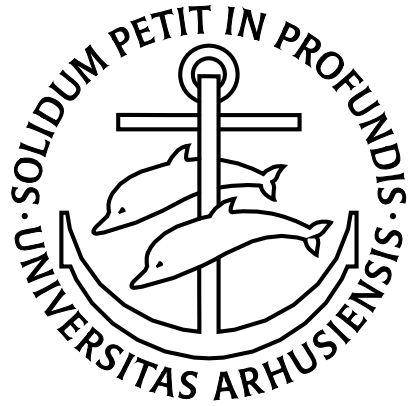


Kandidatspeciale



Evidensbaseret sygepleje til den inkontinente patient

- Et systematisk litteraturstudie om spørgeguides til plejevurdering af ældre urininkontinente patienter

af

Stine Thestrup Krag Kristensen

Navn: Stine Thestrup K.Kristensen
Modul: Speciale
Måned og år: Juni 2010
Vejleder: Linda Schumann Scheel
Anslag: 118.004

Evidensbaseret sygepleje til den inkontinente patient

- Et systematisk litteraturstudie om spørgeguides til plejevurdering af ældre urininkontinente patienter

af

Stine Thestrup Krag Kristensen

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Aarhus Universitet
Høgh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Resumé

Evidensbaseret sygepleje til den inkontinente patient

- Et systematisk litteraturstudie om spørgeguides til plejevurdering af ældre urininkontinente patienter

Specialets formål var, at undersøge evidensbaserede redskaber til vurdering af sygeplejehjælp til ældre urininkontinente patienter. Det undersøges gennem et systematisk litteraturstudie efter metoden foreskrevet af Christina Forsberg. Resultaterne bygger på 8 inkluderede studier der belyser sygeplejersperspektivet, samt 4 studier der belyser patientperspektivet. De kvantitative studier er evidensgraderet med Check-lister fra Center for Kliniske Retningslinjer, mens de kvalitative er bedømt med det danske redskab VAKS fra DASYS. Gennem tematisk analyse af fremtrædende emner forekom, at sygeplejefaglige vurderingsredskaber ofte indeholder udredningsmæssige elementer, samt handlinger som at tælle, måle og veje, f.eks. ble-tests og væskekemaer. Patienterne derimod giver udtryk for, at særligt deres psykiske livskvalitet eksponeres ved inkontinens og efterspørger sundhedsprofessionelle som er mere proaktive i forhold til inkontinens generelt. Det konkluderes, at sygeplejersker ved brug af eksisterende redskaber, ikke får spurgt ind til det som for patienterne er kernebehovet, nemlig deres livskvalitet.

Emner: *urininkontinens, kliniske retningslinjer, ældre, livskvalitet, VAKS, evidens, POMI-model, systematisk litteraturstudie, patientpræferencer.*

Abstract

Evidence-based nursing care to incontinent patients

-A systematic review of assessment tools for caring of elderly urinary incontinent patients

The aim of this study was to explore evidence-based tools witch assess nursing care for urinary incontinent elderly people. The study uses the method systematic review prescribed by Christina Forsberg. The result is based on eight studies illustrating nurses' perspective, and four studies illustrating patients' perspective. Quantitative studies are evidence-rated with check-lists from the Danish Center for Clinical Guidelines, while qualitative studies is rated by the Danish tool VAKS. Through thematic analysis of strongly marked themes, it appears that nursing assessment tools contains elements of medical statement such as counting, measuring and weighing patients' data, for example doing pad tests. However, patients expressed that their psychical quality of life was exposed by incontinence and they ask for health professionals, to be more proactive in relation to extend knowledge of incontinence in general. It is concluded that existing tools do not identify patients' core requirements, namely their quality of life.

Keywords: *urinary incontinence, clinical guidelines, elderly, quality of life, VAKS, evidence-based practice, POMI model, systematic literature study, patients preferences.*

Indhold

1.0 Indledning	6
1.1 Specialets opbygning	6
1.2 Problembeskrivelse	6
1.3 Kliniske retningslinjer	10
1.4 Formål og problemformulering	13
1.5 Begrebsdefinitioner	13
1.6 Afgrænsning	14
2.0 Metode	15
2.1 Valg af databaser	16
2.2 Indledende litteratursøgning	16
2.3 Systematisk litteratursøgning i databaser	17
2.3.1 Eksklusionskriterier	18
2.3.2 Inklusionskriterier	18
2.4 Søgeresultat	19
2.4.1 Kort redegørelse for bortfaldne studier	19
2.5 Præsentation af inkluderede studier	19
2.6 Kvantitative studier	25
2.7 Kvalitative studier	26
2.8 Vurdering af de udvalgte artikler	27
2.9 Vurdering af kvantitative artikler	27
2.10 Vurdering af kvalitative studier	28
2.11 Analysemetode	29
2.12 Emneoversigt over fundene i artiklerne	30
2.12.1 Skematisk illustration af emner i inkluderede artikler	31
2.13 POMI-modellen som analyseredskab	32

3.0 Analyse	33
3.1 Sygeplejersperspektivet	33
3.1.1 Patientens prædispositioner set fra et sygeplejefagligt perspektiv	34
3.1.2 Vurdering af patientens funktions- og kognitionsniveau	36
3.1.3 Udredning prioriteres på den sygeplejefaglige dagsorden	38
3.1.4 At sætte sig i patientens sted.....	40
3.1.5 Livskvalitet fra sygeplejersperspektivet	40
3.2 Patientperspektivet	42
3.2.1 Hvad patienterne ønsker af de sundhedsprofessionelle	44
3.2.2 Patientoplevede konsekvenser for livskvaliteten.....	45
3.3 Patientorienteret sygepleje.....	47
3.3.1 'Minimal Care' som patientorienteret sygepleje	49
3.4 Opsummering af uoverensstemmelser.....	50
4.0 Diskussion	51
4.1 Metodediskussion	52
4.2 Resultatdiskussion	54
5.0 Resultat	55
5.1 Intern validitet	55
5.2 Ekstern validitet.....	55
6.0 Konklusion	56
7.0 Perspektivering	57
8.0 Referencer.....	59
8.1 Websites	64
9.0 Bilagsliste	65

1.0 Indledning

Dette speciale er centreret om sygepleje til den urininkontinente ældre borger. Formålet er, at afdække hvilke evidensbaserede redskaber der findes i forskningen, for at komme med anbefalinger til hvordan sygeplejersken kan vurdere behov for sygepleje til urininkontinente ældre. Sådanne anbefalinger mangler, fordi der ikke findes en evidensbaseret national klinisk retningslinje for sygeplejersker til pleje af urininkontinens.

1.1 Specialets opbygning

Jeg vil i det følgende give en kort introduktion til specialets opbygning for derved at give læseren et indblik i, hvorledes problemstillingen beskrives, behandles og besvares. Opbygningen er inspireret af IMRAD-modellen (Introduktion – Metode/materiale – Resultater - Diskussion), som især anvendes indenfor sundhedsvidenskaben (Vallgård 2008).

I de indledende afsnit præsenteres problemstillingen, konteksten i form af eksisterende litteratur og relevante fakta. Problemstillingen munder ud i en problemformulering, som derefter afgrænses og specificeres vha. begrebsdefinitioner. Efterfølgende præsenteres og behandles materiale samt metode dybdegående. I analysen tematiseres og analyseres de fund som er fremkommet gennem metoden. Specialet afsluttes med diskussion, resultater og vurdering af den interne validitet og reliabilitet for at munde ud i en konklusion og slutteligt en perspektivering.

1.2 Problembeskrivelse

Omkring 400.000 voksne borgere, svarende til 8 % af befolkningen i Danmark, har problemer med urin-inkontinens (herefter forkortet UI¹) i en eller anden grad (Pedersen K.M. 2008). En tiendedel af de samlede omkostninger til ældreområdet i Danmark går til inkontinensrelateret pleje, dvs. 2 mia. kr. årligt. Disse udgifter forventes at stige, da der i 2016 vil være 200.000 flere borgere i Danmark, der er over 64 år, og prævalensen af inkontinens stiger med alderen (Scheel 2009). Dermed udgør udgifterne til inkontinenspleje en tung samfundsmæssig udgift og af samfundsøkonomiske årsager, vil der blive et stort behov for, at sundhedspersonalet har den nyeste viden og de bedste redskaber på inkontinensområdet. Der er i disse år øget fokus på pris og kvalitet af

¹ Termen inkontinens og forkortelsen UI anvendes vekslende gennem opgaven.

ydelse i sundhedsvæsenet. Det gør, at sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale, uanset hvor i sundhedssektoren de vælger at arbejde, vil møde personer med IU, som har behov for og krav på sygepleje af høj kvalitet og effektivitet (Ibid).

Inkontinens dækker over både afførings – og urininkontinens. I opgaven her beskæftiger jeg mig med urininkontinens, og vil derfor ikke gøre videre rede for afføringsinkontinens. Der findes flere former for IU. De mest almindelige former for UI er urge-inkontinens², stress-inkontinens³ og blandingsinkontinens⁴ (Sundhedsstyrelsen 2001). Epidemiologiske undersøgelser viser store forskelle i prævalensen af UI hos mænd og kvinder, men generelt er forekomsten langt bedre undersøgt hos kvinder end mænd (Hannestad 2000). Specielt fra 70 års alderen er prævalensen stigende og ca. 50 % i denne gruppe oplever UI. Derudover ved man, at prævalensen altid har været højere på plejehjem hvor forekomsten af UI kan forventes at være >50 % ⁵(Hunskaar 2003).

UI er i sig selv ikke en sygdom, men et symptom på, at der er noget galt⁶. Inkontinens opstår, når en eller flere af de færdigheder, der indgår i evnen til at holde på vandet, er påvirkede. For at være kontinent kræves det, at man både kan erkende behovet for vandladning, finde og komme hen til toilettet, holde sig til man når derhen, og til man har ladet vandet på toilettet. Kontinens kræver således, at de nedre urinveje og de styrende mekanismer er velfungerende, men der kræves også mental medvirken, motivation, tilstrækkelig mobilitet og fingerfærdighed (Ampstrup 2004), derfor bør alle disse omstændigheder indtænkes for at redegøre for den enkelte borgers plejebestand. Det betyder at omstændighederne for forekomsten af UI hos den enkelte kan være meget forskellige fra person til person. Det kan være fysisk og psykisk handicappede, kronisk syge, ved akut sygdom og symptomet forekommer både hos unge som gamle. UI kan eksempelvis være sygdomsbetinget af KOL, neurologiske sygdomme som schlerose og apopleksi eller reumatologiske lidelser. Hos den ældre borger, som opgaven her

² Urge-inkontinens forårsages af overaktivitet i blæren som bringer ukontrollable sammentrækninger i blæremuskulaturen som gør at patienten lækker urin (Kontinensforeningen).

³ Stress-inkontinens skyldes svag bækkenbund og kan være resultatet af en eller flere fødsler (Kontinensforeningen).

⁴ En kombination af stress- og urge-inkontinens.

⁵ Hænger sammen med at risikoen for at komme på plejehjem er dobbelt så stor for urininkontinente som kontinente (Bondevik 2007).

⁶ I litteraturen anvendes, trods den medicinske årsagssammenhæng, forskellige termer og nogle omtaler det forviklet som en sygdom eller lidelse.

beskæftiger sig med, er inkontinensen ofte multifaktoriel og kan være forårsaget af både svag bækkenbund, mobilitet, medicin og demens (Amstrup 2004).

Man kan være urininkontinent i større eller mindre grad, og det påvirker livskvaliteten negativt med store konsekvenser for den enkelte. Mange isolerer sig og tager ikke på besøg hos andre af frygt for at gøre sofaen våd (Jaquet 2005). Og hvor skal de gøre af den våde ble, når de er på toilettet for at skifte? Mange tager ikke på bytur af frygt for ikke at kunne finde et toilet, når trangen melder sig (Ibid). Gymnastik og dans er de holdt op med, fordi de mærker små lækager, når de bevæger sig. De undgår besøg fra venner og familie, og de undgår knus og kram, for tænk hvis nogen synes at de lugter af urin (Diokno 1995). Det er nemlig langt fra sikkert at familien ved, at man har problemer med at holde på urinen. Det er ikke noget man taler om. Ifølge Gallup International Association 1999 er UI den tredjeværste sygdom at tale om i Danmark, kun overgået af seksuelle problemer og depression (Møller 2004). Endvidere er det en almindelig opfattelse, at UI er en lidelse, som bare må accepteres. Det er måske derfor, at der går i gennemsnit syv år, før urininkontinente patienter henvender sig til en læge eller sygeplejerske med sit problem. Kun fem procent af blebrugerne er udredt, og langt flere kunne få en bedre livskvalitet, hvis de fik den rigtige vejledning, pleje og optræning i at varetage inkontinensen. Begrebet livskvalitet defineres meget forskelligt, afhængigt af hvem man spørger. I Nyt Psykologisk Leksikon defineres livskvalitet som: *"Den værdi, som mennesker oplever at tilværelsen har for dem, lige fra fysisk og psykisk velbefindende til evnen til at hellige sig meningsfyldte aktiviteter. Man plejer at skelne mellem ydre objektiv livskvalitet og indre subjektiv oplevelse af livsmening og livsglæde"* (Egidius 2001). Det betyder, at det som plejepersonalet objektivt opfatter som livskvalitet, ikke behøver at være det den enkelte borger opfatter som hans eller hendes livskvalitet. Derfor, når mennesket ikke subjektivt oplever velbefindende, som ved mindsket selvværd eller flovhed over ikke at kunne kontrollere sine udskillelser, vil deres livskvalitet være betragtet som påvirket i en negativ retning (Jaquet 2005).

Ifølge den amerikanske sygeplejeteoretiker Virginia Henderson, er udskillelse af affaldsstoffer et grundlæggende behov for mennesket, i denne sammenhæng urin. Sygeplejersker og andet sundhedspersonale som social- og sundheds- assistenter samt hjælpere og ufaglært plejepersonale, har en stor opgave i at hjælpe den ældre

inkontinente borger med dette behov så det får så lidt indflydelse på deres sociale liv som muligt, for på den måde at bevare den ældres værdighed og integritet. En nyere undersøgelse fra 3 plejecentre i Københavns Kommune viser, at inkontinente oplever øget velbefindende, og der opnås tidsmæssige samt økonomiske besparelser, når personalets kompetencer øges (Scheel 2009).

