontinens optimeres? Ugeskrift for Læger 2001;153(38): 5172

6 Inkontinensbehandling i Danmark – en statusbeskrivelse over ambulant behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 2001

Der er ikke herhjemme gennemført nogen undersøgelse af, hvor store de samlede udgifter er til urininkontinens, men i en svensk undersøgelse fra 1996, vurderedes de samlede nationale udgifter til behandling af urininkontinens at ligge på 2,8-4,4 mia. SEK, hvoraf mere end 90 % relateredes til primærsektoren. I et studie fra Ikast Kommune (23.000 indbyggere) fandt man, at kommunen i 2001 brugte 1.083.980 kr. på inkontinenshjælpemidler.⁷

Urininkontinens er således symptomer, der rammer mange kvinder, er omkostnings- tung i et sundhedsøkonomisk perspektiv og samtidigt et problemområde, der er tabu- belagt i det danske samfund.

1.1 Sundhedsstyrelsens evaluering af inkontinensbehandlingen i 2001

Sundhedsstyrelsen udgav september 2001 evalueringsrapporten ”Inkontinensbehand- ling i Danmark – en statusbeskrivelse over ambulant behandling af patienter med urin- inkontinens på landets sygehuse”.⁶

Evalueringen havde fokus på urininkontinensbehandlingen på de urologiske og gynæ- kologiske sygehusafdelinger og inkluderede ikke primærsektoren. Organisatoriske forhold som antal patienter pr. afdeling, antal fremmøder pr. patient, variation i udred- nings- og behandlingstilbud, retningslinjer for behandlingen, arbejdsdeling, kvalitets- mål og informationsindsatsen, blev belyst i evalueringen.

Evalueringsrapporten, som udelukkende byggede på en landsdækkende spørgeske- maundersøgelse blandt de relevante sygehusafdelinger, pegede på en række uhensigts- mæssige forhold ved urininkontinensbehandlingen i Danmark anno 2001, som væsentligst var:

- Stor variation i udredningsaktiviteterne mellem og indenfor de enkelte specialer
- stor variation i behandlingstilbuddene mellem og indenfor de enkelte specialer
- spredt aktivitet (mange afdelinger modtog kun få patienter årligt).

For at komme den store variation i udrednings- og behandlingstilbuddene til livs, anbefalede det bl.a. i evalueringsrapporten, at:

- Der i de faglige miljøer opnås konsensus om, hvilke udrednings- og behandlings- tilbud patienterne skal tilbydes
- der udarbejdes fælles retningslinjer for inkontinensbehandlingen i Danmark, her- under retningslinjer for, hvornår der henvises fra almen praksis til hospital.

Efter evalueringsrapportens tilblivelse i 2001 har Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi i 2003⁸ udsendt guidelines for udredning og behandling af urininkonti- nens på hospital (opdateres 2009/2010), ligesom Dansk Selskab for Almen Medicin i 2009 har opdateret deres kliniske vejledning for udredning og behandling af urin- inkontinens i almen praksis fra 1999.

Der eksisterer således i dag en række standarder for god behandling på området, som kan anvendes i forbindelse med evaluering af den konkrete udredning og behandling af kvinder med urininkontinens.

7 Dahm Jørgensen S., Hagensen D., Leisgård Rasmussen K.: Udred- ningsgraden forud for blebevilling hos urin- inkontinente kvinder i Ikast Kommune. Ugeskrift for Læger 2004;166(36):3096

8 Urininkontinens. Urogynækologiske guidelines. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi 2003

1.2 Formål med evalueringen

Det er evalueringens formål at:

- Undersøge udrednings- og behandlingsforløb i primærsektoren og på hospitaler med henblik på at vurdere om de eksisterende kliniske vejledninger og guidelines følges i den kliniske praksis.

1.3 Evalueringens afgrænsning

Evalueringen inkluderer kvinder over 18 år med urininkontinens.

Evalueringen inkluderer ikke spørgsmålet om bevilling af inkontinenshjælpemidler i kommunalt regi.

1.4 Evalueringens indhold

Evalueringens indhold vil falde i to delområder, som er:

- Udredning og behandling i almen praksis eller hos speciallæge
- udredning og behandling på gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger

De to delområder behandles efterfølgende i hver sin delrapport.

1.5 Evalueringens organisering

Projektets deltagere blev sammensat dels af faglige eksperter indenfor urininkontinens og dels af medarbejdere fra Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen

De faglige eksperter blev udpeget gennem henvendelse til Dansk Urologisk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og Dansk Selskab for Almen Medicin.

Følgende har deltaget i udarbejdelsen af evalueringen:

Kristoffer Lande Andersen, akademisk medarbejder, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, projektleder

Jytte Burgaard, projektkoordinator, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, projektmedarbejder

Dorte Berger Olsen, kontorfuldmægtig, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, projektmedarbejder

Morten Andreas Hjulsager, kontorchef, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, projektejer

Astrid Cecilie Ammendrup, lægeklinisk assistent, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Glostrup Hospital

Susanne Axelsen, overlæge, ph.d Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Skejby Sygehus

Bjarne Lühr Hansen, praktiserende læge, ph.d., Forskningsenheden for Almen Medicin ved Syddansk Universitet

Gunnar Lose, professor, læge, dr.med, Sc., Obstetrisk og Gynækologisk Afdeling, Glostrup Hospital

Lars Alling Møller, Klinikchef på Frederiksberg Hospital/Rigshospitalet, ph.d, Præsident for Kontinensforeningen

Ingrid Alling Møller, forskningssygeplejerske og sygeplejerske i gynækologisk speciallægepraksis

Steen Walter, professor, overlæge, dr.med., Urologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.

De faglige eksperter har undervejs i forløbet givet Sundhedsstyrelsen sparring på såvel metode som fagligt indhold i evalueringen og har således tjent til at sikre kvaliteten i undersøgelsen.

Der har undervejs i undersøgelsesforløbet været afholdt fire møder mellem Sundhedsstyrelsens medarbejdere og de faglige eksperter, ligesom der har været en hyppig elektronisk korrespondance parterne imellem.

1.6 Evalueringens metode

For at undersøge udrednings- og behandlingsforløb i primærsektoren og på hospitaler med henblik på at vurdere om de eksisterende kliniske vejledninger og guidelines følges i den kliniske praksis, er der iværksat to delundersøgelser: "Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, som er blevet udredt og behandlet for urininkontinens" og "Spørgeskemaundersøgelse på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger".

1.6.1 Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, som er blevet udredt og behandlet for urininkontinens i primærsektoren

Sundhedsstyrelsen gennemførte marts måned 2009 en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt nyhenviste kvinder med urininkontinens, som mødte op til udredning i ambulatoriet på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger.

Spørgeskemaet omhandlede kvindernes udrednings- og behandlingsforløb i almen praksis eller hos speciallægen inden de blev henvist til hospital.

Kvinderne blev i spørgeskemaet (se bilag 1) bedt om at oplyse, hvilke undersøgelser og behandlinger de havde fået foretaget i almen praksis eller hos speciallægen, samt hvorvidt de havde været tilfredse med forløbet.

For en mere detaljeret beskrivelse af denne delundersøgelse. Se afsnit 2.1.

1.6.2 Spørgeskemaundersøgelse på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger

Sundhedsstyrelsen gennemførte februar måned 2009 en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse på alle landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger. Afdelingerne identificeredes ved henvendelse til Dansk Urologisk Selskab (DUS) og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG).

Det udsendte spørgeskema (se bilag 2) indeholdt spørgsmål om afdelingernes baggrund, organisation, visitation, ventetider, henvisning, udredning, behandling, opfølgning, patientinformation, kvalitetsudvikling og eksternt samarbejde.

Spørgeskemaet tog i vidt omfang udgangspunkt i spørgsmålene fra Sundhedsstyrelsens evalueringsrapport fra 2001 ”Inkontinensbehandling i Danmark – en statusbeskrivelse over ambulant behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse”.⁶ Det gjorde det efterfølgende muligt at undersøge udviklingen fra 2001 frem til 2009 ved at sammenligne svarene fra de to spørgeskemaundersøgelser.

For en mere detaljeret beskrivelse af denne delundersøgelse. Se afsnit 3.1.

Besvarelsene fra de to delundersøgelser er efterfølgende blevet indtastet og bearbejdet i Microsoft Office Excel 2003.

Selve evalueringsrapporten er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og kvalitetssikret af de til evalueringen knyttede faglige eksperter.

2 Delundersøgelse 1: Udredning og behandling af kvinder med urininkontinens hos egen læge/speciallæge

Udredning og behandling af kvinder med urininkontinens foregår dels hos egen læge, dels hos speciallæge i enten gynækologi eller urologi og dels ambulant på landets gynækologiske og urologiske afdelinger.

Denne delundersøgelse 1 omhandler udredning og behandling af kvinder med urininkontinens hos egen læge og hos speciallægen.

En norsk undersøgelse⁹ har vist, at 70 % af alle kvinder, der har urininkontinens, kan udredes og behandles i almen praksis med få ressourcer. Derfor er indsatsen i almen praksis og blandt landets speciallæger særdeles vigtig.

Et særligt fokuspunkt i denne del af evalueringen er at undersøge, hvorvidt kvinderne bliver udredt tilstrækkeligt hos egen læge og hos speciallægen, samt at undersøge om de modtager den anbefalede behandling inden de eventuelt henvises videre til hospital.

Hvis kvinden fx ikke har fået en gynækologisk undersøgelse i almen praksis, ikke har fået udfyldt et vandladningsskema, eller hvis kvinden ikke har afprøvet medicinsk behandling for urininkontinens inden henvisningen, har det som konsekvens at hun først skal tilbydes dette på hospitalet, inden der kan tages stilling til, om der er behov for yderligere behandling. Den mangelfulde udredning i almen praksis kan således betyde, at kvinden måske slet ikke behøver behandling på hospitalet, men kan nøjes med bækkenbundsøvelser hos fysioterapeut eventuelt suppleret af medicinsk behandling.

De mangelfuldt udredte patienter koster således hospitalerne ressourcer, samt skaber utryghed og unødigt besvær for de kvinder, som i visse tilfælde helt kunne have undgået besøg på hospitalet.

2.1 Metode for delundersøgelse 1

Sundhedsstyrelsen gennemførte marts måned 2009 en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse på alle gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger.

Afdelingsledelserne blev bedt om i hele marts måned 2009 at uddele spørgeskemaer (se bilag 1) til alle nyhenviste kvinder med urininkontinens, som mødte op til udredning i ambulatoriet. Hvilken personalegruppe, der uddelte skemaerne til kvinderne og hvornår det skete, har været op til afdelingsledelserne selv at bestemme. Ved udleveringen af spørgeskemaet udleveredes tillige en frankeret svarkuvert, som patienterne blev bedt om at anvende ved returneringen af skemaet til Sundhedsstyrelsen.

Spørgeskemaet omhandlede kvindernes udrednings- og behandlingsforløb i almen praksis eller hos speciallægen inden de blev henvist til hospital. Kvinderne blev bl.a. bedt om at oplyse, hvilke undersøgelser og behandlinger de havde fået foretaget i almen praksis eller hos speciallægen, samt hvorvidt de havde været tilfredse med forløbet.

9 Seim A., Sivertsen B., Eriksen BC., Hunskaar S: Treatment of urinary incontinence in women in general practice

Spørgeskemaet er delvist valideret, idet flere af de anvendte spørgsmål er hentet fra *International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)*. Spørgeskemaet har ligeledes været drøftet i den til evalueringen knyttede ekspertgruppe.

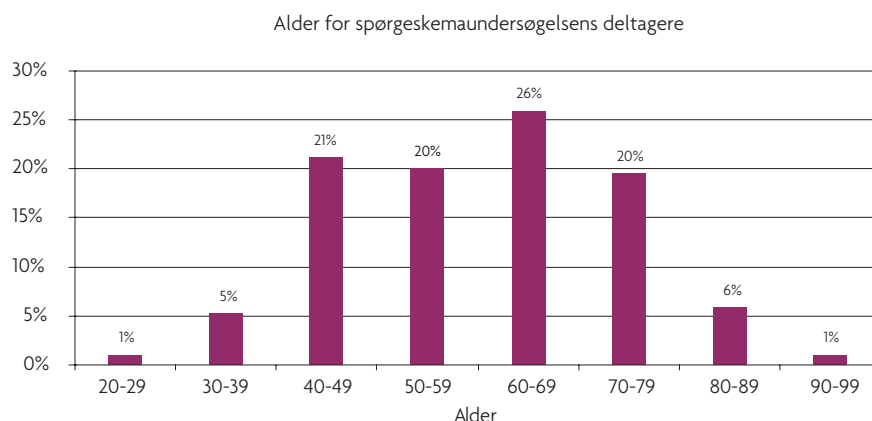
Spørgsmålene i skemaet kunne give anledning til hukommelsesbias hos den enkelte kvinde, idet besøget i almen praksis eller hos speciallægen ofte lå uger eller måneder før det ambulante udredningsforløb på hospitalet. En anden bias kan være, at kvinderne i besvarelsen af skemaet sammenblander besøget på hospitalet med besøget i almen praksis.

I alt har 189 kvinder besvaret og fremsendt et udfyldt spørgeskema til Sundhedsstyrelsen. Svarprocenten kan desværre ikke angives, eftersom det ikke vides, hvor mange skemaer, der i alt blev uddelt i ambulatorierne. Store hospitalsafdelinger fik tilsendt 50 skemaer, mens mindre afdelinger fik tildelt 15-20 skemaer. Der kan således også være bias i forhold til de kvinder, der ikke besvarede spørgeskemaet.

