

*Nr. 1 2000*

En klinisk vejledning

## Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis

Udarbejdet af:

Dansk selskab for almen medicin

Dansk Geriatrisk Selskab

Dansk Neurologisk Selskab

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Dansk Selskab for Rehabilitering

Dansk Urologisk Selskab

Udgivet af:

Dansk selskab for almen medicin

## Indhold

Forord	1
Formål og definition	1
Forekomst og håndtering	1
Anatomi og fysiologi	2
Typer af funktionsforstyrrelser	3
Første konsultation	3
Anamnese	3
Væske- og vandladningsskema	3
Blevejningstest	3
Objektiv undersøgelse	3
Sammenfatning	4
Anden konsultation – efter 2-3 uger	4
Drikke- og vandladningspædagogik	4
Anden natlig vandladningsårsag	4
Stressinkontinens	4
Bækkenbundstræning	4
Østrogenbehandling	4
Hjælpemidler	4
Urgeinkontinens	5
Blæretræning	5
Bækkenbundstræning	5
Elektrostimulation	5
Farmakologisk behandling	5
Overløbsinkontinens	5
Residualurin	5
Tredje konsultation – efter 3 måneder	5
Opfølgning	5
Descensus kombineret med inkontinens	5
Engangskatetre	5
Bind, bleer og blebukser	5
Sygehus- og speciallægerégi	5
Diverse operative indgreb	6
Litteratur	6
Væske- og vandladningsskema	7

### Arbejdsgruppen bestod af:

*Gorm Jensen*, Dansk selskab for almen medicin  
*Anne Vibeke Schiødt*, Dansk selskab for almen medicin  
*Suzanne Sanders*, Dansk Geriatrisk Selskab  
*Annette Nordenbo*, Dansk Neurologisk Selskab  
*Wiggo Fischer-Rasmussen*, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi  
*Gunnar Lose*, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi  
*Hans Madsen*, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi  
*Fin Biering-Sørensen*, Dansk Selskab for Rehabilitering  
*Jens Thorup Andersen*, Dansk Urologisk Selskab  
*John Bugge Nielsen*, Dansk Urologisk Selskab  
*Steen Walter*, Dansk Urologisk Selskab (formand)

*Asmus Thun Bisgaard* (lægefaglig konsulent DSAM)

DSAM har modtaget økonomisk støtte fra:  
 Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering

## Forord

Denne vejledning adskiller sig på væsentlige punkter fra vejledningen »Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis – med særligt henblik på dyslipidæmi« og de kommende kliniske vejledninger om diagnosticering af demens og forebyggelse af osteoporose.

Vejledningen er udarbejdet af en tværfagligt sammensat arbejdsgruppe, som blev nedsat på initiativ af Dansk Urologisk Selskab, og som havde påbegyndt sit arbejde, inden retningslinierne for udarbejdelse af DSAM's kliniske vejledninger var udarbejdet.

Rent praktisk er denne vejledning udarbejdet af gruppens to praktiserende læger med råd og støtte fra de andre i gruppen. Vejledningen er ikke en vidensbaseret klinisk vejledning, men baseret på konsensus og evidens.

DSAM's bestyrelse er dog glad for at kunne udsende denne vejledning til alle praktiserende læger. For det første omhandler den et væsentligt problem, der rammer mange mennesker. Medierne har ofte fremhævet urininkontinens som værende et problem, de praktiserende læger ikke interesserer sig tilstrækkeligt for eller havde nok viden om.

Det er bestyrelsens opfattelse, at denne vejledning er så anvendelig, at den vil bidrage til, at mange mennesker med inkontinensproblemer vil få relevant hjælp i almen praksis. For det andet tror vi, at anvendelsen af denne vejledning vil spare tid og ressourcer, ikke alene for patienterne og samfundet, men også i den praktiserende læges daglige kliniske arbejde.

DSAM's bestyrelse skal hermed takke arbejdsgruppen for et godt udført arbejde og for et fornemt tværfagligt samarbejde.