Til trods for store offentlige udgifter til arbejdet med UI er det ikke et emne som er på den politiske dagsorden. Det kan skyldes at UI har lav status i sundhedsvæsnet og at det betragtes som en aldersbetinget lidelse mere end en egentlig sygdom (Scheel 2009). Ligeledes på de sundhedsfaglige grunduddannelser er UI nedprioriteret. Det viser sig eksempelvis ved at inkontinente borgere i praksis ofte ikke har en ble på som passer til deres individuelle behov, hvilket kan fremkalde irritation og eventuelle skader på huden som kan påvirke patientens velbefindende og almentilstand negativt (Sander 2000; Scheel 2009). Ved gennemgang af grundlæggende sygeplejebøger (Pedersen 2004⁷), samt grundbøger for social- og sundhedsuddannelserne (Møller 2007), undrer det mig at den beskrevne pleje til inkontinente hovedsageligt drejer sig om fysiske behov som nedre toilette og bleskift, mens det ikke er beskrevet hvordan sygeplejersken kan vurdere behovet for pleje hos den enkelte. Det er min formodning at sygeplejen til UI-patienter også må handle om vurdering af mobilitet, borgerens motivation, evt. bækkenbundstræning, brug af medicin samt minimal care produkter og at sygeplejersken skal kunne råde og vejlede den inkontinente, så denne kan mestre situationer i dagligdagen, samt få den fornødne pleje og hjælp til at leve værdigt med inkontinensen⁸ (Jaquet 2005). I de nævnte bøger, gøres der kun sparsomt rede for vigtigheden af de sundhedsprofessionelles arbejde med UI og hvad holistisk⁹ inkontinenspleje handler om.

Da patientens situation ofte er kompleks, kræver plejen til inkontinente borgere særlige kompetencer fra sundhedspersonalet. For at den urininkontinente kan opnå frihed og

⁷ Anvendes som grundbog på danske sygeplejeskoler i undervisningen om grundlæggende sygepleje.

⁸ Den væsentligste faktor for at blive urininkontinent er graviditet eller vaginal forløsning, specielt ved vaginale fødsler >4.000 g. Andre kendte risikofaktorer er overvægt, obstipation, tobaksrygning, andre sygdomme, forbrug af medicin og måske hormonelle forhold. Livsstilsændringer indenfor disse områder vil formentlig ændre forekomsten af UI og dermed behandlingsbehovet senere i livet (Lose 2001; Jaquet 2005).

⁹ Holismen er læren om, at helheden er mere end summen af de enkelte dele. En holistisk sygdomsmodel anlægger et helhedssyn på mennesket som et biologisk, psykisk og socialt væsen (Nørgaard 2001).

lindring til at leve med symptomerne, kræves en målrettet og ensartet indsats fra det sundhedsfaglige personale som borgeren er, eller kommer i kontakt med. Det er derfor vigtigt at sundhedspersonalet ved hvordan de skal arbejde med lidelsen. En undersøgelse fra Skotland viser, at sygeplejersker på akutte og almenmedicinske afdelinger mener, at inkontinens er et væsentligt problem. Alligevel er deres sygeplejestrategier ofte med til at bevare frem for at afhjælpe problemet (Dingwall 2006). Artiklen belyser hvordan sygeplejeinterventionerne ofte drejer sig om at identificere de rette produkter til patienterne og håndtering af inkontinens, frem for at reducere de for borgeren generende følger af inkontinensen, som f.eks. nedsat livskvalitet (Ibid). I Sygeplejeetiske Retningslinjer beskrives om relationen mellem sygeplejersken og patienten, punkt 2.4 at *"Sygeplejersken skal arbejde for, at patienten bevarer sin værdighed og integritet"*, derudover skal sygeplejersken *"udvise omhu og samvittighedsfuldhed"* og ikke mindst *"holde den faglige viden ajourført"*. Derfor er sygeplejersker forpligtet til at arbejde med patientperspektivet og dennes sociale liv, og det nytter ganske enkelt ikke, at vi symptombehandler borgere for deres urininkontinens når vi kan gøre det bedre. Denne tendens kan kun ændres på, hvis sygeplejersker har en bred faglig viden om, hvordan UI opstår, afhjælpes og forebygges, og om, hvordan urininkontinens kan indvirke på det enkelte menneskes liv (Jaquet 2005). Til at imødekomme denne problemstilling, kan vi i praksis gøre brug af kliniske retningslinjer, dette vil i kommende afsnit blive uddybet nærmere.

1.3 Kliniske retningslinjer

Indenfor kvalitetsudvikling er det almindeligvis relevant at forbedre kvaliteten hvis der på et område ses høj forekomst, høj risiko eller høje omkostninger (Pedersen P.U. 2008). I dette tilfælde omhandlende UI, må man sige, at omkostningerne på alle tre områder er store, hvorfor der er et stort behov for kvalitetsudvikling. En måde at skaffe og anvende viden om UI, er ved at gøre brug af den systematik der ligger i kliniske retningslinjer indenfor specifikke sygeplejefaglige områder. Kliniske retningslinjer er tæt knyttet til tanken om en praksis baseret på evidens (Ibid). Disse retningslinjer er ikke kun anvendelige i sekundær sektor, men også for sundhedsfagligt personale i primær sektor.

Sygeplejefagets udvikling gennem det seneste årti er gået mod øget akademisering. Det er ikke længere nok at den enkelte sygeplejerske yder sygepleje ud fra sit personlige standpunkt og på baggrund af egne erfaringer. Der er kommet fokus på evidensbaseret sygepleje, hvilket har medført øgede krav til, at grundlaget for de beslutninger, som træffes om plejeindsatser, tydeliggøres. Evidensbaseret viden i sygepleje forstås her som forskningsbaseret viden (Hørdam 2008). Dansk selskab for Almen Medicin har i 2009 opdateret deres ”*Klinisk vejledning til udredning og behandling af urininkontinens*”. I vejledningen beskrives krav til udredning og behandling, men det er ikke beskrevet videre, hvad daglige sygeplejebehov hos den inkontinente er. Der tages heller ikke højde for patientens perspektiv og forventninger til daglig sygepleje. Men eftersom behandlingen primært har til formål at skabe livskvalitet, er det vigtigt at præcisere, hvordan livskvaliteten er berørt, samt hvilke tanker patienter gør sig om behandlingen. Målet er nemlig ikke nødvendigvis, at patienten skal blive 100 % kontinent, men en målsætning med udgangspunkt i patientens ønsker (Dingwall 2006).

En vigtig pointe i kliniske retningslinjer er netop patientperspektivet. Men denne faktor indgår også i den kliniske beslutningstagning om hvad der er den rette pleje til den enkelte borger¹⁰(Hørdam 2008). Det er et problem, at patienterne i dag ikke modtager den samme kvalitet af sygepleje fordi der ikke findes en national klinisk retningslinje til vurdering af sygepleje til patienter med UI. Specielt er det et problem for de ældre patienter som typisk indlægges af andre årsager på eksempelvis medicinske afdelinger. Her består inkontinensplejen ofte af symptombehandling under indlæggelsen, på bekostning af patientens værdighed, sociale liv og livskvalitet. Sådanne forløb kan plejemæssigt forbedres ved at anvende kliniske retningslinjer, der mindsker uhensigtsmæssige variationer i plejen. En klinisk retningslinje er et forsøg på at omsætte en stor mængde fakta til et praktisk, let tilgængeligt og anvendeligt format (Willman 2007). Der stilles visse kvalitetskrav til en klinisk retningslinje. Blandt andet skal den viden der formidles, være troværdig, af høj kvalitet, let tilgængelig, og fremskaffet systematisk, mens processen skal være gennemsæuelig. Det første trin er, at identificere en relevant klinisk problemstilling, dernæst systematisk at søge relevant litteratur, kritisk vurdere og granske den fundne litteratur, sammenfatte og anvende resultaterne og endelig at komme med anbefalinger (Pedersen P.U. 2008). Endvidere stilles der krav

¹⁰ Termerne patient og borger anvendes her sidestillede.

om at retningslinjen skal være patientrelevant, fagprofessionel relevant indenfor dennes kompetenceområde og endelig skal emnet være egnet for udarbejdelse af en klinisk retningslinje. Til at administrere udarbejdelsen har vi i Danmark det, relativt nyoprettede, Nationale Center for Kliniske Retningslinjer¹¹. Centerets opgave er at kvalitetsvurdere den enkelte retningslinje med henblik på godkendelse til nationalt brug, eller i tilfælde hvor kvaliteten af disse ikke er i orden, at forkaste retningslinjen eller stille krav om forbedringer. Dermed samles den bedste eksisterende viden som derefter kan anvendes lokalt. Det er derfor også af betydning for en national ensartet kvalitet, at der udvikles evidensbaserede kliniske retningslinjer. Her må tilføjes at nationale kliniske retningslinjer, ikke bør forveksles med afdelinger og enkelte hospitalers lokale kliniske retningslinjer.

Kliniske retningslinjer tjener i praksis som vejledning for fagprofessionelle, derfor må indholdet som før nævnt være professionsspecifikt relevant for den som skal anvende den. Som sygeplejerske arbejdes der i et felt som både har selvstændige, selvstændige/tildelt og tildelt virksomhedsområde. Disse overlap betyder, at det kan være svært at skelne sygeplejespecifikke opgaver fra eksempelvis lægefaglige. I relation til nærværende emne om urininkontinens betyder det, at sygeplejersker arbejder tæt sammen med læger, urologer og andre professioner i arbejdet med at udrede og behandle patienter, uden at der direkte skelnes mellem kompetenceområderne. Derfor kan der i kliniske retningslinjer både være professionsspecifikke men også tildelte ansvarsområder, hvorfor sygeplejersker ifølge litteraturen, i nogle tilfælde, optager en mere udredende rolle som at spørge ind til anamnese eller smerter (Jaquet 2005). I studiet her har jeg, grundet hensigten, at lave en professionsspecifik sygeplejefaglig klinisk retningslinje, valgt at skelne mellem de fagprofessionelles kompetencer. Det betyder at jeg ikke redegør for den udredende del, men kun det sygeplejespecifikke og patientens præferencer. Når det gælder relevansen i forhold til udarbejdelsen af en klinisk retningslinje, kan problemstillingen ændres betydeligt afhængigt om man ser det fra fagprofessionelt eller patientens perspektiv. Der vil ofte fremkomme områder hvor parterne ikke ser den samme grad af væsentlighed, og specielt disse

¹¹ Centeret blev oprettet i juli 2008, da man savnede en national koordinering af kliniske retningslinjer. Initiativet til oprettelsen er taget af Det Nationale Dokumentationsråd, nedsat af Dansk Sygepleje Selskab (DASYS).

uoverensstemmelser er interessante fordi de belyser et problem som vi bør tage os af. Gennem litteraturgennemgangen i nærværende studie, træder det frem, at det er dårligt belyst hvad patienternes ønsker til sygeplejen omkring deres UI. Derfor vil patientperspektivet, sammen med den evidensbaserede sygepleje blive udforsket i studiet her.

1.4 Formål og problemformulering

Det er hensigten at nærværende opgave vil kunne bidrage med det fundamentale studie, som kan bearbejdes videre til en klinisk retningslinje. Formålet med dette speciale er, med henblik på udvikling af en klinisk retningslinje, at se på forskning omhandlende hvordan sygeplejersken på et evidensbaseret grundlag, kan vurdere sygeplejen til den ældre inkontinente patient og inddrage patientperspektivet i plejen. Problemformuleringen bliver på denne baggrund:

Hvilke evidensbaserede spørgeguides/forslag til spørgeguides, til pleje af inkontinens hos ældre borgere, kan udledes ud fra et sygeplejefagligt- og patientperspektiv?

Når termerne spørgeguides og forslag anvendes dækker det over flere forskellige typer af redskaber i min søgning. Redskaberne vil være på forskellige niveauer, heraf nogle under udvikling og andre så langt så de er validerede og anvendes i praksis, mens visse har karakter af plejeinterventioner.

1.5 Begrebsdefinitioner

I dette afsnit redegøres kort for anskuelser af anvendte termer som indledningsvis ikke er forklaret, for at præcisere forståelsen i forhold til nærværende speciale.

Den gennem tiderne mest anvendte og stadig meget relevante definition på sygepleje er Virginia Hendersons. ”Sygeplejerskens unikke funktion består i at bistå det enkelte menneske, sygt eller raskt, i de gøremål som bidrager til sundhedsfremme eller generhvervelse og som han selv ville foretage, hvis han havde haft den nødvendige styrke, vilje eller viden dertil. Og at gøre dette på en måde, som hjælper ham til atter at kunne klare sig selv så hurtigt som muligt”(Henderson 2008).

Sygeplejerspektivet skal i nærværende studie forstås som sygeplejerskers faglige præferencer og den fagprofessionelle anskuelse på sundhedssystemet og patienten¹². Det indebærer endvidere sygeplejerskens kompetence- og virksomhedsområder. Sygeplejerskens anskuelse er, på forenklet vis, påvirket af tre dimensioner, hhv. den normative, den erfaringsmæssige og den videnskabeligt-instrumentelle dimension (Pedersen 2004).

Patientperspektivet forstås som patientens subjektive præferencer, behov og ønsker.

Urin-inkontinens defineres af International Continence Society¹³ således ”*Urinary incontinence is the complaint of any involuntary leakage of urine*” (Abrams 2002).

Evidensbaseret sygepleje bygger på definitionen af evidensbaseret medicin¹⁴ med hensyn til metoder og rationalitet, men er mere sygeplejefaglig specifik. ”*Evidensbaseret sygepleje handler om at fremskaffe og velovervejede anvende den nyeste og bedst videnskabeligt dokumenterede tilgængelige viden indenfor et problemfelt for at sikre, at patienterne tilbydes den sygepleje som gavner dem bedst*” (Willman 2007; Martinsen 2006).

Klinisk retningslinje er ”*systematisk udviklede udsagn, som bør indgå i fagpersoners og patienters beslutninger om den relevante behandling for en bestemt sygdom*” (Field 1992). Formålet med de kliniske vejledninger er ”*at opstille klare anbefalinger med den bestemte hensigt at påvirke behandlernes indsats*” (Cluzeau 1999).

1.6 Afgrænsning

Opgaven her beskæftiger sig med ældre urininkontinente borgere, som har plejebestanden i forbindelse med inkontinens. De ældre borgere er sårbare grundet funktionstab med alderen og har et større behov for hjælp til personlig pleje som inkontinenspleje, hvorfor

¹² I litteraturen anvendes termen sygeplejerspektiv mangfoldigt, det defineres dog ikke konkret hvad der menes. Derfor bygger definitionen her på egen forståelse.