2.2 Baggrundsdata og symptomer for kvindernes henvendelse hos egen læge eller speciallæge

De 189 kvinder med urininkontinens, som deltog i spørgeskemaundersøgelsen fordelte sig aldersmæssigt som følger:

Figur 2.1 Alder for spørgeskemaundersøgelsens deltagere



Det ses af figur 2.1, at hver fjerde kvinde (26 %), der henvises til ambulant udredning for urininkontinens på hospital er mellem 60-69 år. Hver femte (20 %) er mellem 70-79 år, mens en lige så stor andel (20 %) er mellem 50-59 år. Der henvises relativt få yngre kvinder til hospital, idet 1 % er mellem 20-29 år og kun 5 % er fra 30-39 år.

Der sker derimod en brat stigning i henvisninger af kvinder fra de er i 30'erne til 40'erne (5 % til 21 %), hvilket klart giver et billede af urininkontinens som et aldersrelateret problem. Gennemsnitsalderen for deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen er 60 år.

Kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen blev også spurgt om, hvor mange konsultationer vedrørende urininkontinens de havde haft i primærsektoren inden de blev henvist til hospitalet, og hvor disse konsultationer havde fundet sted. Svarene kan ses i tabel 2.1. Bemærk muligheden for at afgive flere svar.

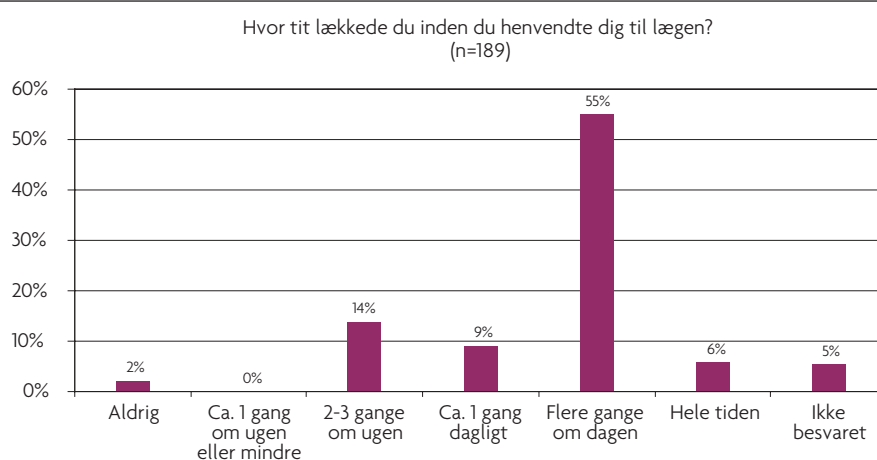
Tabel 2.1 Konsultationer i primærsektoren vedrørende urininkontinens

Konsultation hos...	Antal (n=189)	Andel i %	Antal besøg i gennemsnit
Egen læge	154	81 %	1,8
Speciallæge i gynækologi	42	22 %	1,3
Speciallæge i urologi	7	4 %	1,3
Andre	11	6 %	4,5

Den største andel af kvinderne (81 %) har henvendt sig til egen læge med sine urininkontinensproblemer og har her haft 1,8 besøg i gennemsnit. Også en betragtelig andel af kvinderne har konsulteret en speciallæge i gynækologi (22 %). Derimod synes få (4 %), at have besøgt en speciallæge i urologi. 48 ud af de 49 kvinder, der havde været hos speciallæge havde også konsulteret egen læge.

Endelig har 6 % af kvinderne konsulteret andre sundhedspersoner. Det høje antal gennemsnitlige besøg (4,5) i denne kategori skyldes, at flere har talt fysioterapeuter med i det samlede antal besøg hos lægen.

Kvinderne blev ligeledes spurgt om, hvor ofte de lækkede urin, førend de besluttede sig for at kontakte en læge. I figur 2.2 ses kvindernes skønnede antal gange de lækkede urin.

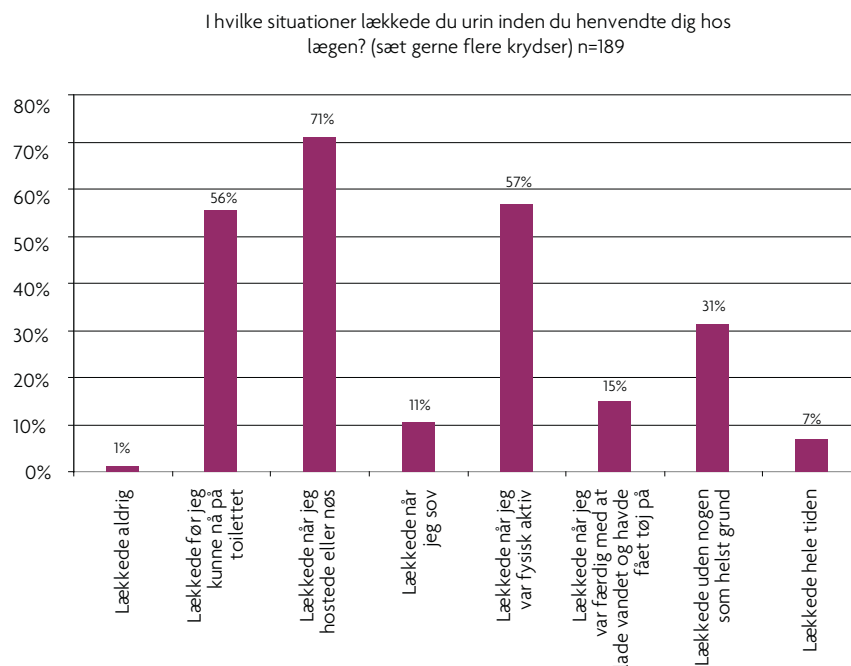
Figur 2.2 Hyppighed af urinlækage inden besøg hos lægen

Som det kan ses i figur 2.2 lækkede mere end halvdelen af kvinderne (55 %) urin flere gange om dagen inden de henvendte sig hos en læge, mens 6 % svarede, at de lækkede urin hele tiden. 2 % lækkede aldrig urin.

Kvinderne blev også spurgt om, hvor stor en mængde urin de lækkede inden de henvendte sig til lægen. Hertil svarede 44 %, at de lækkede urin i en lille mængde inden de henvendte sig hos en læge, 37 % svarede, at de lækkede en moderat mængde, mens 13 % lækkede en stor mængde urin. Godt 2 % svarede, at de ingenting lækkede, mens 4 % ikke besvarede spørgsmålet.

Kvinderne blev desuden bedt om at svare på i hvilke situationer, de lækkede urin.

Figur 2.3 I hvilke situationer lækkes urin?

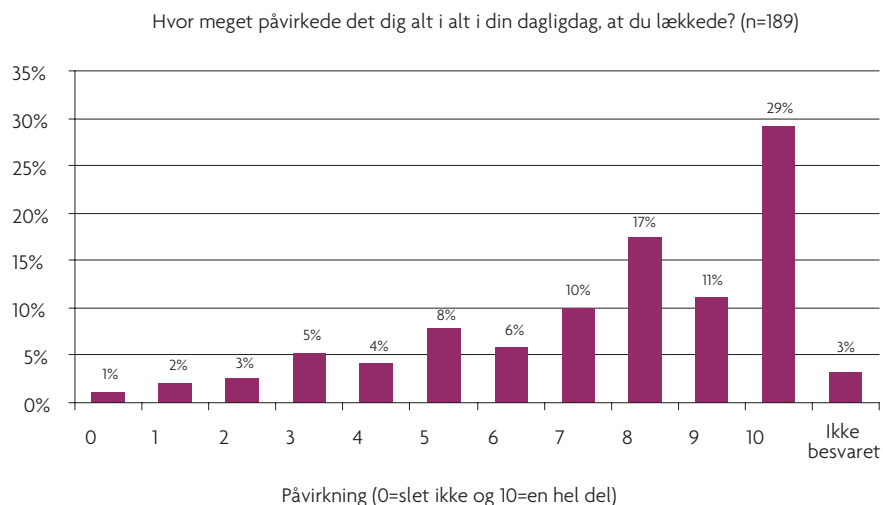


Af figur 2.3 ses det, at 71 % af kvinderne lækkede urin, når de hostede eller nyste, mens 57 % lækkede urin, når de var fysisk aktive. 56 % lækkede urin før de kunne nå at komme på toiletet.

31 % af kvinderne svarede, at de lækkede urin uden nogen som helst grund, mens 15 % lækkede urin, når de var færdige med at lade vandet og havde fået tøj på. 7 % af kvinderne lækkede urin hele tiden.

Kvinderne er ligeledes blevet spurgt om, hvor meget det påvirkede dem alt i alt, at de lækkede urin (i tidsrummet før de søgte læge). Resultatet heraf ses i figur 2.4, hvor 0 indikerer, at de slet ikke var påvirkede heraf, mens 10 indikerer en hel del.

Figur 2.4 Hvor meget påvirkes patienterne af, at de lækker urin?



Som det kan ses i figur 2.4, angiver næsten hver tredje kvinde (29 %) en score på 10, altså, at de var en hel del påvirkede af urinlækagen. 11 % krydsede af ud for scoren 9 og 17 % ud for scoren 8. I alt ligger gennemsnitscoren på 7,4.

Tallene i figur 2.1 til 2.4 tegner et billede af, at kvinderne er stærkt plaget af deres inkontinens, inden de henvender sig til egen læge. Det underbygges af, at kvinderne, ifølge kvindernes egne svar, har døjet med deres inkontinensproblemer i gennemsnit fem år og fire måneder inden de henvendte sig til egen læge.

Fem år og fire måneder synes som lang tid og må give anledning til overvejelser om, hvorvidt sundhedsvæsenet bør styrke informationsindsatsen overfor kvinder med inkontinens, så disse henvender sig tidligere hos egen læge med deres problemer. Der kan dog også være tale om, at problemerne med urininkontinens er små de første par år i forløbet, og at det først er efter 4-5 år, at problemerne er så udtalte, at kvinder søger læge herfor.

På trods heraf må det give anledning til generelle overvejelser om, hvordan man i fremtiden via forskelligartede oplysningsinitiativer kan fremme udbredelsen af information om symptomer ved og behandling af urininkontinens til kvinder i risikogruppen.

2.3 Klinisk vejledning. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin 1999

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blandt kvinder med urininkontinens, der er nyhenviste til ambulant udredning på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger, vil i det følgende blive vurderet i forhold til ”Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning – udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis fra 1999”.¹⁰ Det undersøges efterfølgende om dagens praksis følger den kliniske vejledning.

Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning for kvinder med urininkontinens fra 1999 opdeler overordnet kvindernes kontakt til almen praksis i tre konsultationer.

Første konsultation består af optagelse af anamnese og gennemførelse af en række objektive undersøgelser, som vil give grundlag for at skelne mellem inkontinensstyperne og dermed være vejledende for eventuel behandling.

Ved første konsultation skal lægen afklare:

- Patientens frygt, forestillinger og forventninger
- patientens medicinske forhistorie i relation til vandladningsproblemet
- indikationer for at gå videre med udredning, behandling og/eller henvisning
- fastlæggelse af det videre forløb på baggrund af ovenstående.

Foruden anamnesen skal kvinderne i første konsultation have udleveret et væske- og vandladningsskema til tre døgn, som afleveres ved anden konsultation.

Kvinderne skal også have udleveret bleer, således at de inden anden konsultation kan gennemføre en blevejningstest.

Kvindernes urin skal undersøges for blod, sukker og leukocytter og/eller bakterier.

¹⁰ Klinisk vejledning. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. Dansk Selskab for almen medicin. 1999.

Endelig skal lægen udføre en gynækologisk (objektiv) undersøgelse af kvinden med henblik på at undersøge slimhinder, cysto-rectocele eller descensus, tumorer i det lille bækken og kvindens knibekraft i bækkenbunden.

Anden konsultation består af en klinisk vurdering af, om kvinden skal:

- Informeres og vejledes om ændret adfærd i forbindelse med urininkontinens
- tilbydes behandling i almen praksis
- henvises til hospital eller speciallæge.

I anden konsultation gennemgås resultatet af væske- og vandladningsskema, blevejninstesten og af de øvrige gennemførte undersøgelser i første konsultation. De kan eventuelt suppleres af residualurinbestemmelse ved ultralydskanning eller katerisation.

Beslutter lægen at igangsætte behandling af kvindens problemer vil behandlingsmulighederne være:

- Watchful waiting
- vurdering og eventuel justering af medicin
- konservativ behandling
 - livsstilsændringer
 - bækkenbundstræning
 - vaginalvægte
- blæret træning
- vaginale hjælpemidler
- farmakologisk behandling.

Tredje konsultation består af opfølgning på kvindens tilstand efter tre måneder.

Her følges der op på behandlingens effekt og lægen vurderer om behandlingen skal fortsætte eller om andre behandlingsmetoder skal igangsættes. Lægen kan også vælge at henvise kvinden til hospitalet.

Tredje konsultation er ikke selvstændigt belyst i nærværende evaluering.

2.4 Resultater af delundersøgelse 1

Efter således at have givet en karakteristik af de kvinder med urininkontinensproblemer, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen og et resumé af DSAMs kliniske vejledning på området, vil vi herefter gå over til at se på resultaterne af undersøgelsen, som vurderes i forhold til selvsamme kliniske vejledning.