*Torsten Lauritzen*

Tidl. formand for Dansk selskab for almen medicin

## FORMÅL OG DEFINITION

Formålet med denne vejledning er at præsentere en vejledning til håndtering og behandling af urininkontinens i almen praksis efter *minimal care*-princippet. Definitionen på urininkontinens er ifølge International Continence Society (ICS):

Inkontinens er en ufrivillig urinlækage, der kan påvises objektivt, og som opfattes som et socialt og/eller hygiejnisk problem.

## FOREKOMST OG HÅNTERING

Urininkontinens er en meget hyppig men underrapporteret tilstand med lav prioritet både i befolkningen og hos sund-

Hver praktiserende læge har ca. 75 kvinder og 25 mænd med urininkontinens. Heraf har størstedelen psykiske og sociale gener pga. inkontinens. 70% har kunnet opnå bedring med enkle procedurer.

hedsvæset. Forekomsten skønnes blandt voksne danskere at være 15% for kvinder og 5% for mænd. Dermed udgør antallet i Danmark ikke under 300.000 personer, hvilket betyder, at hver praktiserende læge har ca. 100 i sin patientkreds.

I en undersøgelse fra almen praksis i Norge har man vist at kunne opnå bedring hos 70% ved ganske enkle procedurer, og kun 17% af kvinderne blev visiteret til videre undersøgelse og behandling. I den undersøgelse svarer 89% af kvinderne positivt på et eller flere spørgsmål om psykiske gener, 73% angiver en eller flere sociale konsekvenser af deres inkontinens.

Det skønnes, at kun 20-25% af de berørte kvinder henvender sig til lægen med problemet. Underbehandling kan skyldes tilbageholdenhed/blufærdighed hos patienten og eventuelt også hos lægen, som kan være mindre motiveret til at gå ind på problemet på grund af manglende viden om undersøgelsesprocedurer og løsningsmodeller, og hos begge parter en indstilling om »at det er noget, der hører alderen til« eller »det er der ikke noget at gøre ved«.

Danskere over 18 år med en varig lidelse har ret til hjælpemidler efter § 97 i Lov om social service. Der udleveres mange bleer af hjemmeplejen, men måske er der brug for færre efter en passende indsats af egen læge, hvis han/hun bliver gjort opmærksom på situationen. Det vil være bedre »at lukke for hanen i stedet for at blive ved med at tørre vand op fra gulvet«.

Skal der ske fremskridt på dette område, er det vigtigt, at egen læge er motiveret og vidende og med takt og åbenhed kan spørge aktivt, om patienten har problemer med at holde på vandet. Der optræder ofte sproglige misforståelser på dette område, og derfor bør man sikre sig gensidig forståelse ved hjælp af forskellige sproglige formuleringer.

## ANATOMI OG FYSIOLOGI

De nedre urinveje består af blæren med reservoirkapaciteten og urinrøret med afløbsfunktionen. Lukkefunktionen varetages af *m. sphincter urethrae* lige under overgangen mellem blære og urethra og understøttes af bækkenbundsmuskulaturen. De nedre urinveje er innerverede af både motoriske og sensoriske nerver. Det autonome nervesystem er dominerende, men refleksbuerne kan både hæmmes og fremmes voluntært. Den normale blære fyldes, uden det intravesikale tryk øges. Den normale miktions aktiveres ved sphincterrelaksation, og herefter får parasympatisk stimulation blæren (*m. detrusor vesicae*) til at trække sig sammen med vandladning til følge. Normalt tømmer blæren sig fuldstændigt. Udefra kommende faktorer kan påvirke blæretømmingen, eksempelvis brug af bugpressen, adipositas, tumores, obstipation og irritationstilstande (smerter). Foruden den parasympatiske innervation, der er ansvarlig for blærekontraktion, er det af interesse af hensyn til de senere omtalte medikamentelle behandlingsmuligheder, at der i området omkring blærebunden (*trigonum vesicae*), overgangen til *urethra* og i *sphincter urethrae* findes mange alfa-adrenerge receptorer (sympatikus). De findes næsten kun i dette område. I *trigonum* og *urethra* findes desuden østrogenreceptorer.