¹³ International Continence Society er en organisation af sundhedspersonale, hovedsageligt læger, sygeplejersker og fysioterapeuter som arbejder med inkontinens på verdensplan. Herunder er nedsat en standartiseringskomité som udformer entydige definitioner, hvor denne kommer fra.

¹⁴ Evidensbaseret medicin blev oprindeligt defineret af Sackett og betragtes i dag som stifteren af begrebet. ”*The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of the individual patient. It means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research*” (Sackett 1996).

deres behov for sygepleje er særligt relevant. Disse ældre borgere med plejebehov findes både i eget hjem, på plejecentre og i hospitalsvæsenet. Specialet henvender sig derfor til sundhedsfagligt personale som er i kontakt med de urininkontinente borgere. Afførringsinkontinens er en anden problematik end urininkontinens, hvorfor problematikken udelukkes fra dette studie. Der skelnes ikke mellem kønsmæssige faktorer, da de sygeplejefaglige behov i forbindelse med inkontinenspleje formodes at være generaliserbare til begge køn. I forskning omhandler langt de fleste studier urininkontinens hos kvinder. Det må antages, at være fordi forekomsten er langt størst hos kvinder, men det viser også at der mangler forskning om UI hos mænd. De kønsbetingede forskelle vil ikke udgøre en forskel i specialet, da kønnet ikke har den store indflydelse på tilrettelæggelsen af sygeplejen¹⁵. Sygdomsspecifikke studier omhandlende eksempelvis cancer eller apopleksi udelukkes, da anbefalingerne gerne skal kunne generaliseres uafhængigt af eventuelt sygdomsbillede. Nærværende speciale er inspireret af metoden til udarbejdelse af en klinisk retningslinje, men da en udarbejdelse af en reel klinisk retningslinje ligger uden for rammerne af et kandidatspeciale, vil arbejdsprocessen her kun udgøre de første trin i arbejdet.

2.0 Metode

Da spørgsmålet foreskriver metoden, vil den anvendte metode være et systematisk litteraturstudie, da denne metode er et kriterium for at lave en klinisk retningslinje samt mest anvendelig til at belyse emnet. Det systematiske litteraturstudie foretages i relevante sundhedsvidenskabelige databaser. Et systematisk litteraturstudie giver mulighed for at indhente aktuel videnskabelig viden på området (Polit 2006), hvilket er relevant, da evidensbaseret sygepleje til ældre borgere skal bygge på et vidensbaseret grundlag. Et systematisk litteraturstudie består af flere trin, hvor problemformuleringen er udgangspunkt for den valgte søgestrategi (Forsberg 2003). I det følgende redegøres der for søgestrategi og søgeresultat. Søgeresultatet udgør materialet til den efterfølgende analyse.

¹⁵ De kønsmæssige forskelle udgøres hovedsagligt af fysiologien og er essentielle i udredningen. Eksempelvis kan sygepleje som nedre toilette relateres til begge køn.

2.1 Valg af databaser

Formålet med den systematiske litteratursøgning er, at rette søgningen specifikt mod problematikken i opgavens fokus. Den systematiske søgning sker hhv. i elektroniske databaser og i bibliotekers database (Bjerrum 2005).

Valget af databaser relaterer sig til emnet, som i dette tilfælde er evidensbaseret sygepleje til ældre urininkontinente borgere. Jeg har valgt at søge i de videnskabelige databaser Cinahl, Pubmed og The Cochrane Library da det er de største databaser med sygeplejefaglig forskning og artiklerne i disse databaser er peer-reviewed eller referee bedømte¹⁶. Cinahl er valgt fordi den overvejende indeholder litteratur inden for sygeplejevidenskab. Pubmed anvendes da det er den største, vigtigste og mest benyttede sundhedsvidenskabelige database, denne indeholder også databasen Medline. Endelig anvendes The Cochrane Library som er en database, der koncentrerer sig om at sammenfatte tidens bedste evidens på en systematisk måde og optimere adgangen til evidens-baseret litteratur i det hele taget. Der er anvendt Cinahl Headings¹⁷ og MeSH-termer¹⁸ hvor det har været muligt.

2.2 Indledende litteratursøgning

Indledningsvis blev lavet en kontekstuel søgning på Bibliotek.dk¹⁹ for at se hvor meget der på det generelle plan er skrevet om inkontinens gennem tiden, hvad niveauet er og hvilke patientforeninger der har udgivet materiale. Her laves en fritekstsøgning på "Urininkontinens" som gav 309 poster hvilket indeholdt et bredt spektrum omhandlende alt fra urininkontinens hos børn og gravide til ældre, i form af alt fra fagartikler til lydbøger. Derfor laves en mere specifik fritekstsøgning på "urininkontinens sygepleje" som gav 31 hits og sidst en søgning på "Urininkontinens sygepleje ældre" som gav 5 hits. Mange af posterne var bøger omhandlende geriatri, herunder inkontinenspleje. Der var også en del artikler omhandlende emnet fra *Sygeplejersken* og *Ugeskrift for Læger*. Artiklerne omhandler hovedsageligt diskussioner og publicering af eksisterende

¹⁶Peer-review er en publikationsprocedure, der traditionelt benyttes for at sikre videnskabelighed og kvalitet i forskningspublikationer i internationale tidsskrifter (Greenhalgh 2006).

¹⁷ Cinahl Headings er et slags emneordsregister med ordforklaringer. Det bruges til at finde egnede søgetermer, som sikrer en mere præcis søgning i et kontrolleret emneindeks kaldet thesaurus (Cinahl).

¹⁸ MeSH står for Medical Subject Headings. En grundig indeksering med MeSH termer giver mulighed for at foretage meget præcise søgninger i PubMed (Pubmed).

¹⁹ Databasen indeholder kun litteratur som findes på danske biblioteker, såvel videnskabelig som ikke videnskabelige artikler. Derfor giver dette en bred og generel, men samtidig begrænset søgning (bibliotek.dk).

forskning samt samfundsmæssige vilkår. Videre finder jeg en del pjecer fra Kontinensforeningen, disse indeholder generel patientinformation. Der er skrevet en del om inkontinens på det meget generelle plan, hvad angår risikofaktorer, behandling m.m. I søgningerne ses det også at inkontinens er på den sygeplejefaglige dagsorden i kommunerne hvor megen af denne pleje foregår. Nogle af fundene fra denne søgning er anvendt i indledning og baggrund. Min videre søgning i databaser har jeg valgt at dele op i 2 dele, da jeg ønsker at belyse 2 perspektiver i form af sygepleje- og patientperspektivet.

2.3 Systematisk litteratursøgning i databaser

I min søgning af sygeplejeperspektivet har jeg været interesseret i, at finde redskaber som kan bruges til at vurdere sygeplejemæssige behov hos den ældre inkontinente borger. Den overordnede søgeterm er inkontinens, da Inkontinente patienter er målgruppen. Yderligere søgeord udledes af formålet, som er at undersøge hvilke evidensbaserede sygeplejeredskaber, der findes til at vurdere sygeplejen til den urininkontinente patient. Til at belyse sygeplejeperspektivet anvendes termen ”incontinence”, denne anvendes fordi den konkretiserer det omhandlende symptom. Derefter anvendes termen ”assessment” og ”assessment tool” for at søge specifikt på vurdering og vurderingsredskaber. Termen ”nurse” er anvendt i forskellige former, herunder ”nursing”, ”nurse” og ”nurs” med trunkering. Disse termer er anvendt for at belyse både sygepleje generelt, og for at få artikler omhandlende det sygeplejefaglige perspektiv. Endvidere er anvendt termerne ”guideline” og ”evidence” for at lave en mere præcis søgning om det jeg ønskede at finde.

I søgningen på patientperspektivet går mange af søgetermerne igen, da emnet er det samme, blot med en anden vinkel på. I denne søgning ønsker jeg at belyse patientperspektivet og hvad den enkelte patient ønsker at inkontinenssygepleje skal omhandle. Jeg leder derfor efter kvalitativ forskning, da det er den bedste måde at få indlevelse fra patientens synspunkt. Derfor anvendes termerne ”patient”, ”experiences” og ”qualitative”.

I alle databaserne blev resultaterne sorteret manuelt i forhold til relevans af titler og abstracts. Ved at læse de abstracts som fremkommer i de fleste søgninger, vurderes om materialet er af eventuel interesse for problematikken, da man af abstracts kan udlede

hvad der er referencens overordnede budskab, de vigtigste fund og hvilke metoder der er anvendt i den pågældende undersøgelse. Søgningerne blev udført i februar og opdateret medio maj 2010.

2.3.1 Eksklusionskriterier

Inkontinens eksisterer i litteraturen i mange forskellige kontekster, derfor måtte en stor del artikler sorteres fra. Artikler omhandlende graviditet, cancer m.m. blev udelukket pga. de usammenlignelige omstændigheder. Andelen af artikler som kun har beskæftiget sig med inkontinens, uafhængigt af en diagnose, har ikke været særlig stor. Artikler uden abstracts blev ekskluderet samt artikler omhandlende børn og sygdomsspecifikke redskaber som apopleksi. Artikler omhandlende patienter med afføringsinkontinens og forebyggelsesstrategier blev ekskluderet da det er en anden problemstilling.

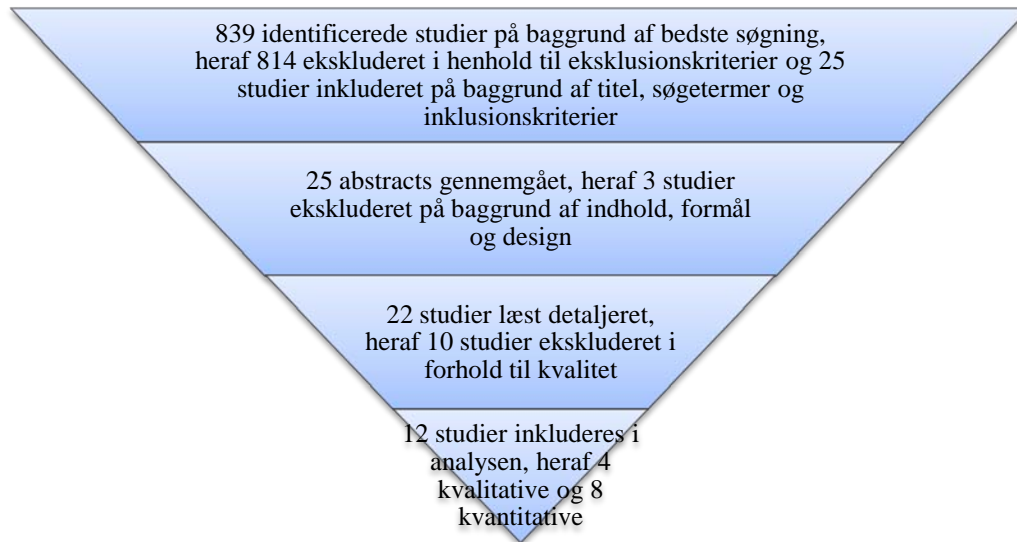
2.3.2 Inklusionskriterier

Inklusionskriterierne var referee bedømte engelsksprogede, norske, danske og svenske empiriske artikler med abstracts, så det var muligt umiddelbart at vurdere artiklens relevans. For at give svar på problemformuleringen skulle de inkluderede artikler indeholde forskning, herunder vurderingsredskaber til anvendelse i sygeplejen til ældre inkontinente patienter. Her spiller kvalitetskravene om artiklerne også ind. Der skal være redegjort for formål, metoden, deltagerne og bortfald og resultater (Willman 2007). I forhold til inkontinentstyper inkluderes alle typer, dvs. stress-inkontinens, urge-inkontinens, blandingsinkontinens og falsk inkontinens (Jaquet 2005). Alle typerne inkluderes, da anbefalingerne som udgangspunkt ønskes bredt anvendelige, men med mulighed for at justere og tilpasse inkontinentstypen senere.

2.4 Søgeresultat

Udvælgelse af studier relevante for problemstillingen fremgår af figur 1 og uddybes i det følgende afsnit.

Figur 1 - Drop-down illustration af udvælgelsesprocessen af relevante studier



2.4.1 Kort redegørelse for bortfaldne studier

Ved gennemgang af inkluderede studier, er nogle studier blevet ekskluderet ved nærmere gennemlæsning. Fire artikler viste sig ikke at være konkret forskning, men havde karakter af fagartikler. Disse blev ekskluderet pga. deres manglende empiriske materiale. Yderligere fire artikler levede ikke op til metodekravene og måtte ekskluderes pga. for dårlig kvalitet ved f.eks. manglende metodebeskrivelse eller metodekongruens. Få studier som er ekskluderet i de første udskillelsestrin undervejs, har været anvendelige i baggrund og perspektivering. For videre redegørelse om de ekskluderede studier, se bilag 3.

2.5 Præsentation af inkluderede studier

De 12 studier som inkluderes vil her kort blive præsenteret med titel og hovedtræk af indhold. Studiernes deles op således, at de første 8 hovedsageligt beskæftiger sig med sygeplejerspektivet, mens de sidste 4 tager udgangspunkt i patientperspektivet. Endvidere følger en oversigt over studierne opdelt i kvalitative og kvantitative studier med inspiration fra Forsbergs fremstilling af inkluderede studier (Forsberg 2003).

1. **Constance, H.F. 2006.** Artiklen *Computerized Condition-specific Templates For Improving Care of Geriatric Syndromes in a Primary Care Setting*, handler om et randomiseret kontrolleret forsøg hvor man anvendte specifikke plejeplaner til bl.a. patienter med UI og stor faldrisiko, som føres over computer. Resultaterne viste, at anvendelse af computerspecifikke plejeplaner sikrede dokumentationen omkring den udførte pleje omkring UI. Artiklen problematiserer, at megen af den inkontinenspleje som burde udføres i praksis, slet ikke finder sted. Dette med store konsekvenser for borgerne. Dermed anbefaler artiklen både generelle plejeplaner fordi det sikrer kvaliteten, men også plejeplaner som er baseret på computer.

2. **Haab, F. et al. 2008.** Artiklen *Comprehensive Evaluation of Bladder and Urethral Dysfunction Symptoms: Development and Psychometric Validation of the Urinary Symptom Profile (USP) Questionnaire*, er en artikel omhandlende et standardiseret redskab som kan anvendes til både urininkontinente kvinder og mænd. Gennem en casekontrolundersøgelse valideres redskabet som et anvendeligt screeningsredskab for sygeplejersker og læger til diagnosticering og måling i praksis. Redskabet kaldet USP (Urinary Symptom Profile) og kan anvendes til at identificere forskellige former for inkontinens hos både kvinder og mænd. Redskabet inddrager både fagpersonens vurdering, samt patientens egen vurdering af tilstanden. Desuden er redskabet med til at vurdere, hvor stor indflydelse UI har på patientens hverdag.