2.4.1 Konsultation 1: Anamnese og kliniske undersøgelser

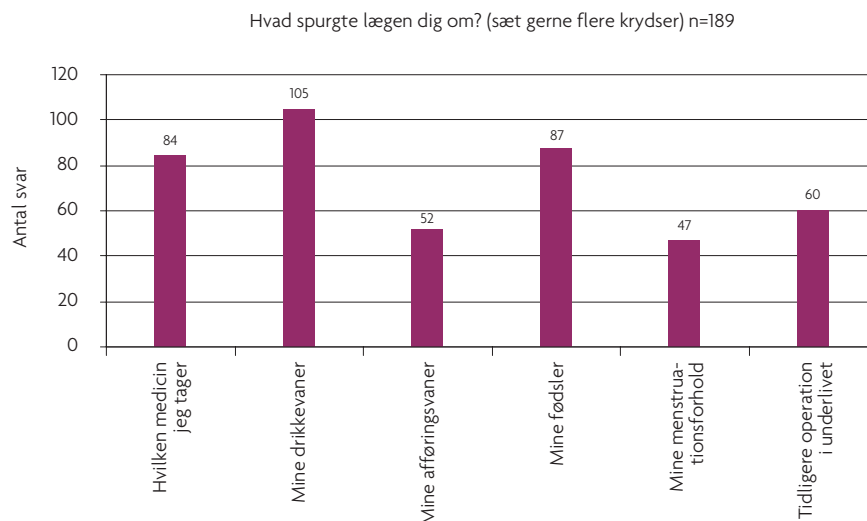
Den første konsultation i almen praksis skal ifølge DSAMs kliniske vejledning indeholde en anamnese såvel som kliniske undersøgelser.

2.4.1.1 Anamnese i almen praksis

Ifølge den kliniske vejledning fra DSAM skal en god anamnese tjene til at afklare patientens medicinske forhistorie i relation til vandladningsproblemet, samt afdække patientens frygt, forestillinger og forventninger.

Det blev i Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse bl.a. belyst, hvad den praktiserende læge/speciallægen spurgte kvinderne om under konsultationen.

Figur 2.5 Anamnese i almen praksis

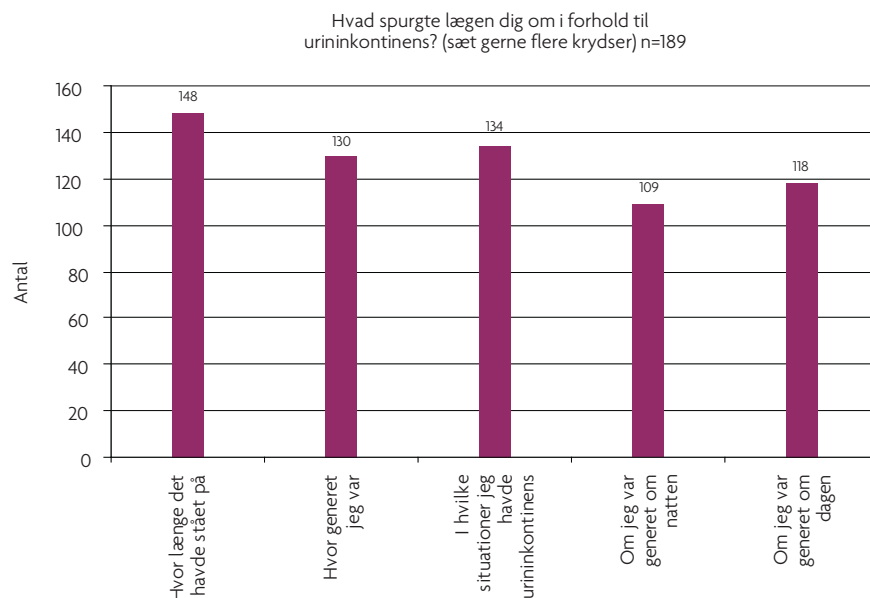


Som det kan ses af figur 2.5, er 84 ud af 189 (44 %) kvinder blevet spurgt om, hvilken medicin de tager. Færre er blevet spurgt om deres menstruationsforhold (25 %) og afføringsvaner (28 %). 60 kvinder (32 %) angiver, at de ikke er blevet spurgt om tidligere operationer i underlivet. Mere end halvdelen af kvinderne er derimod blevet spurgt om drikkevaner (56 %).

Nogle af de anamnestiske oplysninger behøver den praktiserende læge ikke spørge ind til. Medicin, antal fødsler og tidligere operationer i underlivet vil således være en del af lægens baggrundsviden noteret i journalen. Oplysninger om drikkevaner bør derimod indgå som en naturlig del af udredningen af kvinder med symptomer på urininkontinens.

I figur 2.6 kan læses, hvad kvinderne er spurgt om, når det gælder de specifikke forhold ved deres inkontinens.

Figur 2.6 Anamnese i almen praksis II



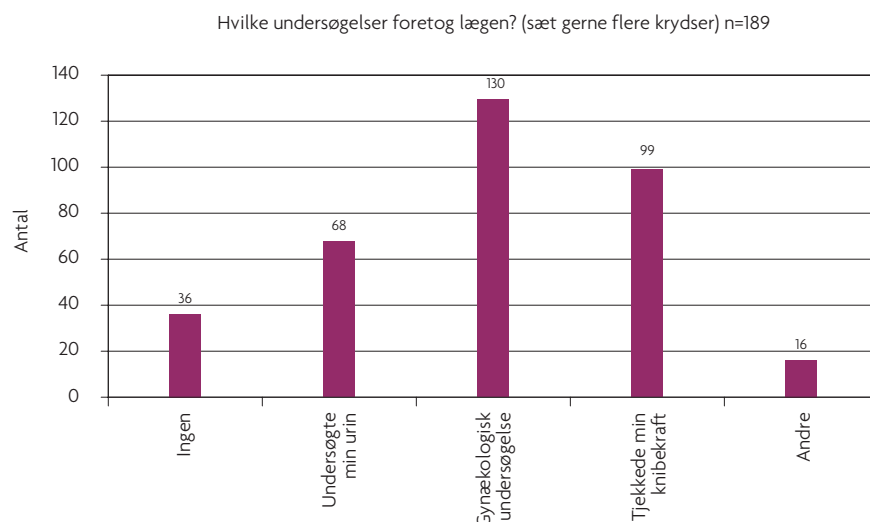
148 ud af de 189 kvinder (78 %) er blevet spurgt om, hvor længe de havde været urininkontinente, mens 130 (69 %) blev spurgt om, hvor generede de var af deres urininkontinens. 134 kvinder (71 %) blev spurgt om, i hvilke situationer de havde urininkontinens og 109 (58 %) blev spurgt om, om de var generet om natten.

Ud fra figur 2.6 vurderes det, at lægerne generelt er gode til at spørge ind til de mere specifikke forhold vedrørende patientens urininkontinens.

2.4.1.2 Kliniske undersøgelser i almen praksis

Kvinderne har i spørgeskemaundersøgelsen angivet, hvilke undersøgelser de fik foretaget i almen praksis. Se figur 2.7.

Figur 2.7 Undersøgelser i almen praksis



Figur 2.7 viser, at 130 ud af 189 kvinder (69 %) fik foretaget en gynækologisk undersøgelse i almen praksis. Knibekraft, som normalt undersøges i forbindelse med den gynækologiske undersøgelse, havde 52 % af kvinderne fået foretaget. 36 % af kvinderne fik undersøgt deres urin, mens 19 % ikke fik foretaget nogen undersøgelser i almen praksis overhovedet.

I visse tilfælde vil det være oplagt, at kvindens urininkontinens kræver operation, hvorfor detaljeret udredning eller behandlingsforsøg ikke er nødvendig. Men hos kvinder, der henvises til sygehus med urininkontinens, bør den praktiserende læge som minimum undersøge urin, foretage gynækologisk undersøgelse og udlevere væske- og vandledningsskema.

Det må derfor anses for en smule foruroligende, at en betydelig del af kvinderne ikke får foretaget de undersøgelser i almen praksis, som anbefales i DSAMs kliniske vejledning. Kommentarer fra kvinderne i spørgeskemaet lyder bl.a.:

"Jeg havde forventet at han i første omgang havde undersøgt mig og givet råd, men der var dårlig tid, så han henviste mig direkte".

"Jeg synes det er for dårligt han straks giver en henvisning. Det jeg har fået på hospitalet er ikke andet end han selv kunne have givet. Manglede skriftligt materiale til at vejlede mig".

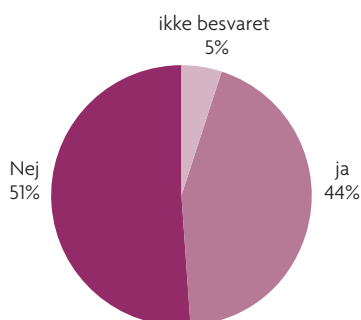
"Lægen henviste mig straks til Urologisk afd. på hospitalet".

Noget kan tyde på, at nogle læger som følge af manglende tid henviser de urininkontinente kvinder uden at gennemføre de nødvendige undersøgelser, hvilket dels strider med de kliniske retningslinjer fra DSAM og dels bevirker, at flere kvinder er mangelfuldt udredt, når de møder på hospitalet.

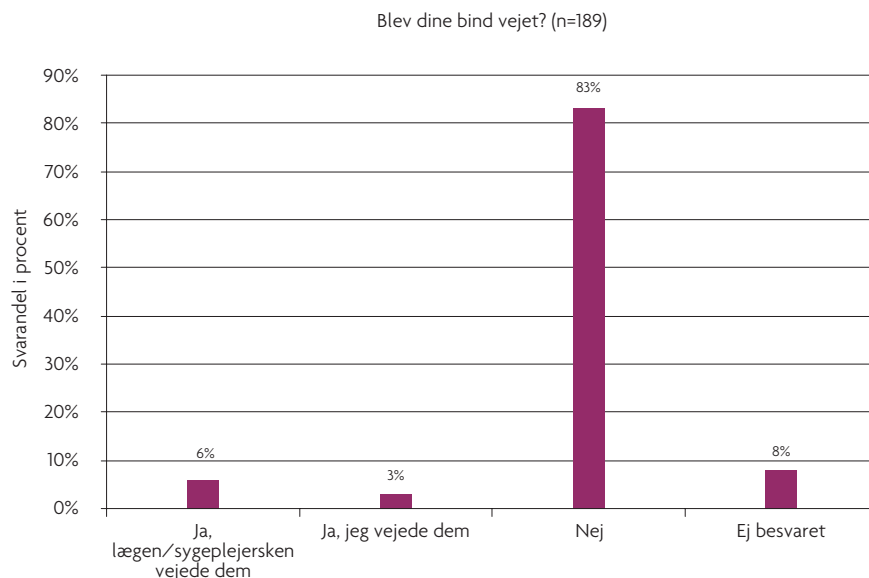
Kvinderne blev ligeledes i spørgeskemaundersøgelsen spurgt til, hvorvidt de havde fået udleveret et væske- og vandladningsskema, og om de skulle gennemføre en blevejnings-test. Svarene herpå fremgår af figur 2.8 og 2.9.

Figur 2.8 Udlevering af væske- og vandladningsskema i almen praksis

Udleverede lægen et væske- og vandladningsskema? (n=189)



Figur 2.9 Vejning af bind i almen praksis



Som det kan ses af figur 2.8, fik 44 % af alle kvinderne udleveret et væske- og vandladningsskema af deres læge, mens 51 % af kvinderne ikke fik udleveret et sådant skema på trods af anbefalingerne i DSAMs kliniske vejledning.

En mulig forklaring på den lave andel er igen tidsfaktoren, eftersom det tager tid at instruere patienten i, hvordan væske- og vandladningsskemaet skal udfyldes. Udfyldningen skal foretages af patienten hjemme og medbringes til anden konsultation, hvor resultaterne skal undersøges.

Af figur 2.9 kan man se, at det står endnu værre til med at gennemføre blevejningstest. Kun 9 % fik henholdsvis vejjet eller vejjede selv deres bind, mens 83 % ikke fik vejjet bind. Denne undersøgelsesform synes således at være meget lidt anvendt i almen praksis.

2.4.1.3 Delkonklusion på konsultation 1

Skal man konkludere på de kliniske undersøgelser, der gennemføres i almen praksis og hos speciallægen, må det anses for utilfredsstillende, at så få læger foretager de kliniske undersøgelser, som anbefales i DSAM's kliniske vejledning.

Hver femte kvinde (19 %) svarer, at hun er blevet henvist til hospitalet uden at have fået foretaget nogen som helst form for undersøgelse hos lægen og kun hver tredje kvinde (36 %) får undersøgt sin urin for blod, sukker og leukocytter. Som nævnt fører dette til, at kvinderne ikke er tilstrækkeligt udredt, når de møder på hospitalet, hvilket igen øger arbejdsbyrden i ambulatoriet såvel som ressourceforbruget, idet det er dyrere at udrede på hospitalet end i almen praksis.

Den mangelfulde udredning i almen praksis kan desuden give anledning til, at kvindernes tillid til den praktiserende læge mindskes, ligesom kvinden skal påregne ventetid fra henvisning til udredning på hospitalet.

2.4.2 Konsultation 2: Klinisk vurdering og behandling i almen praksis

Hovedformålet med anden konsultation er ifølge DSAMs kliniske vejledning, at vurdere undersøgelsesresultaterne og visitere patienterne til en af tre grupper:

- Patienter, der skal henvises til hospitalet
- patienter, der skal tilbydes behandling i almen praksis
- patienter, der alene skal informeres om at tilstanden vil gå over.

Deltagerne i evalueringens spørgeskemaundersøgelse er alle blevet henvist til videre ambulant udredning på et hospital. Jævnfør gruppe a.