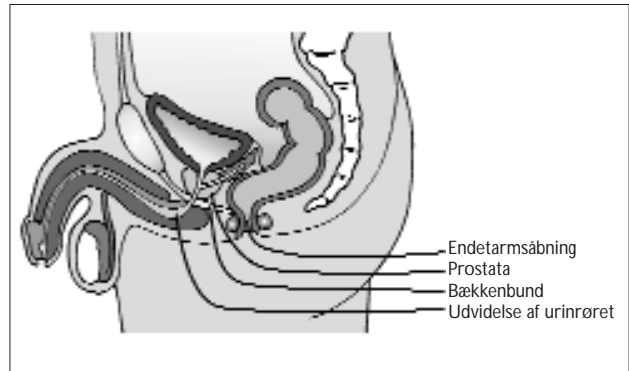


Fig. 1. Oversigt over den mandlige urinvejs anatomi.

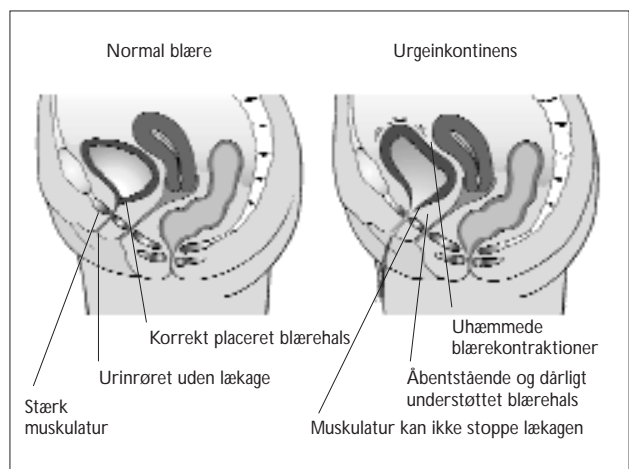


Fig. 2. Normal blære og blære ved urgeinkontinens.

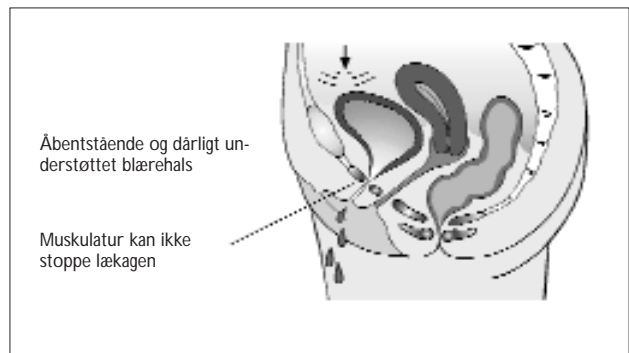


Fig. 3. Stressinkontinens.

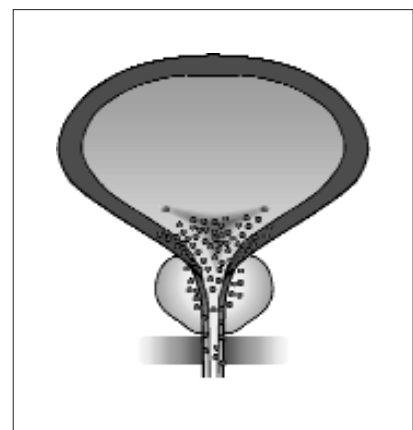


Fig. 4. Fordelingen af alfareceptorer i blære og blærehals.

## TYPER AF FUNKTIONSFORSTYRRELSER

**Stressinkontinens (50%):** Ved stressinkontinens er der urin-afgang (i skvæt), fordi det intravesikale tryk på grund af ude-afkommende påvirkning øges ud over det tryk, som lukkemusklen kan holde tæt mod. Stressinkontinens er ikke ledsaget af stærk vandladningstrang. Den optræder ved fysisk aktivitet, løft, hoste og latter. Det er den almindeligste inkontinensstype.

**Urgeinkontinens (20%):** Her sker blæretømning, fordi detrusor kontraherer sig uden varsel med stærk vandladningstrang – ofte med vilkårligt volumen i urinblæren. Det er ikke muligt at hæmme denne blæretømning. Tiltagende hyppig efter menopausen. Urgeinkontinens forekommer hyppigt hos mænd med prostatahyperplasi.