3. **Lliffe, S. et al. 2004.** Artiklen *The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice*, beskriver udviklingen af et redskab til rutinemæssig anvendelse i almen praksis. Gennem mikset metode med spørgeskema, fokusgruppe og ekspertpanel, fandt man 5 områder med uopfyldte behov, herunder urininkontinens hos ældre. Redskabet omhandler ikke kun inkontinens, men siger noget om den kontekst inkontinens befinder sig i og hvad brugere, plejepersonale og eksperter mener der er uopfyldte behov. Det præsenterede redskab kaldes "SPICE" og står for Senses,

Physical ability, Incontinence, Cognition og Emotional distress. Redskabet her er interessant fordi det har en holistisk tilgang og ikke ser inkontinens som et enestående fænomen i ældreplejen, men derimod som en del af mange grundlæggende behov.

4. **O'Connel, B. et al. 2006.** Reviewet *Development of screening and assessment tools for continence management in residential aged care*, er en opdatering af et tidligere foretaget review af samme forfattere. Formålet er, at udvikle brugervenlige redskaber til at vurdere, organisere og evaluere inkontinensplejen til ældre plejehjemsbeboere, baseret på internationale standarder fra ICS. Reviewet ender ud med følgende 4 redskaber: 1. Standard kontinensscreening til ældre plejehjemsbeboere, 2. Standard observationsskema til udredning af inkontinens, 3. Standard observationsskema til udredning af afføringstider, 4. Standard kontinens- og plejeplanvurdering til ældre plejehjemsbeboere. Af disse 4 redskaber, er sidstnævnte det mest væsentlige og grundige, da det har en helhedsorienteret målsætning i forhold til plejen, hvor de 3 første er mere indledende. Redskaberne skal ses som trin, hvoraf man starter med redskab 1 og arbejder sig fremad mod en plejevurdering.

5. **Ostaszkiwicz, J. et al. 2010,** Titel: *Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults (Review)*. Artiklen omhandler et interventions studie hvor man undersøger effekten af genoptræning som en del af inkontinensplejen. Man kortlægger den enkelte borgers naturlige toilettider og laver derpå et skema som forebygger ufrivillige lækager. Man fandt at det var svært at udføre interventionen grundet personalemangel. Studiet foreslår videre forskning for at opnå signifikante resultater.

6. **Sander, P. et al. 2000.** Titel: *Evaluation of a Simple, Non-surgical Concept for management of Urinary Incontinence (Minimal Care) in an Open-Access, Interdisciplinary Incontinence Clinic*, er en artikel omhandlende et prospektivt observationsstudie med ambulant behandling af UI patienter. Artiklen befinder sig i det mere medicinske felt, ved hovedsageligt at koncentrere sig om udredning og behandling, men en helhedsorienteret løsning i forhold til at komme UI til livs. Artiklen indeholder ikke et direkte praksis anvendeligt redskab, men en beskrivelse af en succesfuld intervention. Ved at anvende minimal care principper forbedres patienternes oplevede livskvalitet markant gennem forløbet og 44 % føler sig helbredte. Minimal care princippet går ud på at anvende konservativ behandling, dvs. uden kirurgi og begrænsede ressourcer. Minimal princippet er også anvendeligt i sygeplejen, derfor er artiklen inkluderet.

7. **Schnelle, J. F. et al. 2002.** Titel: *Translating Clinical Research into Practice: A Randomized Controlled Trial of Exercise and Incontinence Care with Nursing Home Residents*. Artiklen beskriver et interventionsstudie omhandlende plejehjemsbeboere med UI. Der er ikke noget konkret plejeredskab, men en velbeskrevet plejeintervention. Med træningen af interventionsgruppen blev beboernes funktionsniveau i mange tilfælde forbedret betydeligt, i andre tilfælde så man at funktionsniveauet blev bevaret. I alt forbedres beboernes funktioner på 14 ud af 15 outcomes som der blev målt på. Interventionen bestod hovedsageligt af ADL træning i form af gangtræning i forbindelse med daglig pleje. Det diskuteres videre, hvordan denne bedring af funktionsniveau, kan forbedre de ældre borgers livskvalitet på mange områder.

8. **Winder, A. 2001.** Titel: *Devising an effective general nursing continence assessment tool*. Artiklen er et review som beskæftiger sig med manglen på validerede redskaber indenfor generel symptomscoring af UI og sygepleje. Gennem studiet af 14 konkrete redskaber beskrives det at manglen på generelle

inkontinensredskaber er stor, fordi de eksisterende er sygdomsspecifikke til f.eks. prostatacancer og dermed ikke overførbare. Artiklen munder ud i et redskab, som forsøger at komme omkring inkontinens på en holistisk og patientcenteret måde.

9. **Hägglund, D. et al. 2007.** *Titel: Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence.* Artiklen omhandler et studie som undersøger kvinders adfærd når de søger hjælp i forbindelse med UI. Undersøgelsen viser, at kvinderne i høj grad er bange for at blive ydmyget. De lever med skam, behov for distance og ønsker derfor ikke at søge hjælp hos sundhedsprofessionelle. Denne type undersøgelse siger noget om hvad det er for følelser og tanker urininkontinente kvinder har og hvordan vi som sundhedspersonale skal gå til denne gruppe. Patienterne i undersøgelsen pointerede eksempelvis, at de ville ønske sundhedspersonalet spurgte ind til om de oplevede inkontinens, frem for selv at skulle henvende sig for at få hjælp. Det fremkommer også, at mange patienter rationaliserer sig frem til hvorfor de er inkontinente og af den grund søger de ikke den fornødne hjælp. Brugerne efterspørger generelt at sundhedspersonalet er mere opsøgende i forhold til inkontinens og at vi er med til at bryde tavsheden omkring det tabubelagte emne.

10. **Ketabi, Z. et al. 2007.** *Titel: Selvrapporteret livskvalitet hos patienter med urininkontinens henvist til gynækologisk afdeling.* Artiklen er dansk og omhandler et ambulante forløb man indførte på Glostrup Hospital. 142 henviste kvinder udfyldte validerede spørgeskemaer om symptomhyppighed og livskvalitet, for at beskrive sammenhængen mellem symptomer og patientoplevelt livskvalitet hos patienter med UI. I artiklen findes redskaberne ikke, men der henvises til hvor disse kan findes. Redskaberne som anvendes er 'Bristol Female Questionnaire on Lower Urinary Tract Symptoms' (Jackson 1996), formateret til dansk version og 'Incontinence Impact Questionnaire' (Uebersax 1995). Førstnævnte redskab er testet og valideret. På den måde

kombinerer man i artiklen her, allerede eksisterende redskaber, for at give svar på hvordan symptomer har sammenhæng med patienters oplevede livskvalitet.

11. **Khera, A. et al. 2006.** Titel: *Patient-Oriented Outcome Tool (POOT): providing guidance for the management of incontinence – a pilot study*, er en artikel omhandlende et pilotstudie som bygger på trianguleret metode. Formålet var, at udvikle et redskab til at belyse patienters plejeprioriteter til konservativ behandling af UI. Man fandt i alt 117 emner omhandlende UI, hovedsageligt af fysisk og psykosocial karakter, som patienterne ønskede hjælp til. Redskabet har i studiet vist sig anvendeligt til at afklare den enkelte patients ønske omkring pleje af UI. Redskabet er meget kort og indeholder ikke nogen udredende funktion, derimod ligger hovedvægten på den enkelte patients præferencer og de emner som har indflydelse på dennes hverdag. På den måde sættes sundhedspersonalets dagsorden i baggrunden frem for patientens ønsker.

12. **Shaw, C. et al. 2000.** Titel: *Patients' views of a nurse-led continence service*, er en kvalitativ interviewundersøgelse hvor man evaluerer en intervention med inkontinenssygeplejersker som har fået 3 måneders træning om inkontinens i teori og praksis. Her mente patienterne at særligt sygeplejerskers forståelse og kommunikative evner var vigtige og at disse blev forbedret gennem interventionen. Artiklen indeholder ikke noget decideret redskab, men siger noget om hvad det er for en tilgang patienterne ønsker at blive mødt af hos sygeplejersker som arbejder med urininkontinens. Artiklen bekræfter også hvor stort et tabu urininkontinens er hos både mænd og kvinder, hvilket kun skaber behov for større forståelse og interpersonelle evner fra plejepersonalet.

2.6 Kvantitative studier

Forfatter*, år, land	Antal deltagere	Design	Studievariable	Outcome	Resultat	Evidensstyrke	Evidensniveau
Constance, 2006, USA	16 S	RCT	Dokumenterede fysiske undersøgelser	Standartplejeplaner	Udførelse af standart spørgsmål, fysisk vurdering	A	Ib
Haab, 2007, Frankrig	253 P	Case-kontrol	Typer af UI	Differentiering af symptomer	Praksisanvendeligt redskab til alle former for UI	C	III
Ketabi*, 2007, Danmark	197 P	Validerede spørgeskemaer	Symptomhyppighed, livskvalitet	Oplevet livskvalitet	Livskvaliteten er i høj grad påvirket	B	IIb
O'Connel, 2006, Australien	5 A	Review	-	-	5 redskaber til vurdering af UI	A	Ia
Ostaszkiwicz, 2010, Australien	4 A 387 P	Review	-	-	Funktionstræning gavnlige i behandling af UI	A	Ia
Sander, 2000, Danmark	408 P	Prospektivt observationsstudie	Forbedring, kurering, livskvalitet	Ble-vejningstest, og forbrug,	Livskvalitet signifikant forbedret	B	IIb
Schnelle, 2001, USA	265 P	Randomiseret kontrolleret forsøg	Gådistance, behov for støtte, UI frekvens,	Check for UI hver time	Forbedring af borgenes egenomsorg	A	Ib
Winder, 2001, England	Review	-	-	Anvendeligt redskab til sygeplejefaglig vurdering	-	A	Ia

*Førsteforfatter; P=Patienter/borgere; S= Sygeplejersker/plejepersonale; A= artikler

2.7 Kvalitative studier

Forfatter*, år, land	Studiedesign	Analysetilgang	Antal deltagere	Anbefalingsniveau
Hägglund, 2007, Sverige	Interview	Fænomenologisk hermeneutisk	13 patienter	17 P = Anbefales
Khera, 2006, Australien	Triangleret metode: Fokusgruppeinterviews, pilotstudie	-	50 patienter	13 P = Anbefales med forbehold
Lliffe, 2004, England	Triangleret metode: CANE-interviews, spørgeskema, fokusgruppe	Faglig konference, Delphi process	544 CANE deltagere, 200 spørgeskemadeltagere, 4 fokusgrupper af 5-12 deltagere.	13 P = Anbefales med forbehold
Shaw, 2000, England	Interview	NUD*IST software	23 patienter	15P = Anbefales med forbehold

*Førsteforfatter; P= samlet antal points

2.8 Vurdering af de udvalgte artikler

Til at vurdere de udvalgte artiklers niveau, anvendes eksisterende anerkendte redskaber. Disse redskaber vil i det følgende blive gennemgået kort. Hvert enkelt studie er gennemgået i metode, og nogle studier har kunnet passe ind både som kvalitative og kvantitative studier. Der er foretaget en vurdering, ifølge redskabernes anbefalinger, om hvilket redskab der har været mest anvendeligt til hver enkel artikel. Artiklernes metode er derfor ikke gennemgående specifik i forhold til bedømmelseskemaet, men vurderet som det mest passende på forskningsdesignet. Vurderingen af studierne er sammenskrevet til skemaoversigter og illustrerer den arbejdsproces artiklerne har været under. Disse skemaer kan ses i bilag 4 og 5.

2.9 Vurdering af kvantitative artikler

Til kritisk at vurdere de kvantitative studiers kvalitet og udlede evidensniveauet anvendes check-lister fra Center for Kliniske Retningslinjer, da disse sikrer at alle betydningsfulde faktorer er indtænkt²⁰. Check-listerne er validerede redskaber, som bygger på det internationale AGREE²¹-instrument (AGREE 2001) om vurdering af kliniske vejledninger. Samtidig med check-listerne er noterne til hver enkelt check-liste anvendt for at bidrage til vurderingen. Særligt lægges der vægt på følgende 3 punkter:

- Design i forhold til evidensniveau. Udgangspunktet for vurderingen er, at forskellige studiedesign tillægges forskellig vægt. Det randomiserede kontrollerede studie (RCT) er øverst i hierarkiet. Kohortestudier af henholdsvis prospektivt og retrospektivt design er placeret herunder med det prospektive studie som stærkere end det retrospektive. Tværsnitsundersøgelser er i denne sammenhæng det svageste design (Andersen 2005).
- Personer, der indgår i populationen. Det overvejes om de, der indgår i studiet er repræsentative for populationen, der undersøges, hvilket kan vurderes med udgangspunkt i deltagernes karakteristika og beskrivelsen af bortfald i undersøgelsen. Et større antal i studiepopulationen betyder mindre statistisk

²⁰ Centrets arbejde er som nationalt Clearing House at arbejde fokuseret på at understøtte viden om og udvikling af kliniske retningslinjer samt at kvalitetssikre de nationale retningslinjer, der udvikles.

²¹ AGREE står for: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation

usikkerhed, og stikprøven kan i højere grad betragtes som repræsentativ for den bagvedliggende population (Polit 2006).

- Faktorer, der går igen i flere studier. Hvis flere studier peger på de samme faktorer af betydning er dette en styrke som følge af et større antal, men også i kraft af bredere repræsentation (Ibid).

2.10 Vurdering af kvalitative studier

Hvor der længe har været redskaber til at vurdere kvantitativ forskning, forholder det sig anderledes med den kvalitative forskning. Formålet med kvalitativ forskning er at undersøge mening og afdække forskellige realiteter, derfor er generalisering som indenfor kvantitative studier ikke et ledende kriterium (Dehlholm-Lambertsen 1999). Det er derimod afgørende, at informanterne kan give informationer der dækker formålet med studiet, og er i stand til at bidrage med righoldige beskrivelser.