89 % af de henviste kvinder svarede ja til, at de vidste hvorfor de var blevet henvist, mens 5 % ikke kendte grunden til henvisningen. 6 % besvarede ikke spørgsmålet. Tallene viser, at de praktiserende læger generelt er gode til at forklare årsagen til, at patienten skal henvises til hospitalet.

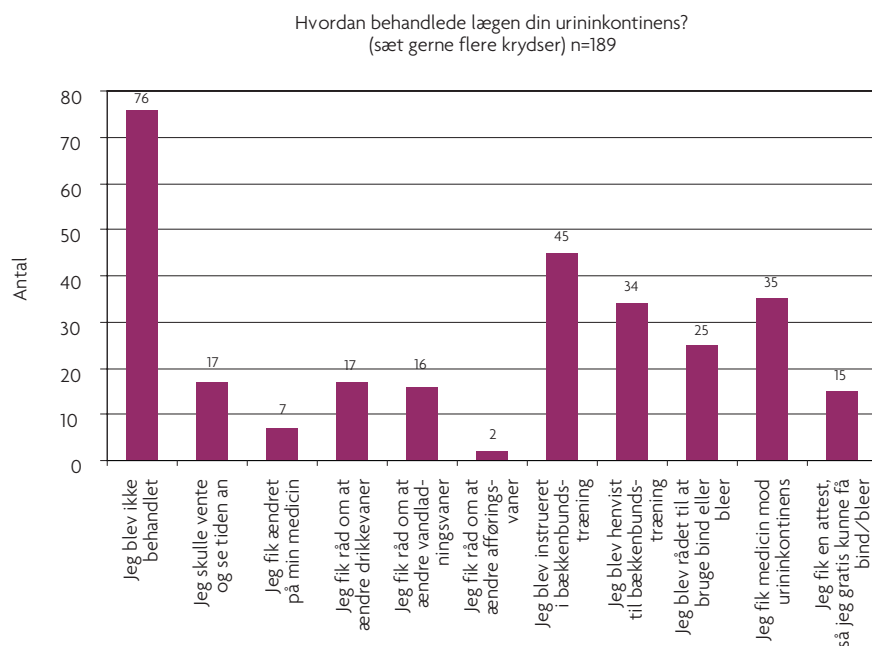
Hvad angår selve årsagen til henvisningen svarer 18 ud af 158 kvinder (10 %), at de selv bad lægen om at blive henvist til et hospital, enten fordi de havde læst i et tidskrift om muligheden for at blive opereret, eller fordi de var blevet opfordret hertil af andre, fx af en fysioterapeut.

2.4.2.1 Kvinder, der tilbydes behandling i almen praksis

Selvom alle kvinder i spørgeskemaundersøgelsen er henvist til ambulant udredning på hospital, kan de meget vel forinden have fået tilbudt behandling i almen praksis. De er derfor også blevet spurgt om, hvilken behandling lægen gav dem i almen praksis.

I figur 2.10 ses, hvilke behandlinger kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen blev tilbudt inden de henvistes til et hospital. Bemærk muligheden for at afgive flere svar.

Figur 2.10 Behandlinger i almen praksis



Af figur 2.10 ses det, at 76 ud af 189 kvinder (40 %) ikke modtog behandling i almen praksis, men derimod efter udredning blev henvist direkte til hospital.

Hver fjerde kvinde (24 %) blev instrueret i bækkenbundstræning, mens 18 % blev henvist til bækkenbundstræning hos en fysioterapeut. En behandlingsmetode, som ofte angives som førstevalgsterapi.¹¹

35 kvinder (18 %) fik udskrevet medicin mod urininkontinens, mens syv (4 %) fik ændret deres medicin. Endelig blev 24 kvinder (13 %) rådet af lægen til enten at bruge bind eller bleer.

2.4.2.2 Delkonklusion på konsultation 2

At 40 % af kvinderne ikke bliver behandlet i almen praksis kan skyldes, at de enten har haft alarmsymptomer eller – fund, som fører til, at de henvises direkte til hospitalet uden forudgående behandling i almen praksis. Men det kan også skyldes, at kvinderne ikke er blevet udredt grundigt nok til at igangsætte en passende behandling, men i stedet er blevet henvist direkte til hospitalet.

Det bør således tilstræbes, at en større andel af kvinderne først behandles i almen praksis inden de eventuelt henvises til hospitalet. En norsk undersøgelse viste således, som tidligere omtalt, at 70 % af kvinder med urininkontinens kan udredes og behandles med relativt få ressourcer i primærsektoren.⁹

Konsekvenserne af en mangelfuld behandling af kvinderne i almen praksis er et øget pres på hospitalerne med længere ventetider til udredning og behandling til følge og øgede økonomiske omkostninger, idet det er dyrere at udrede og behandle kvinden i hospitalsregi end hos egen læge.

En anden konsekvens af den mangelfulde behandling i almen praksis er den ekstra byrde, der lægges på kvinderne, som fx skal gentage deres sygehistorie på hospitalet, og som oplever på hospitalet at modtage en behandling, som hun lige vel kunne have fået hos egen læge. Jævnfør citat i afsnit 2.4.1.2.

2.5 Faglig kvalitet og patientoplevelse

Ét er den faglige kvalitet, hvorvidt den lægefaglige praksis følger de kliniske retningslinjer udlagt af DSAM. Noget andet er den patientoplevede kvalitet, hvorvidt kvinderne er tilfredse med deres udrednings- og behandlingsforløb i primærsektoren.

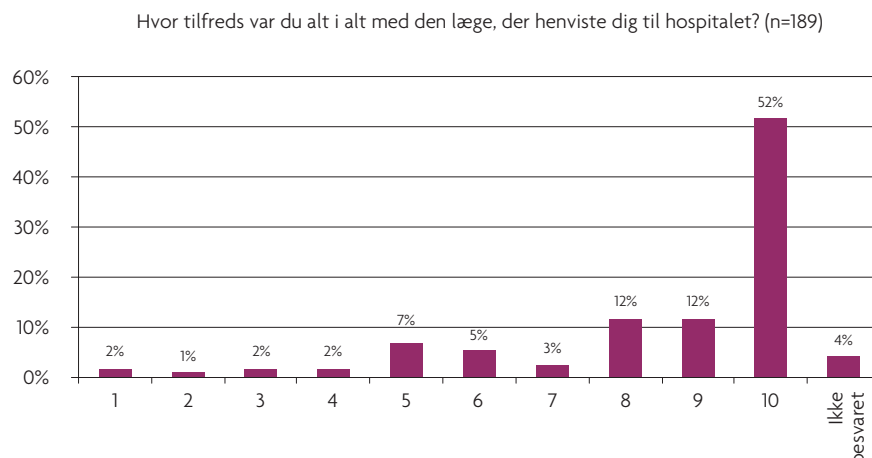
Det er tidligere i rapporten påvist, at flere af DSAMs kliniske retningslinjer ikke følges i praksis. Eksempelvis bliver hver femte kvinde (19 %) slet ikke undersøgt for sin urininkontinens i almen praksis, mens syv ud af ti (69 %) får foretaget en gynækologisk undersøgelse. Og fire ud af ti urininkontinente kvinder (40 %) modtager ikke nogen form for behandling inden de henvises til hospitalet.

Med andre ord er der rum for forbedringer i forhold til den faglige kvalitet i udredningen og behandlingen af urininkontinente kvinder i almen praksis.

Når man derimod ser på den patientoplevede kvalitet, så tegner der sig et noget andet billede. I figur 2.11 kan kvindernes generelle tilfredshed med den læge, der henviste dem til hospitalet aflæses, hvor 0 er lig meget utilfreds og 10 er lig meget tilfreds.

11 Bækkenbundstræning til kvinder med urininkontinens, Ugeskrift for Læger 2007; 169(7):593

Figur 2.11 Patienttilfredshed med henvisende læge



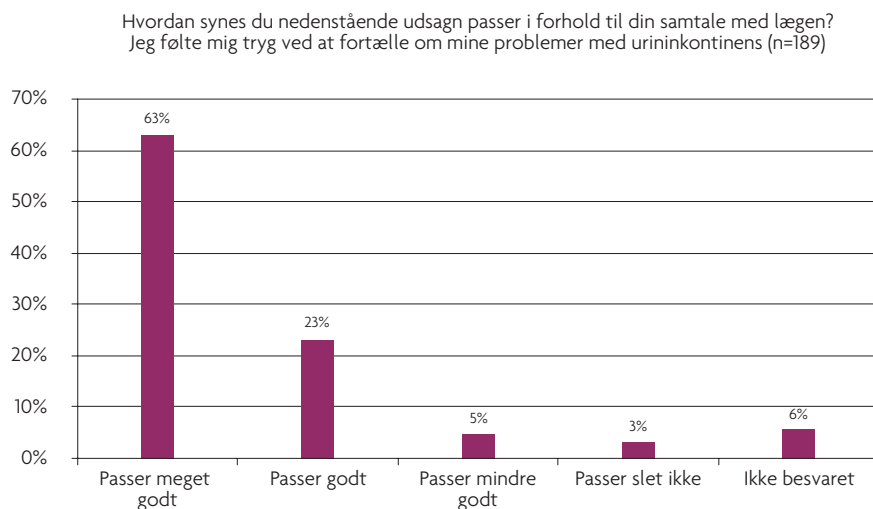
Af figur 2.11 kan man se, at mere end halvdelen af kvinderne (52 %) giver topkarakteren 10 til den læge, der henviste dem til hospitalet. 12 % tildeler et 9 tal og ligeså mange (12 %) giver et 8 tal. Gennemsnittet ligger på 8,4. Altså langt over middel.

En så god patientscore på tilfredsheden kan overraske, når det nu tidligere påvistes, at DSAMs kliniske retningslinjer i en vis udstrækning ikke blev fulgt. Forklaringerne kan være flere såvel som flertydige. Et bud er, at kvinderne sandsynligvis ikke kender til DSAMs retningslinjer, og derfor ikke ved, om de har fået de undersøgelser og behandlinger, som anbefales.

Et andet bud kan være, at kvinderne er tilfredse, fordi de alle er blevet viderehenvist til hospitalet af lægen. Man kunne forestille sig kvinder, der ønskede en henvisning af egen læge, men som måtte gå hjem uden en sådan, også ville være mere utilfredse.

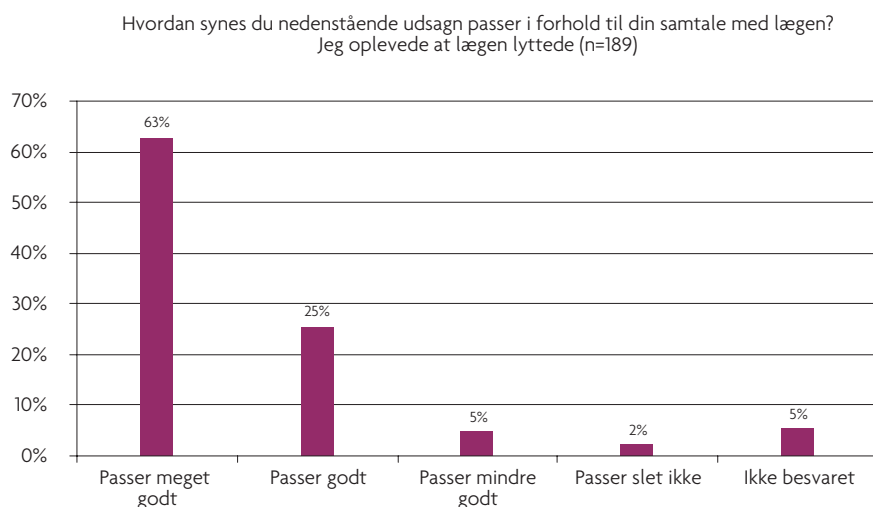
Et tredje bud på variationen mellem den faglige og den patientoplevede kvalitet kan være, at kvinderne i højere grad vægter kontakten til lægen såvel som kommunikationen med denne højere end, hvorvidt de skal udfylde et væske- og vandladningsskema eller ej.

Figur 2.12 Oplevet patienttryghed i almen praksis



I figur 2.12 ses det, at sammenlagt 86 % af de adspurgte patienter følte sig trygge ved at fortælle lægen om deres problemer med urininkontinens, mens 8 % ikke oplevede denne tryghed.

Figur 2.13 Patienternes oplevelse af, hvorvidt lægen lytter



Også i forhold til, hvorvidt lægen lytter, er scoren høj. 88 % af de adspurgte kvinder angiver således, at de oplevede lægen lyttede til dem under samtalen.

Noget tyder således på, at hvis kvinderne føler sig trygge ved at fortælle om deres problemer og oplever, at lægen lytter til dem, så vil kvinderne også overordnet være tilfredse med lægen. Det understøttes af kommentarer fra spørgeskemaundersøgelsen:

"Jeg er meget glad for min læge. Han lytter meget og vejleder mig på bedste vis".

"Min læge er super god til at lytte når der er noget".

"Han er meget omhyggelig med undersøgelser og har altid været meget lyttende og god til at forklare".