**Blandet stress/urgeinkontinens (30%):** Blandede symptomer fra stress- og urgeinkontinens.

**Overløbsinkontinens:** Hvor blæren gennem lang tid er blevet udpilet på grund af kompromitteret tømningfunktion, og »karret« løber over: Ischuria paradoxa. Ses hyppigst hos mænd med prostatahypertrofi.

**Sivende inkontinens:** Urinsiven uden distension. Ved medfødte misdannelser, ektopisk ureter og fistler (stråleskader).

**Efterdryp:** Hyppigst hos mænd, hvor en portion urin kan samle sig i en udposning i bagre urethra (*pars bulbosa*).

## FØRSTE KONSULTATION

### Anamnese

En god sygehistorie og enkle objektive undersøgelser vil give grundlag for at skelne mellem inkontinensstyperne og dermed være vejledende for behandling. Som anført må der spørges både med åbenhed og takt, blandt andet om hvor længe der har været urininkontinens, og om en urinlækage er til gene overhovedet. Ud over inkontinensanamnesen udspørges om:

*For kvinder:*

- Fødsler inkl. evt. indgreb
- Gynækologiske operationer
- Menopause

*For mænd:*

- Eventuelle operationer i det lille bækken
- Andre urinvejslidelser
- Blæretømningsbesvær

*For begge køn:*

- Afføringsvaner
- Medicin, specielt østrogen og diuretika. Psykofarmaka, antikolinergika, adrenerge midler. Blodtryksmedicin (alfa-blokkere).

*Andre sygdomme, specielt:*

- Neurologiske lidelser inkl. apopleksi
- Diabetes mellitus
- Hjerte-/karlidelser (med ødemer)
- Social/»arkitektonisk« inkontinens (afstanden til toilet, hjælpemidler).

Mellem 80 og 90% af patienterne vil udfylde væske- og vandladningsskemaerne.

### Væske- og vandladningsskema

Væske- og vandladningsskema til tre døgn. Det kan umiddelbart virke uoverkommeligt at instruere i brugen, men vi har erfaring for, at mellem 80 og 90% af disse patienter vil udfylde skemaerne på den mest omhyggelige måde, og du vil blive meget klogere på deres lidelse. Ulejligheden og besværet er alene patientens. På skemaet er der plads til »begivenheder«, det være sig tilfælde med inkontinens, større fysiske udfoldelser, ble- eller bindskift, gåen i seng, ståen op. Skemaet fortæller om følger af hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig medicinering, mængder og tider for væskeindtag, vandladningshyppighed og -mængde, vandladningsvaner i forbindelse med begivenheder, eventuelt natlig polyuri. Det er normalt at lade vandet op til syv gange om dagen og to gange om natten.

### Blevejningstest

Blevejningstesten har til formål at bestemme den lækkede urin over et givet tidsrum, fx 24 timer. Den objektiviserer tilstanden og er især velegnet til at følge et behandlingsforløb, eventuelt i kombination med den subjektive angivelse på en visuel analog skala.

Blevejningstesten udføres praktisk ved at der udleveres fx ti bleer (bind) samt en vandtæt plasticpose. Det hele er forvejet. Efter 24 timers brug afleveres posen med bindene, og vægtøgningen viser urinlækagen. Grænsen for inkontinens er sat ved 8 g/24 h.

### Objektiv undersøgelse

Øvrige objektive kliniske undersøgelser indebærer et skøn over almen- og ernæringstilstand. Herudover skal der udføres en problemorienteret undersøgelse:

Visuel analog skala, fx

Angiv graden af symptomer

1 5

Bedst Værst

*Palpation af abdomen:*

- Udfyldning over symfyen (blæren, tumores og evt. cicatricer)

*Mænd:* Rektaleksploration med henblik på:

- Prostata størrelse og konsistens
- Udfyldninger, tumores, obstruktion

Det er normalt at lade vandet op til syv gange om dagen og to gange om natten.