Anbefalingerne i kliniske retningslinjer er almindeligvis overvejende baseret på resultater fra meta-analyser, randomiserede kliniske undersøgelser, kohorteundersøgelser mv. Undersøgelser, der alle kan kategoriseres som kvantitativ forskning. Den viden, som den kvalitative forskning bidrager med, finder for øjeblikket ikke, eller kun sjældent, vej til de kliniske retningslinjer. Det kan være fordi der endnu ikke findes internationalt anerkendte redskaber til vurdering af denne type studier. Det kan også forklares med, at man i biomedicinsk forskningstradition hidtil mest har anvendt kvantitativ forskning (Dehlholm-Lambertsen 1999). Imidlertid har der i de sidste to til tre årtier i sundhedsvidenskaben været en voksende interesse for at anvende kvalitative metoder med rod i humanistiske videnskaber og samfundsvidenskaber som psykologi, pædagogik, sociologi og sygeplejevidenskab (Ibid). Der findes mange eksempler på sygeplejeforskning udført på baggrund af kvalitative forskningsmetoder, som kan bidrage positivt til klinisk praksis. Metoden er anvendelig til at belyse f.eks. forhold omkring syge menneskers holdning, behandlingsforløbet og fortolkning af sygdomsforholds betydning for den enkeltes livskvalitet. Kvalitative metoder har således fundet anvendelse til deskription, analyse og hypotesegeneration inden for områder, hvor der hidtil har foreligget begrænset videnskabelig viden (Ibid). Derfor er metoden anvendelig i studiet her, til at belyse patientperspektivet og komme med centrale bidrag til forståelse af patientens præferencer.

Trods der endnu ikke findes et valideret redskab til vurdering af kvalitative studier, er der institutioner både i Danmark og internationalt som arbejder på at skabe et sådan redskab. Internationalt arbejder man i bl.a. i Australien ved The Joanna Briggs Institute med sådanne redskaber. I Danmark er DASYS²² i gang med udviklingen af et redskab kaldet VAKS²³. Udviklingen af VAKS er foregået i håbet om, at det vil lette og kvalificere det vigtige arbejde at vurdere kvalitative forskningsartikler. Arbejdet pågår stadig, da man endnu ikke har valideret redskabet og det stadig er under udvikling. For tiden er redskabet i bearbejdning i Videnskabeligt råd. Jeg har valgt at anvende VAKS da det, i skrivende stund, er det aktuelle redskab som vi har i Danmark. Jeg anvender redskabet velvidende at det har sine svagheder da det ikke er valideret, men det er bedste bud på nuværende tidspunkt og det indeholder fundamentalt gode hensyn at tage i vurderingen af kvalitativ forskning.

2.11 Analysemetode

Analyseafsnittet vil blive opdelt i 3 dele. Ud fra studierne, tematiseres de fremtrædende elementer indenfor henholdsvis det sygeplejefaglige- og patientperspektivet. Første del vil omhandle hvad det er for en sygepleje der er evidens for at yde til urininkontinente borgere. Dette med udgangspunkt i fundene fra de kvalitative studier, hvor fund betragtes som fremtrædende elementer. Anden del af analysen vil tage udgangspunkt i patienternes perspektiv, her er fokus på hvad patienterne har af oplevelser i forhold til at leve med UI og hvilken pleje de efterspørger.

I tredje del af analysen henledes opmærksomheden på, at behov defineres som en forskel mellem en aktuel og en ønsket tilstand. Ud fra de fundne redskaber og de fremtrædende elementer fra de to første delanalyser, ligger en viden om hvilke redskaber vi har at plejevurdere ud fra, samt hvad patienterne ønsker. Behovene vil i tredje del af analysen træder frem og bliver belyst med uoverensstemmelser og mangler. Denne del vil sammen med de to foregående delanalyser danne grundlag for de anbefalinger som kan udledes af studiet her.

De 3 analysedele vil blive delt op i underafsnit, som er udledt af de emner som har været fremtrædende ved gennemgang af artiklerne. Ved at tematisere, fremstår det som

²² DASYS = Dansk Sygeplejefagligt Selskab

²³ Står for Vurdering af Kvalitative Studier

har været i særligt fokus gennem artiklerne, mens nogle emner fra emneoversigten vil fremstå udestående for selve analysen, da de ikke har været gennemgående temaer (Forsberg 2003).

Efter den tematiske analyse diskuteres resultaterne. Såvel som en klinisk retningslinje skal redegøre for det foreliggende videnskabelige grundlag, skal den også give kritisk vurdering af samme (AGREE 2001). Derfor forholder jeg mig i metodediskussion og resultatdiskussionen kritisk til de fund som er fremkommet under analysen. I de kommende afsnit præsenteres de redskaber som anvendes i analysedelen.

2.12 Emneoversigt over fundene i artiklerne

Under gennemlæsning af artiklerne, udviklede jeg et arbejdsredskab til hjælp i den videre bearbejdning af artiklerne. Redskabet er en skematisk oversigt over de inkluderede studier (Se afsnit 3.12.1). Horisontalt i øverste bjælke er skemaet opdelt efter hvorvidt artiklerne tager udgangspunkt i patient- eller sygeplejersperspektivet, vertikalt fremgår de emner som er fundet som fremtrædende i de enkelte artikler. Den yderste vertikale bjælke er inddelt i henholdsvis læge- sygepleje- og patientorienterede kategorier. Denne opdeling illustrerer min subjektive vurdering af, hvem der har profession til og interesse i, at varetage de fremkomne arbejdsopgaver. Dermed skal opdelingen ikke ses som fastlåst arbejdsgang men vejledende til egen bearbejdning. Som det indledningsvis er beskrevet, er sygeplejen en profession som både har egne kompetenceområder og uddelegerede kompetenceområder fra læger og andre sundhedsprofessionelle. I artiklerne beskrives det sparsomt hvem der varetager hvilke opgaver og opdelingen her, er derfor foretaget ud fra egen vurdering. Kategorien patientorienteret relaterer sig til den dagsorden som særligt vedkommer patienten, men igen er emnerne ikke fastlåst men vejledende.

Emnerne bliver således inddelt efter hvilket perspektiv som anlægges i artiklerne og hvem der bør varetage disse funktioner, hvilket illustreres af den tykkere gitteropdeling. Eksempelvis kan feltet patientperspektiv/patientorienteret nævnes. Det skal forstås, som et udtryk for hvad patienterne selv giver udtryk for af egne behov relateret til UI. Af emneoversigten ses også, at det fyldestgørende i artiklerne hvad emner angår, er sygeplejerelateret og handler om hvad sygeplejersker mener deres opgave er i forbindelse med vurdering af UI hos ældre.

2.12.1 Skematisk illustration af emner i inkluderede artikler

	Emne/Første forfatter	Sygeplejersperspektiv							Patientperspektiv				
		Constance	Haab	Liffé	O'Connell	Ostaszkievicz	Sander	Schnelle	Winder	Hägglund	Ketabi	Khera	Shaw
Læge	UI-type, UI-frekvens, mængde		•		•	•		•			•	•	•
	Fysisk vurdering			•	•						•		•
	Anamnese										•		
	Mental status (kognitivt niveau)	•	•	•	•				•				
	Smerter				•								
	Medicin		•						•				
	LUTS				•		•		•		•		
Sygepleje	Generel info								•		•		•
	Forstående atmosfære												•
	Væske indtag/vandladningsskema		•		•		•	•			•		
	Bletype						•			•	•		
	Bækkenbund						•		•				
	Hud				•	•			•		•	•	
	Patientperspektiv/ønsket spl.		•		•			•			•		
	Opfølgning på pleje				•								•
	Faste toilettider					•							
	Pt. undervisning						•						
	Dokumentation og EDB	•	•										
	Seksualitet									•	•		
	Barthel score (ADL)				•								
	Standart plejeplaner	•	•	•	•					•		•	
Spl. Spørge aktivt om UI									•	•		•	
Patientorienteret	Livskvalitet		•				•	•	•		•	•	
	Indflydelse på hverdagen				•							•	
	Indflydelse på søvn				•						•	•	
	Hverdagsliv – minimere symptomer								•	•			
	Mobilitet			•	•			•					
	Miljø				•				•			•	

2.13 POMI-modellen som analyseredskab

Preben U. Pedersen og Britta Hørdam har med inspiration fra Ross E. G. Upshurs²⁴ arbejde om kvalitativ evidens (Morse 2001), udviklet en model for klinisk beslutningstagning som de kalder POMI (Se bilag 6). POMI står for patientens **P**rædispositioner, **O**bservation, **M**etoder og **I**mplementering. Modellen illustrer den viden, man som kliniker skal have, for at der er evidens for den vurdering, der foretages som grundlag for beslutninger i klinisk praksis (Ibid). Det er relevant at inddrage modellen om klinisk beslutningstagning i opgaven her, fordi man omformuleret til praksis kan sige, at en klinisk retningslinje er systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fag-personer og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. Dermed hænger kliniske retningslinjer tæt sammen med klinisk beslutningstagning i praksis. POMI-modellen er derfor central til at inddrage i analyse og diskussion.

POMI-modellen giver en forståelsesramme af den kontekst hvori evidensbaseret sygepleje og kliniske retningslinjer befinder sig. Områderne omkring feltet klinisk beslutning, er påvirket af de 4 førnævnte områder som POMI består af. Udenfor denne ramme, beskrives abstraktionsniveauet via kontinuum mellem forståelse og forklaring, samt specifik og generel. Med klinisk beslutningstagning menes alle de handlinger vi som sundhedspersonale gør, lige fra at give patienten mad, til at vurdere inkontinens. Den faktor som har indflydelse på den kliniske beslutningstagning i specialet her, er patientens prædispositioner, dvs. forudsætninger, ønsker og forventninger til sygeplejen. Det er disse, som undersøges under patientperspektivet.

²⁴ Ross E. G. Upshur er Canadier, uddannet BA samt MA i filosofi og MSC indenfor epidemiologi. Hans forskningsmæssige interesser omfatter begrebet bevis på sundhedsområdet, medicinsk epistemologi, klinisk resonnering, folkesundhed etik, information om sundhed, empiriske tilgange i bioetik, primære sundhedssektor forskningsmetoder, tidsserier ansøgninger i sundhedsvæsenet forskning, smitsomme sygdomme og miljømæssig epidemiologi. Han har over 200 publikationer, herunder mere end 100 peer reviewed publikationer som spænder over disse domæner (<http://www.jointcentreforbioethics.ca/people/upshur.shtml>).

3.0 Analyse

Jeg stillede i problemformuleringen spørgsmålet: *Hvilke evidensbaserede spørgeguides/forslag til spørgeguides, til pleje af inkontinens hos ældre borgere, kan udledes ud fra et sygeplejefagligt- og patientperspektiv?* Til at besvare spørgsmålet opdeles analysen i 3 dele. Den første del omhandler sygeplejerspektivet.

3.1 Sygeplejerspektivet

Til at belyse sygeplejerspektivet, fandt jeg via min systematiske litteratursøgning 8 artikler anvendelige til at besvare problemformuleringen. Hensigten med den systematiske litteratursøgning var, at finde redskaber som kan bibringe inkontinenspleje en systematik som sikrer patienterne evidensbaseret sygepleje af høj kvalitet. Artiklerne bidrager alle i en eller anden grad med redskaber som kan anvendes, eller er overførbare til praksis. Nogle af redskaberne er meget udførlige og har til hensigt at komme omkring alle influerende områder som måtte have relevans, mens andre fokuserer på enkeltstående områder indenfor pleje og vurdering såsom EDB og dokumentation. Mens andre har nogle karakter af plejehjælpemidler. Nogle artikler bidrager med skematiske fremstillinger som har karakter af standartplejeplaner. Det drejer sig om artiklerne af forfatterne Winder, O'Connell, Haab og Liffé²⁵. Resterende artikler indenfor sygeplejerspektivet har karakter af målrettede specifikke plejehjælpemidler til patienter med UI, det er artiklerne af forfatterne Schnelle, Constance, Ostaszkiwicz og Sander.

Begge udformninger har vist sig anvendelige til at vurdere og igangsætte en handlingsplan for pleje til inkontinente ældre borgere, men nogle af redskaberne kommer omkring flere influerende emner end andre. Det betyder at redskabernes abstraktionsniveau er meget forskellige. De studier som har karakter af plejeplaner, hvori man afkrydser emner som er undersøgt, kommer generelt ind på mange relevante emner, både i henhold til den udredningsmæssige del, vurdering af plejehjælpemidler og patientens ønsker. Artiklerne som indeholder redskaber af mere interventionsmæssig karakter, satser på en 'pakkedløsning' til det at yde inkontinenspleje og samtidig forsøger man så vidt muligt at yde den samme pleje til alle borgerne som deltager.

²⁵ Gennem analysen anvendes efternavnet på førstnævnte forfatter af hvert studie som benævnelse for artiklerne.

Fælles for artiklerne²⁶ er, at de alle giver alle deres bud på et redskab til at vurdere sygeplejen til inkontinente borgere. Indledningsvis problematiserer Winder, O'Connel og Haab, hvordan det kan være der ikke findes en klinisk retningslinje for pleje af inkontinens, da en sådan vil kunne hjælpe plejepersonalet i praksis til at udføre systematik og kvalitet, hvilket underbygger den indledningsvis skitserede problematik. Det kommende afsnit tager udgangspunkt i patientens prædispositioner ud fra POMI-modellen. Det er relevant, fordi modellen generisk kan være med til at forklare den kontekst sygeplejersker handler ud fra i praksis.

3.1.1 Patientens prædispositioner set fra et sygeplejefagligt perspektiv

Afsnittet her handler om patientens prædispositioner, relateret til POMI-modellen. Det er hensigten at analysere de faktorer som gør sig gældende for patientperspektivet, men også hvad patientperspektivet udgør på subjektivt niveau. Denne korte redegørelse, skal gerne danne grundlag til en forståelse af den senere analyse af patientperspektivet og patienternes præferencer som det fremgår af artiklerne.

Der er flere grunde til, at vi som plejepersonale skal inddrage patienterne i planlægning og vurdering af egne plejebenhov. Det har relevans i forhold til den kliniske beslutningstagning hvor patientens præferencer er en af fire vigtige faktorer – Patientens prædispositioner, observationer, metoder og interventioner (Hørdam 2008). Samtidig er det et kvalitetskrav i kliniske retningslinjer, at patientens perspektiv inddrages (AGREE 2001).