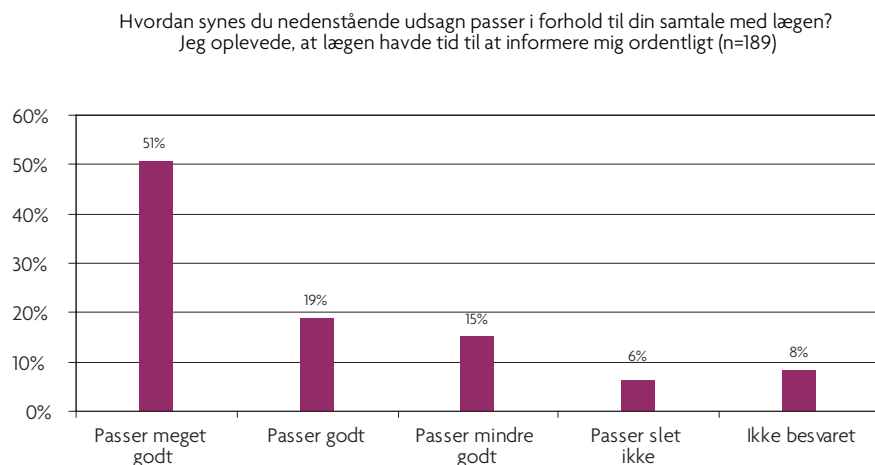
Der er dog i kommentarerne også eksempler på det modsatte, mangelfuld kontakt mellem læge og kvinden, hvilket ofte skyldes lægens manglende tid. Jævnfør:

"Min sidste konsultation varede to minutter".

"Virkede meget overfladisk og undvigende".

Utilfredshed grundet manglende tid understøttes af, at 21 % af de urininkontinente kvinder i spørgeskemaundersøgelsen angiver, at de oplevede lægen ikke havde tid til at informere dem ordentligt. Se figur 2.14.

Figur 2.14 Oplevet tid til information i almen praksis



Det kan således konkluderes, at der er en vis diskrepans mellem den faglige kvalitet, som udtrykt ved anbefalingerne i de kliniske retningslinjer og så den patientoplevede kvalitet, som fremgår af kvindernes vurdering af tilfredshed med egen læge/speciallægen.

2.6 Konklusion og perspektiver på delundersøgelse 1

De almen praktiserende læger bør blive bedre til at udrede og behandle kvinder med urininkontinens inden henvisning til hospitalet.

Det er således utilfredsstillende, at så stor en del af kvinderne med urininkontinens ikke får foretaget de undersøgelser, som DSAMs kliniske vejledning fra 1999 anbefaler. Ligesom flere kvinder bør tilbydes behandling i almen praksis, fx i form af bækkenbundsøvelser og medicinsk behandling, inden de henvises til hospitalet.

Dette, for at forhindre, at kvinderne er mangelfuldt udredte, når de møder på hospitalet. Mangelfuld udredning giver ekstra besvær for kvinderne såvel som hospitalerne og kan tillige føre til, at kvinder med alarmsymptomer ikke henvises hurtigt nok. Foretager lægen fx ikke gynækologisk undersøgelse og finder en eventuel tumor, så bliver kvinden henvist til hospitalet med urininkontinens og ikke tumor.

Vigtigheden af en styrkelse af indsatsen i almen praksis understreges af den tidligere omtalte norske undersøgelse¹², der konkluderer, at 70 % af kvinder med urininkontinens kan udredes og behandles med relativt få ressourcer. Der er således også økonomiske og organisatoriske gevinster at hente ved en styrkelse af indsatsen overfor urininkontinente kvinder i almen praksis.

Flere og flere almen praktiserende læger har nu ansat sygeplejersker, som med fordel vil kunne varetage en del af opgaverne forbundet med udredning af kvinder med urininkontinens.

12 Seim A., Sivertsen B., Eriksen BC., Hunskaar S.: Treatment of urinary incontinence in women in general practice

3 Delundersøgelse 2: Udredning og behandling af kvinder med urininkontinens på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger

Sundhedsstyrelsen udgav september 2001 evalueringsrapporten ”Inkontinensbehandling i Danmark – en statusbeskrivelse over ambulant behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse”.⁶ Heri konkluderedes det bl.a., at der var stor variation i udrednings- og behandlingsaktiviteterne både mellem og indenfor de enkelte specialer på landets hospitaler.

For at belyse om der i 2009 fortsat er stor variation i udrednings- og behandlingsforløbene er det i nærværende evaluering undersøgt, hvordan forløbene er organiseret på landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger, samt på privathospitaler.

Der findes i dag i modsætning til i 2001 urogynækologiske guidelines for udredningen og behandlingen af urininkontinens hos kvinder på hospitalet. Disse guidelines er udarbejdet og udsendt af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) i 2003¹³. Der er således en standard, man kan vurdere dagens kliniske praksis i forhold til.

3.1 Metode for delundersøgelse 2

Sundhedsstyrelsen gennemførte februar måned 2009 en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse på alle landets gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger. Afdelingerne identificeredes ved henvendelse til Dansk Urologisk Selskab (DUS) og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG).

Der blev i alt sendt spørgeskemaer ud til 49 afdelinger på offentlige såvel som private hospitaler. Sundhedsstyrelsen modtog efter rykkerprocedure 42 skemaer, hvilket i alt giver en svarprocent på 86 %. Af de 42 skemaer kom 25 fra gynækologiske afdelinger, 11 fra urologiske afdelinger, mens de resterende seks skemaer kom fra afdelinger på privathospitaler. En gynækologisk, tre urologiske og tre afdelinger på privathospitaler besvarede ikke spørgeskemaet.

Tabel 3.1 Deltagende afdelinger i henholdsvis Evaluering 2001 og Evaluering 2009

	Evaluering 2001	Evaluering 2009
Antal deltagende afdelinger	77	42
- heraf gynækologiske afdelinger	32 (42 %)	25 (60 %)
- heraf urologiske afdelinger	36 ¹⁴ (47 %)	11 (26 %)
- heraf privathospital afdelinger	0	6 (14 %)
- heraf inkontinensklinikker	9 (12 %)	0

Det ses i tabel 3.1, at nærværende evaluering 2009 indeholder færre hospitalsafdelinger, hvilket givetvis skyldes de seneste års sammenlægninger af hospitaler og hospitalsafdelinger. Desuden inkluderer evalueringen for 2009 ikke inkontinensklinikker, men har til gengæld medtaget afdelinger fra privathospitaler.

¹³ Opdateres 2009/2010

¹⁴ Dette tal inkluderer urologiske/kirurgiske ambulatorier

Andelen af gynækologiske afdelinger i evalueringen er væsentlig højere i 2009 (60 %) end i 2001 (42 %), hvilket synes at afspejle en bevægelse i udredningen og behandlingen af kvindelig urininkontinens. Tidligere foregik denne både på urologiske og gynækologiske afdelinger, mens den i dag fortrinsvis udføres indenfor det gynækologiske speciale.

Det udsendte spørgeskema (se bilag 2) indeholdt spørgsmål om afdelingernes baggrund, organisation, visitation, ventetider, henvisning, udredning, behandling, opfølgning, patientinformation, kvalitetsudvikling og eksternt samarbejde.

Spørgeskemaet tog i vidt omfang udgangspunkt i spørgsmålene fra Sundhedsstyrelsens evalueringsrapport fra 2001 "Inkontinensbehandling i Danmark – en statusbeskrivelse over ambulant behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse". Det gør det muligt at undersøge udviklingen fra 2001 frem til 2009 ved at sammenligne svarene fra de to spørgeskemaundersøgelser. Skemaet er desuden blevet diskuteret i den til undersøgelsen tilknyttede faglige ekspertgruppe.

Afdelingernes svar vil ligeledes i dette kapitel blive vurderet i forhold til DSOGs urogynækologiske guidelines for urininkontinens fra 2003 med henblik på at undersøge, i hvilket omfang afdelingernes nuværende praksis lever op til retningslinjerne fra DSOG.

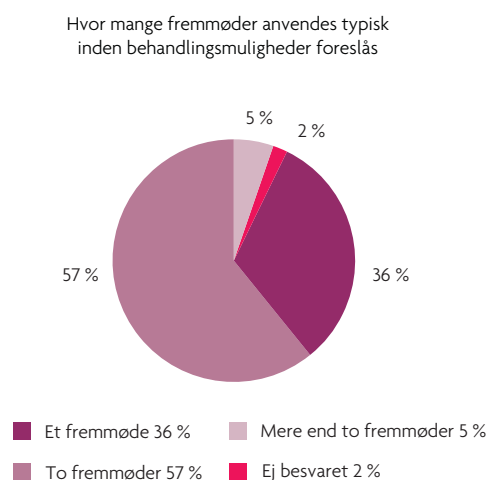
Inden da undersøges det dog, hvordan afdelingerne har organiseret udredningsforløbet i form af antal fremmøder, afsat tid, opgavefordeling, mv.

3.2 Organiseringen af udredningsforløbet

Et udredningsforløb for urininkontinens består af minimum et og som regel flere ambulante fremmøder på enten en gynækologisk eller en urologisk afdeling.

Landets gynækologiske og urologiske afdelinger er i Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blevet spurgt om, hvor mange fremmøder patienten typisk har inden behandlingsmuligheder foreslås. Svarene kan ses i figur 3.1.

Figur 3.1 Antal ambulante fremmøder inden behandlingsmuligheder foreslås (n=42)



Som det kan ses af figur 3.1 planlægger mere end hver anden afdeling (57 %) to fremmøder inden behandlingsmuligheder foreslås, mens patienten på 36 % af afdelingerne kun har et fremmøde. På 5 % af afdelingerne har patienten mere end to fremmøder.

DSOGs urogynækologiske guidelines for urininkontinens indeholder ingen anbefalinger til, hvor mange fremmøder patienten bør have.

I tabel 3.2 sammenlignes antallet af fremmøder i 2001-undersøgelsen med antallet af fremmøder i nærværende undersøgelse.

Tabel 3.2 Antal fremmøder inden behandlingsmuligheder foreslås i hhv. 2001 og 2009

	2001 (n=77)	2009 (n=42)
Et fremmøde	25 %	36 %
To fremmøder	64 %	57 %
Mere end to fremmøder	10 %	5 %
Ej besvaret	1 %	2 %

Det ses, at andelen af afdelinger, der kun har et fremmøde inden behandlingsmuligheder foreslås, er steget fra 25 % i 2001 til 36 % i 2009. Modsat er andelen af afdelinger med to fremmøder faldet fra 64 % til 57 %.

Afdelingerne er også spurgt om, hvor lang tid der typisk afsættes til patientens første fremmøde. Se tabel 3.3, der også indeholder tal fra undersøgelsen i 2001.

Tabel 3.3 Afsat tid til første fremmøde i hhv. 2001 og 2009

	2001 (n=77)	2009 (n=42)
Afsat tid i gennemsnit	38 minutter	48 minutter
0-30 minutter afsat	29 %	36 %
31-45 minutter afsat	43 %	18 %
Mere end 45 minutter afsat	19 %	46 %
Ej besvaret	1 %	0 %

Som det kan ses i tabel 3.3 er det gennemsnitlige antal minutter, der afsættes til første fremmøde steget fra 38 minutter i 2001 til 48 minutter i 2009. Det bør alt andet lige give bedre tid til optagelse af anamnese og gennemførelse af de anbefalede kliniske undersøgelser. Det ses også, at næsten hver anden afdeling (46 %) afsætter mere end 45 minutter til første fremmøde mod 19 % i 2001 – der afsættes typisk 60 minutter.

Hvilke fagpersoner ser så patienten ved henholdsvis første og andet fremmøde i det ambulante udredningsforløb? Dette kan ses i tabel 3.4. Bemærk muligheden for at afgive flere svar.

Tabel 3.4 Hvem ser patienten ved patientens første og andet fremmøde i udredningsforløbet? Sæt gerne flere krydser (n=42)

	Første fremmøde	Andet fremmøde
Speciallæge i gynækologi/urologi	76 %	74 %
Læge uden speciallægeuddannelse	14 %	10 %
Kontinenssygeplejerske	48 %	40 %
Uroterapeut	21 %	21 %
Sygeplejerske	12 %	7 %
Fysioterapeut	0 %	12 %
Andre	0 %	0 %

Af tabel 3.4 ses det, at speciallægen som regel ser patienten ved både første (76 %) og andet (74 %) fremmøde. På de gynækologiske afdelinger ser speciallægen patienten ved første fremmøde på 18 ud af 25 afdelinger (72 %), mens det tilsvarende tal for de urologiske afdelinger udgør syv ud af 11 afdelinger (64 %). På alle privathospitaler (100 %) tilses patienten af speciallæge ved første fremmøde.

Kontinenssygeplejersken ser patienten på henholdsvis 48 % af afdelingerne ved patientens første fremmøde og 40 % af afdelingerne ved andet. På 15 ud af 25 gynækologiske afdelinger (60 %) ser continenssygeplejersken patienten ved det første fremmøde, men det tilsvarende tal for de urologiske afdelinger er fire ud af 11 (36 %). På et ud af seks privathospitaler (17 %) deltager en continenssygeplejerske ved patientens første fremmøde på hospitalet.

Efter således at have undersøgt afdelingernes overordnede organisering af udredningsforløbet vil der i det følgende blive taget udgangspunkt i DSOGs urogynækologiske guidelines' tre niveauer.

3.3 DSOGs Urogynækologiske guidelines

I DSOGs guidelines fra 2003 deles udrednings- og behandlingsforløbet op i tre overordnede niveauer:

- Niveau 1 – basalt niveau

Formålet er her at verificere patientens diagnose og klassificere patienten som havende enten funktionel –, simpel (stress- eller urgeinkontinens) – eller kompliceret inkontinens.

Udredningsprogrammet består på niveau 1 af anamnese, objektiv undersøgelse, urinundersøgelse, samt supplerende undersøgelse som udføres afhængigt af situationen såsom udfyldelse af væske/vandladningsskema, blevejningstest og residualurinmåling.

På niveau 1 anbefales det, at patienter med simpel urininkontinens (anatomisk stressinkontinens og idiopatisk urgeinkontinens) tilbydes en af følgende behandlinger: Bækkenbundstræning, blæret træning, intravaginale hjælpemidler, elektrostimulation, farmakologisk behandling og passende inkontinenshjælpemidler.