*Kvinder:* Gynækologisk undersøgelse med hensyn til:

- Slimhinder (atrofi)
- Cysto-rectocele eller descensus
- Tumorer i det lille bækken (obstipation)
- Levatorfunktionen (få kvinden til at knibe om eksplorerende fingre)

*Urin for (rutinemæssigt):*

- Blod (hvis positiv, skal der findes en årsag)
- Sukker (vær opmærksom på diabetes og diabetisk neuropati)
- Leukocytter og/eller bakterier

*Blod:*

- Ikke rutinemæssigt, kun behovsbestemt

### Sammenfatning

Ved denne førstehenvendelses-undersøgelse er det nu muligt at udskille nogle patienter, som med fordel kan henvises til videre undersøgelse og behandling ved urologisk, gynækologisk, geriatrisk eller neurologisk speciallæge eller afdeling. Ved hurtigt progredierende symptomer, dvs. symptomer opstået gennem uger til måneder og specielt urgeinkontinens, skal der tænkes på tumores eller neurologisk lidelse (Fig. 5).

### ANDEN KONSULTATION – EFTER 2-3 UGER

#### Drikke- og vandladningspædagogik

De fleste møder efter én til to uger med udfyldt vandladningsskema som basis for dialog om normale drikke- og vandladningsvaner. Indtagelse af mindst halvanden liter væske dækker kroppens behov. Døgndiuresen behøver ikke at være over en liter. Det er normalt at lade vandet op til syv gange om dagen og to gange om natten

#### Anden natlig vandladningsårsag

Mange har uforholdsmæssig store, natlige diureser med stærkt forstyrret nattesøvn trods beskedent væskeindtag om aftenen. Det kan være forårsaget af, at perifere ødemer mobiliseres og udskilles og/eller manglende stigning af anti-diuretisk hormon. De kan hjælpes med en lille dosis furosemid (20 mg) fire til seks timer før sengetid eller i udtalte tilfælde Minirin (desmopressin) 0,2 mg en time før sengetid. I så fald må der ikke være tegn på kardial inkompensation, og man skal være meget sikker på, at patienten har forstået be-

handlingsprincippet og ikke af bekvemmelighed også tager tabletter næste morgen.

### Stressinkontinens

Behandlingen går ud på at understøtte og øge sphincterfunktionen med bækkenbundsøvelser, eventuelt med østrogen (til kvinder), mindske trykket på blæren med væggtab ved overvægt samt undgå obstipation og hoste (rygeophør). Det er den letteste type at behandle, også med operation.

### Bækkenbundstræning

Bækkenbundstræning udføres ved kontraktion af musklerne i bækkenbunden uden brug af bugpressen. Der skal øves kontraktioner, fx 20 gode knib a 6-8 sekunders varighed, to til tre gange dagligt.

Der skal instrueres grundigt, men alligevel er det vist, at over 50% udfører øvelserne forkert. Kontraktion kan kontrolleres med to fingre i vagina, og det kan de fleste – men ikke alle – kvinder lære. Der er nu interesserede fysioterapeuter, som underviser og behandler (fysioterapeuter må eksplorere).

Træningen skal udføres dagligt. Fuld effekt er først opnået efter ca. tre måneder, og træningen skal fortsættes for at vedligeholde virkningen.

Afspændingspædagogen *Helle Gotved* har udgivet en instruktiv bog med forklaring om og instruktion i bækkenbundsøvelser samt et bånd til hjemmebrug. Danske fysioterapeuter har udgivet en lille pjeces: »Husk bækkenbunden«.

Også mænd med stressinkontinens kan behandles med bækkenbundstræning.

### Østrogenbehandling

Østrogenbehandling til kvinder styrker sphincterfunktionen postmenopausalt. Resultatet er lige så godt med lokalbehandling (creme eller vagitorier) som systemisk behandling.

### Hjælpemidler

*Vaginalvægte:* Hjælpemiddel til at identificere og styrke bækkenbundsmuskulaturen. Vejer fra ca. 20 til 100 g. Lagt op i vagina stimulerer de bækkenbunden til kontraktion. Effekten er ikke afklaret.

*Elektrostimulation:* Foregår ved påsætning af to elektroder, dels vaginalt dels i rectum eller perineum. Der kan stimuleres med forskellige strømstyrker og frekvenser i kortere eller længere tid. Metoden er skånsom, men endelig afklaring af brugbarhed foreligger ikke. Nogle fysioterapeuter og uroterapeuter (sygeplejersker med særlig uddannelse på inkontinensområdet) har dette udstyr.