For at forstå, hvordan man udvikler viden, der kan ligge til grund for beslutninger, må man kende til de 2 overordnede evidensniveauer. Det ene er det aggregerede niveau hvor man beskæftiger sig med, hvilke handlinger og interventioner der vil gavne grupper af patienter, det andet niveau er patientperspektivet, hvor det drejer sig om at fremskaffe det grundlag for kliniske beslutninger, der gavner den enkelte patient bedst muligt (Hørdam 2008). Det er nødvendigt at være bevidst om hvilket niveau man arbejder på, for at relatere evidens til praksis. Eksempelvis vil en klinisk retningslinje og

²⁶ I analysen anvendes retorisk både benævnelsen artiklerne og studierne. Begge benævnelser henviser til de inkluderede studier, men hvor artiklerne mest er et udtryk for det publicerede og studierne henviser til det mere metodemæssige.

dermed også specialet her, dreje sig om det aggregerede niveau, mens den kliniske retningslinje i anvendelsen hos den enkelte patient bliver til patientperspektivet. På den måde bruger vi i praksis både evidensen overfor grupper af patienter, men også i forhold til den enkelte. Sygeplejersker skal være i stand til at gå fra det generelle til det specifikke niveau som det illustreres i POMI-modellen (Se bilag 6). Derfor er det også nødvendigt på kvalitativ vis, at undersøge patientniveauet, for at kunne sige noget om hvordan patienterne oplever UI og hvilken pleje de ønsker. Dette er et konstant kontinuum mellem generelt og specifikt abstraktionsniveau, som sygeplejersker bør inddrage i evidensbaseret praksis.

At inddrage patientperspektivet i plejevurderingen er et nyere krav og det kan forekomme svært for plejepersonalet at anlægge dette perspektiv. Når det er en udfordring skyldes det muligvis at vi som sundhedsprofessionelle og fagpersoner har en tro på at vores faglige skøn, kliniske blik og viden om hvad der kan gavne patienten må komme i første række da vi er i besiddelse af en anden viden end patienterne. Winder problematiserer i hendes pilotstudie, hvordan sygeplejerskers rutinemæssige spørgsmål i forbindelse med inkontinens omhandler sociale, medicinske og miljømæssige emner, mens patientperspektivet er stort set udeblivende. Winder pointerer også, at Mitteness allerede i 1987 beskrev, hvorledes god inkontinenspleje kan påvirke patienternes selvtillid og dermed livskvalitet (Mitteness 1987). I år 1998 fandt Johnson, at der hos mange patienter er sammenhæng mellem dårlig selv vurderet helbredstilstand og urininkontinens (Johnson, 1998). Det er altså viden som fokuserer på, at de fysiske tilstande hos patienten også medbringer psykiske følger som kan begrænse patienternes livskvalitet. Trods denne viden har eksisteret længe, forekommer det stadig problematisk for sygeplejersker at gøre den kobling og yde god inkontinenspleje med patienten i fokus hvor vi spørger ind til patientens livskvalitet. Derimod er plejen ofte præget af midlertidige bløsninger som er ineffektive og blot skyder problemet foran sig, med store omkostninger for patienten (DSAM 2009). Gennem Winders review fremkommer det, at det er veldokumenteret, at et nyttigt værktøj til vurdering bør indeholde flere vigtige elementer. Indholdet bør være klart defineret med spørgsmål og svar fuldt forstået af interviewer og patienten, og det bør være omfattende med hensyn til de variabler, der måles. Det skal være nemt at bruge og tidseffektivt i henseende til administration. Yderligere bør alle data skal være gyldige og pålidelige,

dvs. fremkommet evidensbaseret gennem validerede redskaber. Endelig bør vurderingsværktøjer vurdere og dokumentere funktionelle egenskaber i relation til kontinens. Dvs. der skal foretages status før interventionen er begyndt, såvel som efter, for at bestemme effektiviteten af interventionerne (Winder 2001). Dette er viden, som bør integreres i en fremtidig klinisk retningslinje til plejevurdering af inkontinente ældre.

3.1.2 Vurdering af patientens funktions- og kognitionsniveau

Lliffe, O'Connel og Ketabi foreslår alle i deres artikler, at plejevurdering indeholder en kort udredning eller status til vurdering af patientens mentale status og kognitionsniveau. Særligt O'Connel gør meget ud af dette emne, sandsynligvis fordi redskabet i dette studie konkret er udviklet til anvendelse på plejehjem og hos borgere som ikke kan klare sig selv, hvorfor det her har særlig relevans. Når vi skal vurdere den ældre borgers behov, er det nødvendigt, at vi relativt hurtigt kan tilegne os viden om borgerens status indenfor det kognitive område. Dette område er relevant hos den ældre del af befolkningen, fordi den mentale status kan være meget forskellig. Hos folk i alderen +65 år handler mental status især om vedkommende er dement og i hvilken grad, eller om vedkommende har kognitive funktioner til eksempelvis at følge en simpel instruktion, eller at gå til et toilet og lade vandet på faste tidspunkter. I O'Connells studie argumenteres for, at der skal foreligge en mental status hos patienten før vi som plejepersonale ved i hvor høj grad vi skal hjælpe borgeren og hvordan vi hjælper denne bedst muligt. Da resultaterne her er fremkommet gennem et review af høj kvalitet, fremstår vurderingsredskaberne troværdige og evidensbaserede. Således bør en vurdering af ældre urininkontinente altid indeholde en mental status (O'Connel 2006), hvilket desværre er udeblivende i mange af redskaberne. O'Connel inddrager den mentale status ved at spørge ind til om borgeren selv kan klæde sig af og på, om de kan tørre sig med et stykke toiletpapir eller om borgeren kan samarbejde med plejepersonalet under hjælp til toiletbesøg m.m. Som brugere af disse redskaber, må man være opmærksom på at disse funktioner ikke behøver være betinget af mental status, men kan også være begrænset af fysiske tilstande. F.eks. hvis patienten har lammelser eller andre fysiske handicap. Dermed har funktionsniveau og mental status en sammenhæng som bør fremkomme af fremtidig klinisk retningslinje til plejevurdering af inkontinente ældre. Det er relevant, da sygeplejersken må vide hvor

mange af de basale funktioner hun må overtage og hjælpe for at patienten kan bibeholde sit almene funktionsniveau, også kaldet ADL²⁷. Et valideret redskab til vurdering af ADL er Barthel indeks (O'Connel 2006). Med redskabet kan man score uafhængighed ved udførelse af ti basale daglige gøremål: spisning, forflytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet, trappegang, påklædning, tarmkontrol og blærekontrol. Patienten kan opnå en score på 0- 100 point, hvor 100 angiver, at en person er uafhængig af andre ved basal ADL. Barthel indeks er et ofte anvendt redskab til vurdering af funktionsevne hos ældre og kronisk syge både i praksis og i forskningsprojekter såvel i Danmark som internationalt (Maribo 2006). Når det drejer sig om udredning og behandling af ældre, er det en forudsætning for plejevurderingen at tage patientens egne ressourcer i betragtning for som minimum at bibeholde, men gennem sygepleje at sigte mod forbedret funktionsniveau. Når Barthel scoren er foretaget, kan de ældre borgere inddeles i 3 grupper i forhold til plejebenhov (Hansen F.R. 2002):

1. Ældre som har mentalt og fysiskoverskud til aktivt at medvirke i udredning og behandling
2. Skrøbelige ældre, der pga. mental eller fysisk svækkelse ikke magter at følge flere anvisninger på én gang.
3. Stærkt plejkrævende ældre som fx svært demente.

Hvor den fysisk og mentalt velfungerende ældre med inkontinensproblemer kan håndteres på samme måde som yngre, må man overveje hvad man kan forvente af samarbejdet med f.eks. demente eller svækkede patienter. Denne vurdering bør fremkomme gennem plejevurderingen af borgeren, for at kunne give den bedste pleje til den enkelte. Af de inkluderede studier beskæftiger få sig med den mentale og kognitive status hos patienterne. Liffé tager i høj grad borgerens mentale status ind i hans model, hvor han identificerer behov hos ældre som ikke opfyldes. Her vurderes den mentale status som vigtig i forhold til kognitionsniveau og alment funktionsniveau. Det interessante ved fundene i Liffés studie er, at de plejebenhov som borgerne efterspørger ikke stemmer overens med det behov sundhedspersonalet mener der bør sættes på.

²⁷ ADL står for activities of daily living og indbefatter de ting, vi som mennesker normalt gør, herunder daglig aktivitet vi udfører for egenomsorg såsom at spise, bade, påklædning, pleje. Begrebet udspringer fra Roper-Logan-Tierney's "Model of Nursing -Based on Activities of Living".

Borgerne efterspørger mere hjælp til generel information om sundhed, hvor plejepersonalet ser fysiske og praktiske behov som vigtigst. Inkontinens kommer på en plads som nummer tre, og det er hovedsageligt et behov som fremkommer af de sundhedsprofessionelles konsensuskonference, ikke fra patienterne. Når inkontinens ikke fremkommer fra borgerne, må det skyldes at deres fund er fremkommet gennem fokusgruppinterviews og da inkontinens er så stort et tabu bliver det ikke taget op i et socialt forum.

3.1.3 Udredning prioriteres på den sygeplejefaglige dagsorden

I artiklerne fremtræder det, at sygeplejefaglige handlinger i forbindelse med vurdering af UI meget ofte hænger sammen med udredning af inkontinensstype, hyppighed, anamnese m.m., dette kan også ses på emneoversigten. For at vi som plejepersonale kan vurdere borgerens plejebenhov, er det ganske enkelt nødvendigt at vide hvorfor borgeren er inkontinent, hvornår og i hvilken grad for at kunne tilpasse plejen bedst muligt. Af emneoversigten fremgår det, at artiklerne i forskellig grad inddrager udredende faktorer som anamnese og UI-type men at alle artiklerne i nogen grad beskæftiger sig med inkontinensstype og/eller andre emner under lægens kompetencer, som alle i nogen grad er relateret til udredning. Væskeskema er et af redskaberne som anvendes til udredning af UI, og dette fremtræder hos både Haab, O'Connel, Sander, Schnelle og Ketabi. Men et væskeskema er ikke kun anvendeligt i udredende sammenhæng, det kan på sigt også anvendes rent sygeplejefagligt, til at holde system i hvor meget den ældre borger har indtaget, og på hvilke tidspunkter. Sander foreslår en helhedsorienteret løsning indenfor inkontinens pleje- og behandling som opnåede gode resultater i forhold til, at patienterne i høj grad følte sig raske eller uden gener. En del af denne intervention var, at lave væskerestriktioner på max. 1500 ml. i døgnet og at patienterne ikke måtte indtage større mængder væske om aftenen (Sander 2000). Dette hjalp patienterne ved færre toiletbesøg, mindre trang til at skulle på toilet ofte og færre natlige toiletbesøg. Det må derfor anbefales at et væskeskema er en del af plejevurdering til inkontinente ældre.

Når det drejer sig om at udrede patienterne for UI, er vi inde i en gråzone hvor artiklerne generelt ikke forholder sig til hvem der har kompetencer til konkrete arbejdsopgaver og

hvilke arbejdsopgaver som er uddelegeret til sygeplejersken. Ifølge Dansk Selskab for Almen Medicin i deres *Klinisk vejledning for almen praksis - Udredning og behandling af nedre urinvejsymptomer hos mænd og kvinder*, fremgår det, at al udredning af inkontinente patienter bør foregå af en læge. Dermed forholder artiklerne sig ikke til kompetenceforskydninger og uddelegeret arbejde, hvilket gør udfærdigelse af en professionsspecifik klinisk retningslinje mere kompleks. Der skelnes ikke mellem sygeplejefaglige – eller lægefaglige opgaver. I behandlingen af UI, er en stor del udredning, for at vi kan hjælpe patienterne bedst muligt. Men når det er dårligt beskrevet hvem der skal varetage disse opgaver, besværliggøres processen i overførbarheden til praksis og anvendeligheden til en klinisk retningslinje. Det er meget generelt for artiklerne som beskæftiger sig med sygeplejersperspektivet, at en stor del af disse plejevurderinger handler om at tælle, måle og veje værdier hos patienterne såsom blevejsningstests, væskeskemaer, vandladningsfrekvens m.m. mens undersøgelse af 'bløde' værdier som patientens følelser og oplevelser er mangelfulde, det ses i vid udstrækning i alle de inkluderede studier som belyser sygeplejersperspektivet (se emneoversigt). Såfremt de udredende elementer skal indgå i en klinisk retningslinje, er det nødvendigt at det beskrives konkret hvilke opgaver, sygeplejersken har fået uddelegeret af lægen. Det kan diskuteres om disse udredende elementer bør indgå i en sygeplejefaglig plejevurdering, men ikke mere hører til i en klinisk vejledning for udredning, således af de to redskaber supplerer hinanden og sygeplejersker tager sig af det rent sygeplejefaglige.

Et emne som må siges at være meget sygeplejefagligt, og som optræder gentagne gange i vurderingsredskaberne, er patientens hudstatus som følge af inkontinens. Både hygiejne og hudpleje er to vigtige aspekter af den basale sygepleje til inkontinente mennesker, da vi ved at de fleste inkontinente patienter får hudproblemer i større eller mindre grad. UI hos ældre kan give anledning til komplicerede sundhedsproblemer, som f.eks. hududslet i lyske- og sædere regionen, tryksår, urinvejsinfektion, fald og brudskader (Pedersen 2004). Virginia Henderson beskrev hudstatus i forbindelse med punkt nummer 8 af hendes 14 punkter for grundlæggende behov, kaldet personlig hygiejne. Efter hende består sygepleje i: *"At hjælpe patienten med at holde legemet rent og velplejet, samt beskytte hud og slimhinder"*. Dette må menes stadig at høre med til

den grundlæggende sygepleje, hvorfor hudstatus også bør indgå i en fremtidig klinisk retningslinje til pleje af inkontinente.

3.1.4 At sætte sig i patientens sted

I relation til samarbejdet med patienten må sygeplejersker have en forståelse af patienten for at møde denne i plejen. Virginia Henderson har været nævnt før i nærværende opgave. Når hun er så anvendelig, er det fordi hun på en fin måde siger noget om hvad det er sygeplejerskers funktion er. Her vil jeg vende tilbage til Hendersons definition på sygepleje som den blev citeret i afsnit 1.5. Formuleringer i hendes definition som at *"...bistå patienten til fremme eller genvindelse af sundheden..."*(Henderson 2008) beskriver hvordan vi som sygeplejersker overtager funktioner for patienten som denne ikke selv magter eller evner. Det handler om, at vi kompenserer for manglende viden og funktionstab hos de ældre. Det kræver at sygeplejersker kan sætte sig i patientens sted og se hvilke behov for pleje der er, for at patienten kan opnå en så normal hverdag som muligt. Her må sygeplejerskens funktioner i hverdagen tænkes ind. Af studierne fremkommer flere emner, som sygeplejersker bør hjælpe ældre med i hverdagen i forbindelse med UI. Et særligt relevant emne relateret til inkontinens, er hjælp til toiletbesøg og systematisering af dette. I studiet af Ostaszkievicz fremkommer det, at langt størstedelen af de ældre, har stor gavn af faste toilettider. Samtidig anbefaler de, at toilettiderne tilrettelægges efter den enkelte borgers naturlige toilettider. Det er vigtigt at indarbejde faste vandladningsrutiner, ikke mindst hos ældre med demens. Man bør ikke vente, til det er tvingende nødvendigt. Der er bred dokumentation for, at hjælp til at overholde faste toilettider har effekt ved inkontinens. Hjælpen kan gives både af plejepersonale på institutioner eller af pårørende i hjemmet. Netop at sætte inkontinensen i system på denne måde, kan være et redskab til at hjælpe patienten af med inkontinensproblemer, og bistå funktioner. Ostaszkievicz fandt, at faste toilettider mindskede forekomsten af urininkontinens hos ældre. Derfor må dette anbefales at indgå som en del af plejen til ældre inkontinente.