■ Niveau 2 – udvidet niveau

Formålet på niveau 2 er at udrede og behandle patienter, som enten ikke tidligere har fået foretaget en basal udredning, eller som ikke har opnået et tilfredsstillende resultat ved non-kirurgisk behandling, samt patienter med kompliceret urininkontinens.

Forløbet skal foregå på et hospital med passende stort optageområde uden størrelsen dog defineres nærmere i DSOGs guidelines. Der skal på hospitalet være tilknyttet speciallæger med speciel urogynækologisk ekspertise.

Udredningsprogrammet på niveau 2 består af en række urodynamiske undersøgelser såsom uroflowmetri og residualurinbestemmelse, cystometri, tryk-flow undersøgelse, urethral trykmåling og eventuelt cystoskopi og billeddiagnostisk undersøgelse.

På niveau 2 tilbydes patienter med primært tilfælde af stress-inkontinens enten en konservativ behandling eller kirurgisk intervention. Hvis sidstnævnte tilbydes anvendes en af følgende: Anterior kolporrhaphi, urethropexi, nålesuspension, slyngoperation og urethral injektionsbehandling.

■ Niveau 3 – landsdels niveau

Formålet er her at udrede og behandle patienter med recidiv stressinkontinens, stressinkontinens på grund af sphincterinsufficiens og vanskeligt behandlelig urgeinkontinens. Endvidere bør patienter med kombineret inkontinens og blæretømningsbesvær behandles på niveau 3.

Niveau 3 svarer ifølge DSOGs guidelines til lands/landsfunktioner.

Der angives i DSOGs guidelines intet specifikt udredningsprogram på niveau 3.

Resultaterne fra evalueringens spørgeskemaundersøgelse blandt gynækologiske og urologiske afdelinger og privathospitaler vil efterfølgende blive vurderet i forhold til DSOGs guidelines. Først vil udredningsforløbet på niveau 1 blive belyst, hvorefter behandlingsforløbet på samme niveau vil blive gennemgået. Dernæst udredningsforløbet på niveau 2, osv.

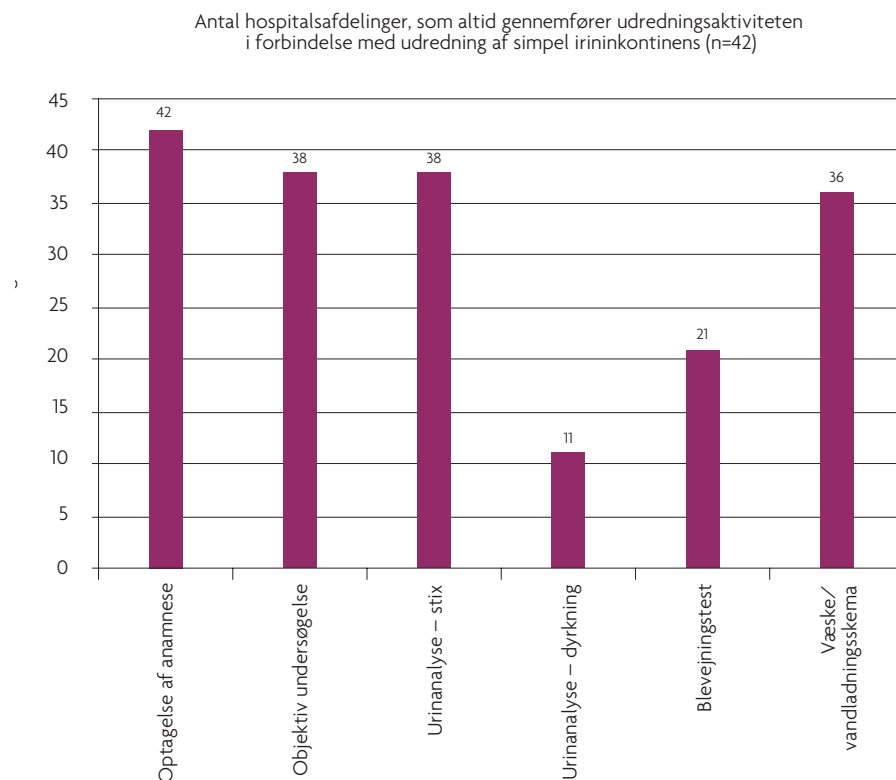
3.3.1 Niveau 1 – basalt udredningsniveau

Det basale udredningsprogram består ifølge DSOG af:

- Anamnese
- objektiv undersøgelse
- urinundersøgelse
- supplerende undersøgelser (afhængig af situationen) såsom væske/vandladningsskema, blevejningstest, residualurinmåling.

De gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt om, hvilke udredningsaktiviteter de gennemfører ved patienter med simpel urininkontinens. Af figur 3.2 kan man se de aktiviteter, der anvendes på det basale udredningsniveau.

Figur 3.2 Aktiviteter i forbindelse med basal udredning af urininkontinens



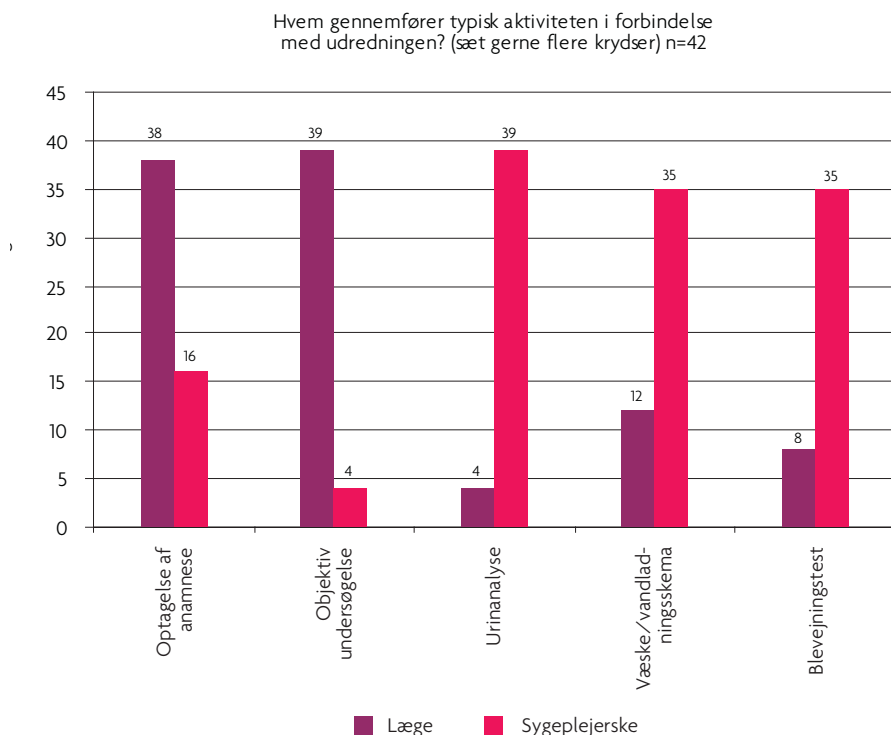
Som det kan ses på figur 3.2 optager alle hospitalsafdelinger (100 %) anamnese på patienter med simpel urininkontinens. 38 ud af 42 afdelinger (90 %) gennemfører altid en objektiv undersøgelse af patienterne, hvilket ligeledes gælder for urinanalyse ved stix (90 %). 11 ud af 42 afdelinger (26 %) udfører altid urindyrkning. Væske/vandladningsskemaerne gennemføres altid på 36 afdelinger (86 %).

Halvdelen af alle afdelinger (21 ud af 42) gennemfører altid en blevejningstest ved simpel urininkontinens. Der er ikke noget klart mønster i hvilke afdelinger (gynækologi eller urologi), der altid gennemfører blevejningstesten. Dog synes det som om, at privathospitalerne i mindre omfang gennemfører testen, idet blot en ud af seks privathospitaler svarer, at de altid gennemfører testen.

3.3.1.1 Faggrupper der deltager i udredningen for urininkontinens

De gynækologiske og urologiske afdelinger er i spørgeskemaundersøgelsen tillige blevet spurgt om, hvem, der gennemfører udredningen. Svarene herpå kan ses i figur 3.3. Bemærk muligheden for at afgive flere svar.

Figur 3.3 Hvem udreder patienten på hospitalsafdelingen?



Figur 3.3 viser, at lægen på 38 ud af 42 afdelinger (90 %) optager anamnese, hvilket tillige gælder for sygeplejersken på 16 afdelinger (38 %). På 93 % af afdelingerne er det lægen, der udfører den objektive undersøgelse.

Sygeplejersken udfører derimod urinanalyse (93 %), væske/vandladningsskemaet (83 %) og blevejninstesten (83 %).

DSOGs urogynækologiske guidelines beskriver ikke, hvilke faggrupper, der skal gennemføre de respektive udredningsaktiviteter.

Tabel 3.5 Andelen af afdelinger, hvor faggruppen altid udfører den pågældende udredningsaktivitet hhv. i 2001 (n=77) og 2009 (n=42)

Fagpersoner	Anamnese	Objektiv undersøgelse	Urin-analyse	Væske/-vandladnings-skema	Blevningstest
Læger 2001	87 %	95 %	9 %	41 %	23 %
Læger 2009	90 %	93 %	10 %	29 %	19 %
Sygeplejersker 2001	34 %	3 %	81 %	84 %	92 %
Sygeplejersker 2009	38 %	10 %	93 %	83 %	83 %

Sammenligner man tallene i tabel 3.5 fra henholdsvis 2001 og 2009, så ligner tallene stort set hinanden. Eksempelvis optog lægerne anamnese på 87 % af alle afdelinger i 2001, mens dette tal i 2009 var 90 %. Der er altså ikke den helt store forskel at spore.

Største variation finder vi i andelen af afdelinger, hvor lægen gennemfører væske/vandladningsskema, som er faldet fra 41 % i 2001 til 29 % i 2009, samt i andelen

afdelinger, hvor sygeplejersken udfører urinalysen, som er steget med 12 fra 81 % til 93 %.

3.3.2 Niveau 1 – behandling

På niveau 1 anbefales det i DSOGs guidelines, at patienter med simpel urininkontinens (anatomisk stressinkontinens og idiopatisk urge-inkontinens) tilbydes en af følgende behandlinger:

- Bækkenbundstræning
- blæretræning
- intravaginale hjælpemidler
- elektrostimulation
- farmakologisk behandling
- passende inkontinenshjælpemidler.

De gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt om, hvilke behandlinger de tilbyder kvinder med hovedsymptomer på stressinkontinens. Resultatet heraf kan ses i tabel 3.6.

Tabel 3.6 Behandlingstilbud ved simpel urininkontinens på gynækologiske og urologiske afdelinger (n=42)

Hvor ofte indgår nedenstående behandlingstilbud i jeres typiske behandling af kvinder med hovedsymptomer på stressinkontinens?	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ej besvaret
Instruktion i bækkenbundstræning	55 %	29 %	5 %	2 %	10 %
Henvi sning til bækkenbundstræning på hospitalet	26 %	36 %	21 %	7 %	10 %
Henvi sning til bækkenbundstræning i privat regi	10 %	31 %	40 %	10 %	10 %
Instruktion i blæretræning	36 %	29 %	19 %	5 %	12 %
Intravaginale hjælpemidler	31 %	40 %	14 %	2 %	12 %
Elektrostimulation	0 %	2 %	24 %	62 %	12 %
Instruktion i anvendelse af bleer/bind	48 %	31 %	10 %	0 %	12 %
Farmakologisk behandling, herunder:					
■ lokal østrogen behandling	40 %	43 %	5 %	2 %	10 %
■ systemisk østrogen behandling	0 %	0 %	50 %	40 %	10 %
■ anticholinergikum som tablet/plaster behandling	0 %	7 %	40 %	40 %	12 %
■ medikamentel indhældning i blæren	0 %	5 %	24 %	60 %	12 %
■ anden medicinsk behandling	0 %	12 %	17 %	36 %	36 %

Som det kan ses i tabel 3.6 indgår instruktion i bækkenbundstræning altid eller ofte på otte ud af ti (84 %) afdelinger. Seks ud af ti afdelinger (62 %) henviser altid eller ofte til bækkenbundstræning på hospitalet, mens det tilsvarende tal for henvisninger til bækkenbundstræning i privat regi ligger noget lavere på 41 %.

Der gives altid eller ofte instruktion i blæretræning på 65 % af alle afdelinger, mens det tilsvarende tal for intravaginale hjælpemidler er 71 %. 79 % af afdelingerne instruerer altid eller ofte patienterne i anvendelse af bind og/eller bleer.

Elektrostimulation gennemføres stort set ikke overfor urininkontinente kvinder, idet 86 % af afdelingerne sjældent eller aldrig tilbyder denne behandling.

Det kan ligeledes ud fra tabel 3.6 konkluderes, at lokal østrogen behandling er den foretrukne farmakologiske behandling. Således tilbyder 83 % af de adspurgte hospitalsafdelinger altid eller ofte kvinder med hovedsymptomer på stress inkontinens lokal østrogen behandling. De øvrige farmakologiske behandlinger anvendes stort set ikke på afdelingerne.

Sammenligner man de ovenstående tal med tallene fra 2001 undersøgelsen, fremstår de som vist i tabel 3.7.