*Intravaginal tampon:* Der findes en tampon (Contrelle) til opsætning i vagina. Rationalet er, at tamponen skal fylde og presse skedens forvæg frem, hvorved sphincterfunktionen understøttes. Disse tamponer behøver ikke at skiftes ved vandladning. De skal skiftes dagligt.

*Engangspropper:* Der findes flere slags éngangspropper til uretra. Dels små stive plastikpropper med knopper (Vivaproppen), dels med lille ballon til oppustning (Reliance). De rør må fjernes og kasseres ved vandladning. Brugen rummer en risiko for urinvejsinfektion.

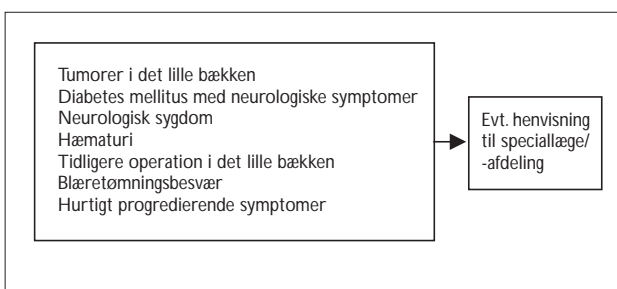


Fig. 5. Tilstande, som med fordel kan henvises til speciallæge-/afdeling.

### Urgeinkontinens

Behandlingen er vanskeligere. På grund af frygten for de ufrivillige (voldsomme) vandladninger vil nogle patienter søge at lade vandet ved enhver given mulighed, og værner sig derfor til hyppige vandladninger med små volumina evt. med ufuldstændig blæretømning.

#### Blæretræning

Målet er at opnå større urinportioner og længere tidsinterval mellem vandladningerne. Det er afgørende at føre vandladningsskema. Det skal føres uafbrudt under træningen. Hvis skemaet eksempelvis viser vandladning for hver halvanden time i starten, tilstræbes de første dage herefter vandladning hver anden time. Vandladningstrang før to timer skal undertrykkes. Når dette er klaret i nogle døgn (uge), øges intervallet til 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> time stigende til tre til fire timer. Fuldstændig blæretømning trænes ved *double* eller *triple voiding*, dvs. først lades vandet, hvorefter patienten rejser sig et øjeblik, sætter sig igen og atter forsøger vandladning. Evt. gentages proceduren.

#### Bækkenbundstræning

Som ved stressinkontinens.

#### Elektrostimulation

Mod urgeinkontinens skal der stimuleres maksimalt i korte seancer á 20 minutter.

#### Farmakologisk behandling

Træningen kan støttes med antikolinergika eller andre spasmolytika:

Tolterodin (Detrusitol) er nu godkendt herhjemme. Det hæmmer detrusoraktiviteten i den hyperaktive blære. Doserings 1,4 mg×2 dgl.

Mest brugt har været emepron (Cetiprin). Resorptionen er lunefuld og doseringen skal individualiseres. Bør tages med mere end én times afstand fra måltid. Kan evt. gives som instillation i blæren. Prostatahyperplasi kan være kontraindikation.

Tricykliske antidepressiva, fx imipramin, har antikolinerg virkning og ydermere en alfa-adrenerg agonistvirkning med positiv effekt på sphincterfunktionen (dosering 10-20 mg×2-3 dgl.), altså en relativt lille dosis (ikke egnet til de ældste på grund af risiko for kardiovaskulære bivirkninger).

### Overløbsinkontinens

*Isschuria paradoxa*: Disse patienter skal lære at lade vandet hyppigere, mindst hver fjerde time, også med *double* og *triple voiding*. Der kan evt. bruges clockradio eller vækkeur for at overholde vandladningstider om dagen. Hvis årsagen er benign prostatahyperplasi, rettes behandlingen herimod, evt. operation efter Dansk Urologisk Selskabs rekommandationer.