3.1.5 Livskvalitet fra sygeplejersperspektivet

På emneoversigten ses, at et af de emner som særlig går igen i mange studier både i sygepleje- og patientperspektivet, er fænomenet livskvalitet. Mange af artiklerne

problematiserer inkontinens som havende stor indflydelse på menneskers livskvalitet. Derefter er der forskellige tilgange til, hvordan redskaberne anbefaler man skal handle på patientens påvirkede livskvalitet. Til at måle livskvalitet, anvendes forskellige redskaber. Dette afsnit, vil handle om, de forskellige metoder til at belyse patienters oplevede livskvalitet i forbindelse med UI, som optræder i studierne.

Sander anvender det dansk udarbejdede og validerede SF-36 redskab. Det er et spørgeskema som består af 36 spørgsmål omkring helbred, fysisk funktionsniveau, kapering af fysiske problemer, kropslig smerte, generelt helbred, sundhed, socialt funktionsniveau, følelsesmæssige problemer og selvvurderet helbred. I dette skema rangerer patienten hvert spørgsmål på en skala fra 0 til 100 hvoraf 100 er bedst mulige helbredsstatus. Redskabet her, må grundet valideringen, anses som pålideligt og dybdegående til at undersøge borgerens livskvalitet. Samtidig er det et omfattende redskab og det begrænser sig derfor muligvis til anvendelse i daglig praksis hvor plejevurderingen bør ske i form af et lettilgængeligt redskab.

Winder trækker begrebet livskvalitet ind i hendes standartskema. Her undersøges livskvalitet hos patienten ved indledende at stille 6 spørgsmål om hverdagsliv, psykisk påvirkning, sociale begrænsninger og seksualitet hvoraf patienten svarer på en skala fra 1-5. Derefter stilles overordnede spørgsmål om, hvordan man har det med tilstanden som det er lige nu på en skala fra 1-7. Alle spørgsmålene er ment som en status, som kan tages før-, under og efter plejen er sat i gang. Spørgsmålene her om patientens prædispositioner må siges at være noget begrænsede, i det der kun kan svares på de lukkede spørgsmål der stilles og det ikke opfordrer patienten til at fortælle om opfattelsen af livskvalitet. Spørgeskemaet fordrer heller ikke til at plejepersonalet skal spørge yderligere ind, derfor kan det være svært at komme i dybden og forstå hvorledes den enkeltes livskvalitet påvirkes.

Hos Haab har man udviklet et slags screeningsinstrument som er anvendeligt både før og efter plejeindsatsen. Redskabet er bygget op om 10 simple spørgsmål omhandlende udredning og livskvalitet, hvoraf hovedvægten ligger på patientoplevelt livskvalitet. Instrumentet indeholder fokuserede spørgsmål, som støtter op om de udsagn man møder fra patienterne om påvirkning i hverdagen. Eksempelvis spørges der ind til hvor mange gange om natten patienten vågner pga. vandladningstrang og må gå på toilettet. Det

positive ved redskabet her er, at det er valideret hvorfor det fremstår troværdigt og direkte anvendeligt i praksis til at belyse påvirkning af livskvalitet. I forhold til ældre borgere er redskabet funktionelt da de 10 spørgsmål er overskuelige og besvares nemt på skalaer. På den anden side mangler redskabet at belyse den mere psykiske del af livskvaliteten, idet den ikke stiller spørgsmål til hvordan patienten oplever disse begrænsninger i livskvaliteten. Derfor kommer redskabet ikke til bunds i hvordan livskvaliteten er påvirket og hvordan vi som sundhedsprofessionelle kan hjælpe til at forbedre denne.

Hos O'Connel bærer redskabet tydeligt præg af målgruppen som er plejehjemsbeboere med andre behov i plejetyngden. Redskaberne indeholder alle screening, plejevurdering, plejeplan, implementering og opfølgning. Dermed søger redskaberne at danne en helhedsorienteret løsning til plejen idet redskabet baner vej for en grundig gennemgang af patientens symptomer og tilstand. Det som trækker ned i redskaberne her er patientperspektivet som stort set er udeblivende, hvorfor plejen kun tager udgangspunkt i plejepersonalets dagsorden. Det er beklageligt, fordi redskabet ellers er godt og grundigt i forhold til sin målgruppe, og der lægges en plejestrategi som er udførbar.

Ved gennemgang af redskaberne som inddrager en form for vurdering af patientoplevelt livskvalitet, ser man at nogle redskaber kan være inspireret af hinanden, eller ligefrem bygger videre på samme fundament. Her kan nævnes Ketabi som vurderer livskvalitet ved hjælp af redskabet Bristol Female Questionnaire on Lower Urinary Tract symptoms (Jackson 1995). Særligt dette redskab, er stort set en kopi af det redskab som vi ser hos Khera idet spørgsmålene er identiske, men hos Khera kaldes redskabet POOT. Dette underbygger, at man i udformningen af en fremtidig klinisk retningslinje, hvor livskvalitet bør inddrages i vurderingen, kan se på eksisterende redskaber og tage ved lære af disse. Evt. kan disse supplere hinanden. POOT må anbefales, da det er det nyeste og validerede samt bygger videre på eksisterende viden.

3.2 Patientperspektivet

Til at belyse patientperspektivet fremkom gennem søgningen 4 artikler. Artiklerne belyser patientperspektivet ved, at sygeplejersker, hovedsagligt på kvalitativ vis, har lavet undersøgelser omkring patienternes oplevelse af det at leve med inkontinens og i relation til hvilken sygepleje patienterne efterspørger. Tidligere er patientperspektivet

forklaret i forhold til sygeplejerskeperspektivet, i det følgende vil patientperspektivet blive analyseret ud fra hvad disse efterspørger. Det er før beskrevet, hvorfor patientperspektivet bør indgå som en del af sygeplejerskens udgangspunkt i planlægningen og vurderingen af plejen. For at gøre det mere patientnært vil jeg igen henlede opmærksomheden på et citat fra Virginia Hendersons definition af sygepleje:

”...som han ville udføre på egen hånd, hvis han havde den fornødne styrke, vilje eller viden, og at gøre dette på en måde, der hjælper ham til så hurtigt som muligt at blive selvhjulpent”
(Henderson, 2008).

Dette citat underbygger, at patientens ønsker må inddrages i plejen, så plejen så vidt muligt tager udgangspunkt i den måde patienten selv ville have handlet på såfremt han kunne. I praksis påvirkes patienten af sin egen individuelle virkelighed. Ifølge Mary Scheel skyldes det, at patienten er selvfortolkende og omverdensfortolkende. Patientens fortolkning af sig selv og sin situation foregår bl.a. på baggrund af tidligere erfaringer, viden, normer, holdninger, værdier og kulturelle forhold (Scheel 2000). Samtidig handler mennesker ud fra, hvilke muligheder der er i den eksakte situation, hvilke erfaringer, der er med forskellige handlinger, og ikke mindst, hvilke personlige forhold der har betydning for netop denne person. Det er derfor, det er nødvendigt at afdække hvad det enkelte menneske oplever, for at vide hvilke forhold der gør sig aktuelle for dette menneske. Haab beskriver, hvorledes patienternes præferencer er af betydning for plejen:

”Patients outcomes are essential and highly valuable source of information, in that they constitute patients’ subjective assessment in terms of perceptions, beliefs and needs of treatment and/or disease” (Haab 2008 s.648)

Derfor er det utænkeligt at yde sygepleje, uden at vide hvad patientens dagsorden eller oplevelse af fænomenet er. Dertil skal plejevurdering af inkontinente ældre systematisk inddrage hvad vi som fagpersoner ved er vigtigt at spørge ind til, f.eks. udredende spørgsmål, patientens oplevelser og målet og ønskerne for behandlingen. Et godt vurderingsredskab indeholder altså begge disse perspektiver, men med mulighed for at tilpasse den enkelte borgers præferencer.

3.2.1 Hvad patienterne ønsker af de sundhedsprofessionelle

Afsnittet her, beskæftiger sig med de temaer som gennem artiklerne har været efterspurgt af patienterne i relation til plejepersonalet.

Gennem Hägglunds interviews fremkommer det, at mange kvinder ikke søger hjælp, fordi de er bange for ydmygelse. Særligt var tre temaer gennemgående hos kvinderne: at være påvirket af inkontinensen, troen om manglende hjælp i behandlesystemet og forventninger til plejen når de søger hjælp. Patienterne har altså en mistillid til systemet, hvilket forklarer det indledningsvist beskrevne problem, at få selv søger hjælp til deres inkontinensproblemer. Interviewene i Hägglunds undersøgelse viser hvordan kvinderne påvirkes socialt hvis de oplever lækager i samvær med andre. F.eks. hvis urinen, i de allerværste tilfælde, løber urinen ned på gulvet. For den, der blot én gang rammes af sådan en hændelse, bliver det til en skrækoplevelse. Selv om ulykken er sket i ens eget hjem, uset af andre, bliver rædslen for, at det skal ske igen, blandt mennesker man ikke kender eller blandt ens venner, en daglig frygt. Det er disse følelser som fører til isolation. Men vi kender som sygeplejersker ikke til disse oplevelser hos patienterne, medmindre vi selv spørger ind til det, således at patienterne fortæller os om det.

Hägglund finder endvidere, at der hos patienterne er en signifikant stor efterspørgsel på, at sundhedspersonalet er mere udadvendt og proaktive i forhold til inkontinens. Patienterne ønsker, at sundhedsprofessionelle skal spørge ind til om de oplever inkontinens, i stedet for at borgerne selv skal henvende sig med problemet. Det er min opfattelse, at inkontinens i høj grad er et tabubelagt emne hos de sundhedsprofessionelle. Indenfor forskning og udvikling er inkontinens et dybt nedprioriteret emne, da det i dag er langt mere ophøjet at forske indenfor eksempelvis ernæring eller tryksår. Derfor er inkontinensplejen et tabubelagt emne blandt sundhedspersonale, hvilket sætter sit præg ved mangel på god inkontinenspleje. Til sammenligning er det rutine, at sygeplejersker er opmærksomme på et område som obstipation hos patienterne, fordi vi ved hvilke følger tilstanden har. Men dette område nedprioriteres ikke. Derfor vækker det min undren, at emnet urininkontinens er nedprioriteret i plejen. Hvis vi aktivt spurgte ind til patienterne, som de selv ønsker det, om de oplever inkontinens, ville vi kunne hjælpe langt flere og nedbringe båd personlige og økonomiske omkostninger. Dette

underbygger, at selv om problemet er hyppigt forekommende, er det stadig tabu for mange.

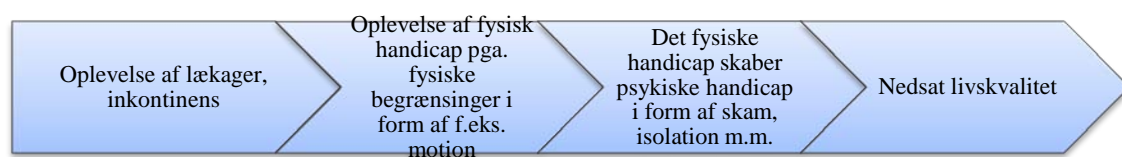
3.2.2 Patientoplevede konsekvenser for livskvaliteten

Gennem artiklerne som beskæftiger sig med patientperspektivet, tegner der sig et billede af den måde, som inkontinens påvirker patienternes livskvalitet. Særligt betyder inkontinensen at patienterne oplever konsekvenser for selvværdet, begrænsning af livsudfoldelsen og konsekvenser for sociale relationer (Hägglund 2007). Patienterne beskriver en oplevelse af, at identiteten og selvværdet ændrer sig med inkontinensen. I det hele taget, påvirkes dagligdagen af mange følelser og tanker. De følelser som er fundet gennem artiklerne, er efter egen illustration ud fra artiklerne, illustreret i figuren som kan ses i bilag 8. Mange inkontinente ældre føler sig mindre værd, mindre påskønnede og har også svært ved at holde af sig selv (Shaw 2000). Det kan forklares med at vi af tradition betragter affaldsprodukter som urin og afføring som noget meget urent, man helst bør håndtere privat. Det perfektionistiske samfund har den effekt, at der ikke er plads til afvigelser fra det, vi regner for normalt. Det er derfor ikke underligt, at inkontinens giver en negativ selvfølelse hos mennesker. Mange ældre opfatter inkontinens som en del af den naturlige aldringsproces, og tror man bare må acceptere at gå med ble, have stiklagen i sengen eller potte under sengen (Khera 2006). Men begrænsning i livsudfoldelsen indvirker særligt på de ældres livskvalitet. Nødvendigheden af at gå ofte på toilettet bevirker, at behovet for at være i nærheden af et toilet i høj grad styrer hverdagen og fordi det kræver megen bekymring og planlægning at tage ud socialt bliver øget isolation ofte det alternativ som er nemmest for patienterne (Ibid).

Hägglund finder i sit studie at mange af inkontinente bærer på en konstant rædsel for at lugte grimt, fordi det ikke er acceptabelt indenfor vores normer. De ældre borgere føler, at de er sære, at det er unormalt, og de har en "ingen-er-som-jeg-følelse". Som konsekvens heraf går det ud det sociale liv med familien fordi kroppen opleves som defekt. Hägglund finder også at de psykiske årsager til at folk ikke har søgt hjælp, er fordi de forsøger at kompensere for de problemer, som de har af et symptom. Patienterne kunne eksempelvis lindre effekten af symptomet inkontinens ved at gå på toilettet i forebyggende øjemed og foretage tilpasninger i hjemmet, så soveværelset

kommer tættere på toilettet (Hägglund 2007). Gennem patienternes udsagn fremgår det, at inkontinens er et usynligt handicap. Derfor har inkontinens stor indflydelse på menneskers livskvalitet. Det er forskelligt fra person til person, hvor stor indflydelse, det har på livskvaliteten. Der er nemlig ikke påvist nogen specifik sammenhæng mellem oplevelsen af livskvalitet, og hvor hyppigt, eller hvor meget urin man lækker (Ketabi 2007). Derfor er det vigtigt at vi i plejevurderingen, spørger ind til hvordan det enkelte menneske oplever livskvaliteten påvirket af inkontinensen.