Tabel 3.7 Behandling af kvinder med hovedsymptomer på stressinkontinens 2001 (n=77) og 2009 (n=42)¹⁵

Hvor ofte indgår nedenstående behandlingstilbud i jeres typiske behandling af kvinder med hovedsymptomer på stressinkontinens?	Altid eller ofte 2001 ¹⁶	Altid eller ofte 2009	Sjældent eller aldrig 2001	Sjældent eller aldrig 2009
Instruktion i bækkenbundstræning	93 %	84 %	7 %	7 %
Henvvisning til bækkenbundstræning på hospitalet	89 %	62 %	11 %	28 %
Henvvisning til bækkenbundstræning i privat regi	45 %	41 %	52 %	50 %
Instruktion i blæret træning	65 %	65 %	24 %	24 %
Intravaginale hjælpemidler	91 %	71 %	8 %	16 %
Elektrostimulation	12 %	2 %	88 %	86 %
Instruktion i anvendelse af bleer/bind	94 %	79 %	6 %	10 %
Farmakologisk behandling, herunder:				
■ Lokal østrogen behandling	99 %	83 %	1 %	7 %
■ systemisk østrogen behandling	50 %	0 %	50 %	90 %
■ anticholinergikum som tablet/plaster behandling	28 %	7 %	73 %	80 %
■ medikamentel indhældning i blæren	4 %	5 %	96 %	84 %
■ anden medicinsk behandling	-	12 %	-	53 %

Som det ses i tabel 3.7, så er der visse forskelle i tallene fra henholdsvis 2001 og 2009 undersøgelsen. Mest markante forskel ses i andelen af afdelinger, der henviser kvinderne til bækkenbundstræning på hospitalet. Dette tal falder fra 89 % i 2001 til 62 % i 2009 uden at det modsvares af en stigning i antallet af henvisninger i privat regi. Dette fald skyldes givetvis den ændrede opgavefordeling på genoptræningsområdet mellem kommuner og regioner, som trådte i kraft i forbindelse med kommunalreformen.

En anden væsentlig afvigelse findes i andelen af afdelinger, der altid eller ofte tilbyder systemisk østrogen behandling. Dette tal er faldet fra 50 % i 2001 til 0 % i 2009. Det synes som om afdelingerne mere eller mindre er gået væk fra dette behandlingstilbud over for kvinder med hovedsymptomer på stress inkontinens.

Overgangen fra systemisk til lokal østrogen behandling må betegnes som en positiv udvikling indenfor behandlingen af kvinder med urininkontinens, idet kvindernes risiko for brystkræft øges ved systemisk østrogen behandling.

¹⁵ "Ikke besvaret" figurerer ikke i 2001 undersøgelse, hvilket kan give skævheder i sammenligningen med 2009 tallene

¹⁶ Formuleringen lyder i 2001 undersøgelsen "I de fleste tilfælde" og "I nogle tilfælde" i stedet for "altid" og "ofte".

3.3.2.1 Hvem gennemfører behandlingen?

Ser man på, hvem der typisk udfører aktiviteterne i forbindelse med behandlingen af patienterne, kan man i tabel 3.8 læse, hvordan arbejdsopgaverne fordeler sig mellem lægen og sygeplejersken. Der vises både 2001 og 2009 tal.

Tabel 3.8 Arbejdsfordeling mellem læger og sygeplejersker ved behandlings-tilbud på gynækologiske og urologiske afdelinger i henholdsvis 2001 (n=77) og 2009 (n=42)

Hvem udfører typisk nedenstående aktiviteter? (sæt gerne flere krydser)	Læge 2001	Læge 2009	Sygepl. 2001	Sygepl. 2009
Instruktion i bækkenbundstræning	30 %	62 %	50 %	60 %
Henvi sning til bækkenbundstræning	83 %	88 %	28 %	26 %
Instruktion i blæretræning	63 %	64 %	79 %	81 %
Instruktion i intravaginale hjælpemidler	36 %	43 %	93 %	86 %
Instruktion i anvendelse af bleer/bind	14 %	12 %	95 %	93 %
Or dination af relevant medicin	93 %	100 %	5 %	5 %

I tabel 3.8 kan man ikke spore store ændringer fra 2001 til 2009. Væsentligste afvigelse finder vi i andelen af afdelinger, hvor lægen instruerer kvinderne i bækkenbundstræning. Denne andel er steget fra 30 % i 2001 til 62 % i 2009.

Arbejdsdelingen synes således at være, at lægen henviser patienterne til bækkenbundstræning, ordinerer relevant medicin, samt til dels instruerer patienterne i bækkenbundstræning og blæretræning. Sygeplejersken derimod står for instruktion i anvendelse af bleer/bind, vaginale hjælpemidler og blæretræning, samt delvist i bækkenbundstræning.

3.3.3 Niveau 2 – udvidet udredningsniveau

Formålet er på niveau 2 at udrede patienter, som enten ikke tidligere har fået foretaget en basal udredning, eller som ikke har opnået et tilfredsstillende resultat ved non-kirurgisk behandling, samt patienter med kompliceret urininkontinens.¹⁷

På niveau 2 gennemføres, ifølge DSOGs guidelines, følgende undersøgelser:

- Blev ejningstest
- uroflowmetri og residualurinbestemmelse
- cystometri, evt. urethrocystometri
- tryk-flow undersøgelse
- urethral trykmåling
- evt. cystoskopi ved mistanke om intravesikal lidelse
- evt. billeddiagnostisk undersøgelse.

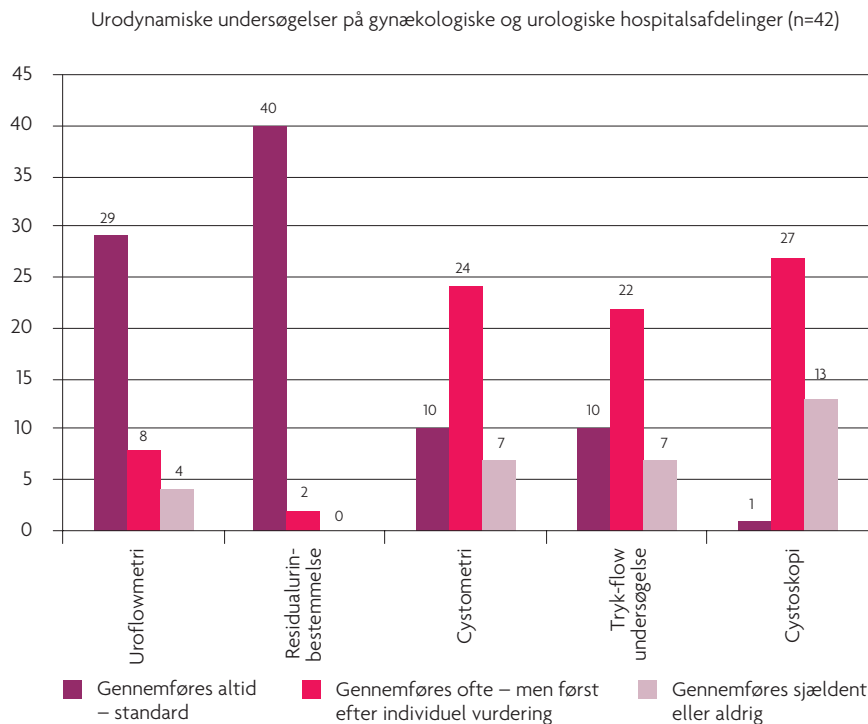
De gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt om, hvilke udredningsaktiviteter de gennemfører overfor patienter med enkel urininkontinens.

Figur 3.4 viser fordelingen af afdelinger, der udfører urodynamiske undersøgelser.¹⁸

17 DSOGs guidelines fra 2003 anbefaler urodynamik i niveau 2 udredning. Det er siden i ICS sammenhænge besluttet ikke at være nødvendigt til rent stressinkontinente.

18 Eftersom udredningsaktiviteten blev ejningstest blev belyst under niveau 1 og der ikke foreligger data i spørgeskemaundersøgelsen om billeddiagnostiske undersøgelser vil de urodynamiske undersøgelser være i fokus under niveau 2.

Figur 3.4 Urodynamiske undersøgelser på gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger



Figur 3.4 viser, at stort set alle afdelinger gennemfører residualurinbestemmelser, mens 88 % (37 afdelinger) altid eller ofte gennemfører uroflowmetri.

Svarene i forhold til cystometri og tryk-flow undersøgelse er nærmest identiske, idet 81 % af afdelingerne svarer, at de altid eller ofte gennemfører cystometri, mens det tilsvarende tal for tryk-flow undersøgelser er 76 %. Seks ud af de syv afdelinger, der sjældent eller aldrig gennemfører cystometri og tryk-flow undersøgelser er gynækologiske. Den sidste fra et privathospital. Modsat udgøres de ti afdelinger, der altid udfører cystometri og tryk-flow af syv gynækologiske afdelinger, en urologisk og af to privathospitaler.

Kun én afdeling (2 %) gennemfører altid cystoskopi, mens 27 afdelinger (64 %) ofte gennemfører cystoskopi, men først efter individuel vurdering.

Sammenligner man tallene med Sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2001, ser det ud som i tabel 3.9.

Tabel 3.9 Urodynamiske undersøgelser hhv. i 2001 og 2009

	Uroflowmetri	Residualurinbestemmelse	Cystometri	Tryk-flow undersøgelse	Cystoskopi
Andel afdelinger, hvor udredningsaktiviteten altid gennemføres (som standard)					
2001	51 %	71 %	12 %	7 %	11 %
2009	69 %	95 %	24 %	24 %	2 %
Andel afdelinger, hvor udredningsaktiviteten gennemføres ofte, men først efter individuel vurdering					

	Uro-flowmetri	Residualurinbestemmelse	Cystometri	Tryk-flow undersøgelse	Cystoskopi
2001	32 %	29 %	72 %	61 %	66 %
2009	19 %	5 %	57 %	52 %	64 %
Andel afdelinger, hvor udredningsaktiviteten gennemføres sjældent/aldrig					
2001	17 %	0 %	16 %	32 %	23 %
2009	11 %	0 %	17 %	17 %	31 %

Der ses i tabel 3.9 klare forskelle i udviklingen fra 2001 til 2009. Afdelingerne gennemfører som standard flere undersøgelser nu end tilbage i 2001. Uroflowmetri er således gået 18 % frem, residualurinbestemmelse 24 frem, cystometri 12 frem og tryk-flow undersøgelse 17 frem, mens cystoskopi som den eneste udredningsaktivitet er gået tilbage fra 11 % i 2001 til 2 % i 2009.

Tabel 3.10 viser hvilke faggrupper, der gennemfører de urodynamiske undersøgelser.

Tabel 3.10 Andelen af afdelinger, hvor faggruppen udfører urodynamiske undersøgelser i hhv. 2001 og 2009 (bemærk muligheden for flere svarmuligheder)

	Uroflowmetri	Residualurinbestemmelse	Cystometri	Tryk-flow undersøgelse	Cystoskopi
Læger 2001	18 %	39 %	31 %	26 %	96 %
Læger 2009	0 %	40 %	10 %	7 %	81 %
Sygeplejersker 2001	93 %	78 %	85 %	88 %	6 %
Sygeplejersker 2009	93 %	86 %	79 %	71 %	5 %

De største forskelle vedrører andelen af afdelinger, hvor lægen gennemfører de urodynamiske undersøgelser. Denne er faldet alle steder undtagen ved residualurinbestemmelse. For uroflowmetri er det faldet således fra 18 % til 0 %, for cystometri fra 31 % til 10 %, for tryk-flow undersøgelser fra 26 % til 7 %, osv.

Det synes således som om sygeplejerskerne i høj grad har overtaget udførelsen af de urodynamiske undersøgelser. Cystoskopi og delvist residualurinbestemmelse undtaget. Der er med andre ord sket en opgaveglidning indenfor varetagelsen af de urodynamiske undersøgelser fra 2001 til 2009.

3.3.4 Niveau 2 – behandling

Ifølge DSOg's guidelines består de kirurgiske indgreb på niveau 2 af:

- Anterior kolporrhaphi
- urethropexi
- nålesuspension
- slyngoperation
- urethral injektionsbehandling.

DSOGs guidelines daterer som nævnt tilbage til 2003 og er i øjeblikket ved at blive opdateret. Ny viden er kommet til siden 2003 og i de nye guidelines anbefales urothrops, slyngeoperation og urethral injektionsbehandling som kirurgiske indgreb. I det følgende vil der dog fortsat tages udgangspunkt i DSOGs guidelines fra 2003.

De gynækologiske og urologiske hospitalsafdelinger er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt om, hvilke operationstyper de anvender. Se tabel 3.11, som rummer tal fra både 2001 og 2009 undersøgelsen.

Tabel 3.11 Operationstyper på gynækologiske og urologiske afdelinger i hhv. 2001 (n=77) og 2009 (n=42)

Hvilke af nedenstående operationstyper anvender I?	Antal afdelinger, der anvender operationstypen 2001	Antal afdelinger, der anvender operationstypen 2009
Forvægsplastik, evt. med Kelly sutur	19	7
Kolposuspension a.m. Burch abdominalt	40	0
Kolposuspension a.m. Burch laparoskop.	5	0
Slyngplastik – TVT	24	23
Slyngplastik – TVT-O	*	8
Slyngplastik – TVT-secure	*	1
Slyngplastik – TOT	*	18
Slyngplastik – ad modum McGuire	*	3
Slyngplastik-anden teknik	10	4
Intraurethral injektion – bulkamid	*	19
Intraurethral injektion – collagen	2	0
Intraurethral injektion – macro-plastik	9	1
Intraurethral injektion – andet	0	0
Andre operationer for urininkontinens	4	6

* Data foreligger ikke.

Tabel 3.11 ovenfor viser et totalt stop i anvendelsen af kolposuspension a.m. Burch abdominalt og laparoskopisk.