### Residualurin

Kan bestemmes ved UL-scanning eller kateterisation efter bedst mulig blæretømning. I praksis volder bestemmelsen besvær. Der kan ikke angives faste grænser for acceptabel

resturin. Det væsentlige er, at der ikke er recidiverende urinvejsinfektioner, og at de øvre urinveje er normale.

### TREDJE KONSULTATION – EFTER 3 MÅNEDER

#### Opfølgning

For begge de store grupper gælder, at træningen skal fortsætte. Bækkenbundstræningen kan først sikkert konstateres efter tre måneder. Derfor er motivationen hos den enkelte væsentlig, og der bør følges op for at opmuntre til fortsat træning, kontrol af denne og, for de særligt interesserede, til blevejningstest. Hvis tilstanden er tilfredsstillende, er det ikke nødvendigt med yderligere undersøgelser.

#### Descensus kombineret med inkontinens

Tilstanden vil oftest skulle opereres, hvis bækkenbundstræningen ikke har hjulpet. Såfremt operation ikke ønskes, kan man forsøge med støttepessar, som er en gammel, anerkendt behandlingsmetode. Pessaret skal ligge i let spænd mellem symfysens bagvæg og *forix posterior*. De fleste pessarer vil dog kun kunne blive liggende *in situ*, hvis der er en vis levatorfunktion. Der findes flere slags pessarer, og ved særlige problemer bør man rådføre sig med en gynækolog. Man bør være opmærksom på, at nogle pessartyper forhindrer almindeligt seksuelt samvær, medmindre kvinden selv kan skifte pessaret. Behandlingen bør suppleres med østrogen lokalt. De moderne pessarer kan ligge ca. fire måneder før skiftning.

#### Engangskatetre

Engangskatetre er et effektivt hjælpemiddel for nogle inkontinente. Ret mange patienter med kroniske lidelser – især neurogene – lærer sig selvkateterisation (Ren Intermitterende Kateterisation), at »RIKke«, hvorved de tømmer blæren flere gange dagligt.

#### Bind, bleer, blebukser og lagner

Bind, bleer og blebukser, samt eventuelt specielle lagner udleveres normalt via hjemmesygeplejen. Der findes bind og bleer i mange udformninger til forskellige behov og til begge køn. Der bør bruges så lille en ble som muligt for at undgå brug af store natbleer døgnet rundt. Ved erkendelse af behovet for bleer bør der overvejes andre initiativer, som beskrevet i denne vejledning.

### SYGEHUS- OG SPECIALLÆGEREGI

Såfremt der ikke opnås tilstrækkelig effekt ved *minimal care*-princippet, anbefales henvisning til speciallæge eller sygehusafdeling, hvor patienten kan få foretaget følgende undersøgelser:

- Urinflowundersøgelse (miktioграфи): Måling af urinstrålen kraft.
- Residualurinbestemmelse: Nu normalt som UL-undersøgelse.
- Cystometri: Måling af blæretryk under fyldning.
- Tryk-flow (emg) undersøgelse: Trykmåling i blæren under vandladning,
- evt. samtidig intraabdominal trykregistrering (i rectum). Evt. langtidsmonitorering.

- UL-scanninger med prober vaginalt, rektalt eller perianalt vinder indpas.
- Uretro-cystoskopi: Kikkertundersøgelse af urinveje.

### Diverse operative indgreb

De operative indgreb udføres forskelligt på de forskellige centre. Det vil føre for vidt at redegøre for de forskellige teknikker her. Man må orientere sig om principperne i eget amt.