Forvægsplastik evt. med Kelly sutur anvendes nu kun på 7 afdelinger mod 19 i 2001. Det kan overraske, at indgrebet fortsat anvendes, eftersom litteratur¹⁹ viser, at forvægsplastik evt. med Kelly sutur er en forældet operationsmetode, hvis den udføres alene for urininkontinens. En forklaring kan være, at indgrebet udføres hos patienter med stressinkontinens samt et cystocele, i håbet om, at cystocele operationen også kurerer inkontinensen.

Slyngplastik synes at være den klart foretrukne operationstype i 2009, idet TVT anvendes på 23 afdelinger, mens 18 afdelinger anvender TOT.

Også intraurethral injektion med bulkamid er hyppigt anvendt i 2009. 19 afdelinger anvender denne operationstype.

Det kan ud fra tabel 3.11 konkluderes, at der indenfor behandlingen af urininkontinente kvinder er kommet et nyt regime, som består af mindre invasive operationstyper

19 Smith ARB et al. (2005): Surgery for Urinary Incontinence in Women. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Editors. 3rd International Consultation on Incontinence

såsom slyngplastik og intraurethral injektion. Kolposuspension udføres således ikke længere.

Konklusionen underbygges af dataudtræk fra Landspatientregisteret, som indeholder data for, hvilke forskellige typer af operationer landets hospitalsafdelinger anvender. Nedenfor i tabel 13 kan man se udviklingen i brugen af de forskellige operationstyper fra 2003 til 2008. Tabellen viser antallet af operationer udført på alle landets hospitalsafdelinger i årene 2003-2008.

Tabel 3.12 Udviklingen i operationstyper fra 2003 til 2008. LPR dataudtræk

Proceduretype	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Botox	.	.	3	42	97	127
Kolposuspension a.m. Burch	77	27	2	1	2	1
Abdominovaginal suspension af blærehals	54	6	7	1	.	3
Slyngplastik a.m. McGuire	78	13	78	8	.	3
Intraurethral injektion – bulkamid	106	109	247	355	276	314
Slyngplastik –TVT	720	1061	956	913	765	590
Slyngplastik -TVT-O og lign. procedurer	.	.	35	313	501	496
Anden vaginal inkontinensoperation	.	.	2	9	7	9
I alt	1035	1216	1330	1642	1648	1543

Det ses ovenfor i tabel 3.12, hvordan udviklingen i antallet af gennemførte operationer understøtter svarene fra spørgeskemaundersøgelsen. Der ses også her en bevægelse henimod de mindre invasive operationstyper. Operationstyper som kolposuspension a.m. Burch falder voldsomt i antal, mens slyngplastik-TVT-O samlede antal stiger betragteligt.

Ser man på, hvor mange forskellige typer af operationer de enkelte afdelinger udfører, så kan man nedenfor læse, hvilke hospitalsafdelinger, der gennemfører hvilke operationer.

En operationstype (fire hospitalsafdelinger)

- Slyngplastik – TVT (Gynækologisk afd., Holbæk Sygehus)
- Slyngplastik – TOT (Gynækologisk afd., Haderslev Sygehus, Kvindeafd., Regionshospitalet Horsens)
- Andre operationer for urininkontinens (Urinvejkirurgisk afd., Hospitalsenheden Vest – Holstebro og Herning).

To operationstyper (ti hospitalsafdelinger)

- Forvægsplastik og Slyngplastik – TVT (Gyn. afd., Regionshospitalet Randers)
- Forvægsplastik evt. med Kelly sutur og Slyngplastik – TVT (Gyn. afd., Sygehus Thy-Mors)
- Forvægsplastik, evt. med Kelly sutur og Slyngplastik – TOT (Gyn. afd., Sygehus Vendsyssel)
- Forvægsplastik, evt. med Kelly og Slyngplastik –TVT-O (Ciconia Århus Privathospital)
- Slyngplastik-TVT og Slyngplastik – TOT (Gyn. afd., Svendborg Sygehus)
- Slyngplastik – TVT og TVT-A (Gyn. afd., Slagelse Sygehus)
- Slyngplastik – TVT og Intraurethral injektion – bulkamid (Gyn. afd., Hillerød Hospital og Gyn. afd., Herning Sygehus)
- Slyngplastik – TOT og Slyngplastik – Miniarc, AMS (Mariahjemmet Privathospital)
- Slyngplastik – TOT og Intraurethral injektion – macro-plastik (Urologisk afd., Regionshospitalet Viborg).

Tre operationstyper (otte hospitalsafdelinger)

- Forvægsplastik, evt. med Kelly sutur, Slynplastik – TOT og Intraurethral injektion – bulkamid (Kvindeafd., Regionshospitalet Viborg)
- Slynplastik – TVT, Slynplastik – TOT og Intraurethral injektion – bulkamid (Gyn. afd., Næstved Sygehus, Gyn. afd., Nykøbing Falster Sygehus, Gyn. afd., Odense Universitetshospital, Gyn. afd., Sygehus Lillebælt Kolding, Gyn. afd., Aalborg Sygehus, Inkontinensklínikken – Urologisk ambulatorium, Aalborg Sygehus Nord og Gråbrødreklinikken)
- Slynplastik – TVT, Slynplastik – TVT-O og Intraurethral injektion – bulkamid (Gyn., Hvidovre Hospital og Gyn. afd., Sydvestjysk Sygehus)
- Sakral nervestimulation, botox injektion og Clam cystoplastik (Urologisk afd., Herlev Hospital)
- Slynplastik – TVT, Slynplastik – ad modum McGuire og Intraurethral injektion – bulkamid (Urinvejkirurgisk afd., Århus Universitetshospital, Skejby).

Fire operationstyper (en hospitalsafdeling)

- Slynplastik – TVT, Slynplastik – TVT-O, Slynplastik – TOT og Intraurethral injektion – bulkamid (Gyn. afd., Frederiksberg Hospital).

Fem operationstyper (fem hospitalsafdelinger)

- Forvægsplastik, Slynplastik – TVT, Slynplastik – TVT-O, Slynplastik – TOT og Intraurethral injektion – bulkamid (Gyn. afd., Roskilde Sygehus)
- Forvægsplastik, evt. med Kelly sutur, Slynplastik – TVT, Slynplastik – TOT, Slynplastik – ad modum McGuire og Intraurethral injektion – bulkamid (Gyn. afd., Glostrup Hospital)
- Slynplastik – TVT, Slynplastik – TVT-O, Slynplastik – secure, Slynplastik – TOT og Intraurethral injektion – bulkamid (Urologisk afd., Odense Universitetshospital)
- Slynplastik – TVT, Slynplastik – TVT-O, Slynplastik – anden teknik, Slynplastik – ad modum McGuire og Intraurethral injektion – bulkamid (Urogynækologisk klinik, Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus)
- Forvægsplastik, evt. med Kelly sutur, Slynplastik – TVT, Slynplastik – Needleless, Slynplastik – TVT-O og Intraurethral injektion – bulkamid (Gynækologisk afd. Sygehus Sønderjylland, Sønderborg).

Oversigten viser, at kombinationen af slynplastik – TVT, slynplastik – TOT og intraurethral injektion med bulkamid er den hyppigst forekommende, eftersom syv afdelinger netop har denne kombination.

Det kan diskuteres, hvorvidt de forskellige typer af slynplastik operationer bør slås sammen under én overordnet operationstype og ligeså med de forskellige typer af intraurethral injektion. På trods heraf efterlader oversigten over fordelingen af operationstyper på landets hospitalsafdelinger et billede af mange afdelinger, der gennemfører flere forskellige operationer.

Det synes således som om den spredte operationsaktivitet knyttet til kvindelig urininkontinens, som påvistes i Sundhedsstyrelsens evaluering fra 2001, ikke er reduceret væsentligt frem til 2009.

Udtræk fra Landspatientregisteret viser, at der i 2008 udførtes 1543 operationer mod urininkontinens for kvinder på 44 forskellige offentlige og private hospitalsafdelinger. Tidligere studier har vist, at en kirurg skal udføre 20-25 slynoperationer for at have opbygget en vis rutine²⁰, men erfaringen viser også, at kirurgen skal have et vist volu-

20 Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa AJ, David MP, Lessing JB. Tension-free vaginal tape for stress urinary incontinence: Is there a learning curve? *Neurourol Urodyn* 2002;21(5):470-2.

men om året for at opretholde sin rutine²¹ uden rutine stiger risikoen for komplikationer forbundet med operationen. Jo flere kirurger, der ikke opererer et vist volumen af patienter desto større er risikoen dermed for komplikationer.

Det synes derfor uhensigtsmæssigt, at så mange afdelinger, der opererer så få patienter skal have så stort et udbud af operationstyper. Særligt når den enkelte kirurg skal opretholde sin operationsrutine.

Ambitionen må derfor være, også med Sundhedsstyrelsens specialeudmelding på området in mente, at samle den højt specialiserede kirurgiske aktivitet indenfor urininkontinens på færre afdelinger, så den enkelte kirurgs rutine såvel som ekspertise kan opbygges til gavn for patienterne.

3.3.5 Niveau 3 – landsdels niveau

Formålet er her at udrede patienter med recidiv stressinkontinens, stress-inkontinens på grund af sphincterinsufficiens og vanskeligt behandlelig urge-inkontinens. Endvidere bør patienter med kombineret inkontinens og blæretømningsbesvær behandles på niveau 3.

Niveau 3 svarer ifølge DSOGs guidelines til lands/landsdelsfunktioner.

Der angives i DSOGs guidelines ikke specifikke udredningsaktiviteter på niveau 3.

Niveau 3 belyses derfor ikke i denne undersøgelse.

3.4 Konklusion og perspektiver på delundersøgelse 2

Som nævnt indledningsvist konkluderede evalueringen fra 2001, at der var for stor variation i udrednings- og behandlingsforløbene både mellem og indenfor de enkelte specialer på landets hospitaler. Denne konklusion var imidlertid fremsat inden DSOGs opdeling af udredningsforløbet i tre niveauer.

Det ses således i nærværende evaluering, at stort set alle afdelinger gennemfører udredningsaktiviteterne på niveau 1, det basale udredningsniveau. Først og fremmest optagelse af anamnese, objektiv undersøgelse og urinalyse.

På niveau 2 falder andelen af afdelinger, der udfører de i DSOGs guidelines anbefalede urodynamiske undersøgelser. Residualurinbestemmelse gennemføres fortsat som standard på 95 % af hospitalsafdelingerne, mens 69 % af afdelingerne altid gennemfører uroflowmetri. Derimod foretages udredningsaktiviteter som cystometri, tryk-flow undersøgelser og cystoskopi sjældnere på landets hospitalsafdelinger.

Det konkluderes videre, at den højt specialiserede kirurgiske aktivitet i 2009 fortsat er spredt på forholdsvis mange hospitalsafdelinger. Det synes ikke hensigtsmæssigt, at så mange afdelinger, der opererer så få patienter skal have så stort et udbud. Udtræk fra Landspatientregisteret viser, at der i 2008 udførtes 1543 operationer mod urininkontinens for kvinder på 44 forskellige afdelinger. Denne spredning i aktiviteten påvirker kvaliteten i behandlingen og øger risikoen for komplikationer, eftersom den enkelte kirurgs rutine vanskeligt kan opretholdes.

Sundhedsstyrelsens specialeudmelding²² vil sandsynligvis føre til en yderligere reduktion i antallet af afdelinger, der behandler kvinder med urininkontinens, idet operativ

21 Schraffordt Koops SE, Bisseling TM, Heintz AP, Vervest HA. Prospective analysis of complications of tension-free vaginal tape from The Netherlands Tension-free Vaginal Tape study. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Jul;193(1):45-52.

22 Se "Specialevejledning for Gynækologi og obstetrik" samt "Specialevejledning for Urologi", Sundhedsstyrelsen, 2009.

behandling af urininkontinens med TVT, TVT-O samt bulking foreslås henlagt som regionsfunktion.

Sundhedsstyrelsens specialeudmelding tilsiger desuden, at urininkontinens for kvinder overvejende skal varetages i specialet gynækologi og obstetrik, men dog i samarbejde med urologi. Dette kan betyde en yderligere reduktion i antallet af urologiske afdelinger, der udreder og behandler patienter med urininkontinens.

Det kan diskuteres om de urologiske afdelinger overhovedet bør gennemføre kirurgisk aktivitet i forbindelse med kvindelig urininkontinens.

Så i stedet for som i 2001 evalueringen at konkludere, at der er for stor uensartethed i forhold til, hvilke afdelinger, der gennemfører hvilke undersøgelser og behandlinger, er konklusionen snarere, at der i dag er for mange afdelinger, der udreder og behandler patienter med urininkontinens. I stedet for ensartethed kræves specialisering og opbygning af tilstrækkelig rutine hos den enkelte kirurg.

Undersøgelser har vist, at en kirurg skal udføre 20-25 slyngeoperationer for at have opbygget en vis rutine, men erfaringen viser også, at kirurgen skal have et vist volumen om året for at vedligeholde sin rutine.

Der bør derfor overvejes at stille krav til alle hospitalsafdelinger, private såvel som offentlige, om opbygningen af en vis rutine i forhold til de kirurgiske indgreb mod urininkontinens. Eksempelvis i form af mindst to kirurger på matriklen, der kan udføre inkontinenskirurgi, således at kontinuiteten i udredningen og behandlingen af patienterne kan sikres, ligesom der årligt bør gennemføres et vist minimum af operationer således at operationsrutinen kan opretholdes.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00

emm@sst.dk
www.sst.dk