### Litteratur

- Abel J, Lose G, Mølsted-Pedersen L. Elektrostimulation ved inkontinens. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1995; 73: 1149-53.
- Ahrons S, Jensen G, Walter S. Urininkontinens hos kvinder. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 151.
- Axelsen U. Urininkontinens hos ældre. *Manedsskr Prakt Lægegern* 1995; 73: 167-73.
- Axelsen U. Urininkontinens blandt patienter, der indlægges på geriatrisk afdeling. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 4890-3.
- Glavind K, Mouritsen AL, Lose G. Behandling af stress- og urge-inkontinens hos kvinder. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 157-62.
- Frimodt-Møller C, Andersen JT, Mouritsen AL. Inkontinensdiagnostik. *Ugeskr Læger* 1997; 159: 4363-6.
- Sander P, Andersen JT, Mouritsen AL, Fischer-Rasmussen W, Olsen PR. Den åbne tværfaglige inkontinensklínik på Hvidovre Hospital. *Ugeskr Læger* 1996; 158: 5762-7.
- Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC, Hunskaar S. Treatment of urinary incontinence in women in general practice. *BMJ* 1996; 312: 1459-62.
- Seim A, Eriksen BC, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. *Scand J Urol and Nephrol* 1996; 30: 465-71.
- Seim A. Indlæg på 10 Nordiske kongres i almen medicin, Reykjavik 1997.
- Walter S, Andersen JT. Medikamentel behandling af neurogene blæredysfunktioner. *PLI* 1993; nr. 1.

Desuden er benyttet:

- U.S. Department of Health and Human Services. *Managing Acute and Chronic Urinary Incontinence: AHCPR Publication No 96-0686* March 1996.
- Royal College of Physicians of London: *Incontinence May 1995* reg. Charity No 210508.
- Det Danske Råd for prostatasygdomme: *RIK: Instruktør- og lægeinformation 1994* (postboks 18, 2730 Herlev).
- Gotved H. *Bækkenbundens optræning*. København: Munksgaard, 1996.
- Gotved H. *Bækkenbundens genoptræning/lydbånd*. København: Munksgaard.
- Danske Fysioterapeuter. *Husk bækkenbunden*, november 1996. Nørre Voldgade 90, 1358 København K.
- Lose G. Basal udredning og non-kirurgisk behandling af urininkontinens hos kvinder 1998. Novo Nordisk. Tlf 4588 0800.
- Tema: Mænd og inkontinens. *Kontinens Nyt*.<sup>1</sup> 1996; nr. 2 (november).
- Tema: Kvinder og inkontinens. *Kontinens Nyt*.<sup>1</sup> 1997; nr. 2 (maj).

1) *Kontinens Nyt* er Kontinensforeningens blad med mange praktiske oplysninger.

# Væske- og vandladningsskema

## Vejledning ved udfyldelse

Formålet med skemaet er at klarlægge dit vandladningsproblem og eventuelt ændre dette. Vi vil derfor bede dig om at føre skemaet så nøjagtigt som muligt.

## Indtag af drikkeelse

Angiv, hvor meget du drikker (i ml) og hvornår (hele timer):

Det kan hjælpe at vide, at

1 øl = 330 ml

1 sodavand = 250 ml

1 glas = 200 ml

1 kop = 100-150 ml

(1 liter = 10 dl, 1 dl = 100 ml)

## Vandladning (ml)

Mål vandladningsmængden, hver gang du går på toilettet.

## Utæt for urin

Her sættes kryds (×), hvis der har været ufrivillig vandladning. Sæt evt. to krydser (××) for stor, ufrivillig vandladning.

## Bemærkninger

Angiv, hvornår du sover. Angiv alle oplysninger, som du mener har indflydelse på dine vandladningsproblemer. Angiv medicinindtagelse. Angiv også om du anstrengte dig fysisk, fx host, løft eller latter, i forbindelse med utæthed for urin.

## DAG 1

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

Dato: \_\_\_\_\_

Klokken	Drukket (ml)	Vandladning (ml)	Utæt for urin (kryds af)	Bemærkninger (bl.a. aktiviteter)
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
1.00				
2.00				
3.00				
4.00				
5.00				
6.00				
I alt				

Skemaet kan hentes på: [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

Navn:

CPR-nr.:

**DAG 2**

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

Dato: \_\_\_\_\_

Klokken	Drukket (ml)	Vandladning (ml)	Utæt for urin (kryds af)	Bemærkninger (bl.a. aktiviteter)
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
1.00				
2.00				
3.00				
4.00				
5.00				
6.00				
I alt				

**DAG 3**

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

Dato: \_\_\_\_\_

Klokken	Drukket (ml)	Vandladning (ml)	Utæt for urin (kryds af)	Bemærkninger (bl.a. aktiviteter)
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
1.00				
2.00				
3.00				
4.00				
5.00				
6.00				
I alt				