Gennem studierne viser det sig, at der er en årsagskæde i forhold til påvirkning af patienternes livskvalitet (Ketabi 2007; Hägglund 2007). Jeg har ved egen illustration søgt at forklare den sammenhæng der er fra patienten oplever lækager, til den nedsatte livskvalitet. Årsagskæden må siges at bibringe ny viden, idet det særligt er det tredje trin omhandlende det psykiske handicap som påvirker livskvaliteten negativt. Patienterne oplever nemlig de psykiske følelser ved inkontinens som mest hæmmende for deres livskvalitet.



Figur 2 - Egen illustration af årsagskæden mellem inkontinens og livskvalitet

Til at forstå de psykiske følger som begrænser de ældres livskvalitet, må inkontinens sættes i et socialt perspektiv. Lise Widding er norsk sociolog og har forsket i inkontinens som et socialt og kulturelt fænomen. Hun konkluderer, at den mest udbredte frygt blandt ældre mennesker, er angst for at miste kontrol over kroppens udskillelser, og at denne frygt er knyttet til angst for at tabe ansigt og miste værdighed overfor omgivelserne og sig selv. Samtidig finder hun, at den som har mistet kontrollen over sine basale kropsfunktioner, meget let forledes til at tro, at han har mistet al status og værdighed som menneske. I den forbindelse, er det som sundhedsprofessionelle svært at overbevise patienten om, at det sociale liv fortsat er muligt, selvom der er brug for hjælp til at klare de basale kropsfunktioner (Widding 2001). Denne viden fortæller, at det ikke er nok at plejevurderinger handler om at måle og veje patientens symptomer i en udredning. Derimod er der behov for en langt større indsats overfor den patientoplevede

livskvalitet. For at nå ind til denne må der systematisk stilles spørgsmål til patienten om hvilke følelser de har i forhold til deres inkontinens og hvorvidt dette begrænser dem både socialt og i forhold til egen livskvalitet.

3.3 Patientorienteret sygepleje

Der er nu redegjort for hvad sygeplejersker mener der skal spørges til ved vurdering af inkontinens, og set på hvad patienterne efterspørger af sygepleje. Dette afsnit handler om, hvordan sygepleje- og patientperspektivet kan kombineres til fordel for begge parter med bedre kvalitet og evidens.

Shaw fandt i sine studier, at når sygeplejerskerne var informative, indlevende, venlige og med gode kommunikationsevner, lettede det patienternes følelser i forhold til flovhed og angst. Derimod fik patienterne større selvtillid og stolede mere på plejepersonalet. Samtidig blev plejen mere effektiv med større compliance fra patienternes side. Ud af Shaw's artikel får vi ikke et konkret redskab, men interventionen siger noget om at kompetent personale er vejen til at opnå en god relation til patienter med inkontinens. En patient omtaler en god sygeplejerske som *"She is the sort of person that, well she is ideal for that sort of thing, she is so friendly, so open and you can talk to her about anything"* (Shaw 2007, s. 576). En anden patient forklarer, at sygeplejerskerne havde en rigtig god atmosfære i mødet med patienterne. Fra Hägglunds studie ved vi at patienterne forventede sympati og hjælp, da de opfattede problemet som selvforskyldt. Dette underbygger, at inkontinens ikke bare er tabubelagt men også er en lidelse med lav social og kulturel status. Ketabi finder i sine interviews ud af, at når sygeplejersken spørger ind til UI, kan det for mange mennesker være første gang de skal tale om deres urininkontinens. Derfor kan det være svært for patienten at sætte ord på deres tanker og følelser og ofte føler de sig flove over problemet. Dermed må vi tage ved lære af, hvad vores rolle som sundhedsprofessionelle er, i plejen til inkontinente. Studierne viser, at patienterne i høj grad giver udtryk for, at de ville ønske at sundhedspersonalet var mere proaktive i forhold til at spørge ind til om borgeren oplever inkontinens (Ketabi 2007; Hägglund 2007; Shaw 2000). Endvidere viser det sig, at hvad sygeplejersker opfatter som livskvalitet, ikke er det patienterne oplever som livskvalitet. Der ses i artiklerne en tendens til, at fagpersoner kobler livskvaliteten sammen med særlige hændelser hos de ældre. Eksempelvis kan nævnes, at mange af

artiklerne beskæftiger sig med, hvorvidt patienten oplever inkontinens om natten, hvilket ses som en forringelse af livskvaliteten hos den ældre, når de enten skal på toilettet flere gange om natten, eller mærker lækager. Men patienterne selv giver udtryk for, at det mest influerende på livskvaliteten, er de psykiske følelser som kommer af den fysiske inkontinens. Her må konstateres at der i alle redskaberne er svagheder, idet de ikke spørger ind til om patienterne eksempelvis er flove eller om de føler sig socialt isolerede. Hvor fagprofessionelle som sygeplejersker og læger ofte ser livskvalitet som et samlet begreb, er der en tendens til at patienterne deler fænomenet op i to. I teorien deles livskvalitet i ydre, objektiv livskvalitet som handler om alt det sociale og vilkår for livskvalitet, og indre, subjektiv oplevelse af livsmening og livsglæde (Egidus 2001). Det som teorien ikke tilføjer, er, hvordan patienterne oplever en direkte sammenhæng mellem de 2 typer. Når de adspørges om oplevet livskvalitet, viser det sig at der både er fysiske faktorer som f.eks. lugtgener men også psykosociale faktorer som følelsen af skam i samvær med andre pga. UI. Især den psykosociale livskvalitet er påvirket, fordi det hæmmer mange patienter i samværet med andre.

Haab, O'Connel, Ostaszkievitz, Schnelle, Ketabi, Shaw er alle enige om, at udredningen er fundamental for plejevurderingen. Derfor er det vigtigt denne foretages grundigt. Udredningen bør indeholde anamnese, væske/vandladningsskema, blevejningstest, urinundersøgelse, fysisk undersøgelse og indlede samarbejde med praktiserende læge (Jaquet 2008). Derefter deler studierne sig, hvoraf nogle mener patientperspektivet og livskvaliteten er en basal del af udredningen, mens studierne af Ostaszkievitz og Constance stort set ikke trækker patientperspektivet ind.

Sygeplejersker ser traditionelt mennesket som et socialt væsen. Dette ses gennem betydningen af netværk i sygeplejen, eller i sygeplejerskens beskæftigelse med relationer. Når vi som sygeplejersker oplever at patienterne bliver "socialt handicappede" pga. et problem som inkontinens, er det vores opgave at hjælpe patienten til at få et så normalt liv som muligt. Målet for disse patienter er at opnå tryghed og normalitet. Når ikke vi indtænker patientens præferencer, udfører vi for det første, ifølge evidensstrekanten, ikke evidensbaserede sygepleje (Se bilag 7), den kliniske beslutningstagning bliver forringet når vi overser patientens præferencer og vi udfører ikke vores arbejde med 'Omhu og samvittighedsfuldhed', eller 'bevarer patientens

integritet og værdighed' som det står beskrevet i de sygeplejeetiske retningslinjer. Vi er nød til at se patienten som det sociale væsen, som har behov for netværk og social aktivitet og derfor er det vores ansvar at få lagt en plan for inkontinensplejen med patienten i centrum, således at borgeren så vidt muligt kan leve det liv han eller hun ønsker.

3.3.1 'Minimal Care' som patientorienteret sygepleje

For at fremhæve en af de plejehjælpemidler som har været en succes, vil jeg gerne trække Sanders artikel frem. Gennem interventionen opnåede man, at 44 % af patienterne følte sig helbredte eller i forbedret tilstand og at patienternes livskvalitet forbedredes signifikant. Spørgsmålet er, hvad det er ved denne intervention som skaber så gode resultater. Interventionen bygger på minimal care princippet og defineres af Sander som:

"To uncover incontinent persons problems, size and how it impacts on quality of life and person's abilities. This inquiry is based on an appropriate minimal and largely non invasive methods"(Sander 2000 s.9)

Med denne metode menes, at behandlingen foretages på konservativ vis, med forsøg på at udbedre de punkter hvor inkontinensen særligt hæmmer borgeren i hverdagen. Det består af løsninger som undervisning i forhold til drikkeskemaer, identificering af behov for bleprodukter m.m. I Minimal Care tankegangen ligger også, at inkontinente skal bruge så lille et bleprodukt som muligt, men dog så stort som nødvendigt (Sander 2001). Bleen skal være en foranstaltning til at give brugeren sikkerhed, værdighed og bevægelsesfrihed. I det henseende er der behov for en holdningsændring overfor disse produkter, fordi vi giver alt for mange borgere en ble på uden egentlig at kende deres behov når ikke de er udredt eller der er foretaget en plejemæssig vurdering (Scheel 2009). Vi må indse, at inkontinensprodukter er hjælpemidler, og ikke nødvendigvis løsningen på problemerne. Når borgerne får tilfældige produkter på, koster det dyrt i ressourcer for samfundet. Erfaring viser, at de mennesker som modtager den optimale udredning og behandling fra starten, ikke bliver ved med at være tidskrævende (Ketabi 2007; Sander 2000), hvorimod de mennesker, der blot får tilbudt en symptombehandling i form af en tilfældig ble, bliver ved med at få problemer og være

ressourcekrævende i sundhedsvæsenet. Derfor må vi fremover se hvad den slags helhedsløsninger kan udrette.

3.4 Opsummering af uoverensstemmelser

Et behov kan være udtryk for en forskel mellem en aktuel og en ønsket tilstand. Der tegner sig et billede af, at redskaberne til vurderingen af patienternes behov i forhold til inkontinenspleje, ikke ser de samme præferencer som patienterne ønsker. Det tyder på at sygeplejersker får uddelegeret mange af lægens udredende funktioner og sygeplejen handler mest om eksempelvis hudstatus og væskeskemaer. Sygeplejefaglige handlinger som at minimere patientens inkontinenssymptomer, er sparsomt belyst fra sygeplejersperspektivet. Det er som om sygeplejersker i praksis nedprioriterer det at minimere, men i stedet⁷ finder nødløsninger i form af bleprodukter og udredninger.

Patienterne derimod efterspørger et sundhedspersonale som er proaktivt overfor patienterne og spørger ind til forekomsten af UI. Dette ville hjælpe patienter som har svært ved at italesætte deres behov, fordi de ofte er fyldt med følelser af skam og flovhed over det tabulagte emne, som inkontinens fortsat er for mange mennesker.

Hvor livskvalitet for sygeplejerskerne i artiklerne optræder som et samlet begreb, som ikke inddrages særligt indgående i vurderingsredskaberne, er begrebet livskvalitet for patienterne opdelt i to fænomener. Det ene er den fysiske livskvalitet som er forbundet med inkontinensen, i form af lugtgener m.m. Det andet del er den psykiske livskvalitet (Ketabi 2007). De to typer hænger for patienterne sammen i en årsagskæde hvor den psykiske livskvalitet er betinget af de fysiske faktorer. Disse følelser, gør dem socialt handicappede, og det bliver ikke belyst gennem de eksisterende sygeplejefaglige redskaber som er gennemgået i studiet her. Når det kommer til at afdække patienters plejebestanden, er redskaberne ikke tilstrækkelige til at kunne overføres til en klinisk retningslinje. Redskaberne er ikke afdækkende nok, fordi plejepersonalet ikke får spurgt ind til det som for patienterne er kernebehovet, nemlig deres livskvalitet. Der mangler en systematik, og hele patientpræferencedelen angående patientoplevelset livskvalitet må uddybes, hvilket er et kvalitetskrav for at få godkendt en klinisk retningslinje i Center for Kliniske Retningslinjer.

4.0 Diskussion

Gennem analysen anbefales, at en fremtidig klinisk retningslinje til vurdering af sygepleje til ældre inkontinente borgere i store træk bør indeholde følgende elementer, som er fremkommet under analysen: Fysisk udredning, fordi dette er essentielt for at kunne levere en tilpasset og relevant sygepleje til den enkelte patient. Plan for praktisk sygepleje såsom hjælp til toiletbesøg m.m. fordi en plejevurdering bør indeholde vurdering af mental og kognitiv status, meget gerne med udgangspunkt i den validerede Barthelscore. Beskrivelse af patientens oplevelse af livskvalitet, fordi her ligger alle patientens præferencer og ønsker og det er ikke evidensbaseret sygepleje når dette mangler, derfor bør fremtidige vurderingsredskaber inddrage og spørge ind til det enkelte menneskes livskvalitet. Sidst skal redskabet indeholde en plan for hvordan denne kan bedres med udgangspunkt i patientens ønsker. I vurderingen af plejen er det essentielt, at der lægges en plan for at skabe kontinuitet og kvalitet i plejen og for at kunne se om der sker forbedringer. Endelig skal den kliniske retningslinje klart definere, hvilke kompetenceområder som læger skal tage sig af og hvad sygeplejefaglig udredning består af, under alle omstændigheder bør udredningen ske i samarbejde med en læge.

Et emne som endnu ikke har været bragt på banen, er faktoren ressourcer. Der er i teorien forskellige holdninger til, hvorvidt en klinisk retningslinje bør tage hensyn til ressourcer, eller om en klinisk retningslinje bør forholde sig til hvad der vil gavne patienterne mest, uden betragtning af de ressourcemæssige omkostninger det måtte have (Hørדם 2008). Evidenstrekanten beskriver med sine 3 grundkomponenter klinisk erfaring, evidensbaseret sygepleje og patientpræferencer (Se bilag 7). Denne model lægger op til at sygeplejersken skal integrere den bedst tilgængelige viden, som fremgår af den kliniske vejledning, med den individuelle patients præferencer. Willman tilføjer faktoren ressourcer, som er til diskussion hvorvidt denne bør tages i betragtning eller ej. Personligt forekommer det uvirkeligt at yde sygepleje uden ressourcemæssige overvejelser, fordi det giver et falsk billede af virkeligheden. Det danske sundhedssystem ligger i et felt hvor økonomi debatteres både fagligt og politisk på højt niveau både i form af behandlinger og plejeomkostninger. Aldrig før, har økonomien i det offentlige sundhedsvæsen været så udfordret pga. besparelser og nedskæringer og derfor står vi overfor en kæmpe udfordring når det kommer til at sikre kvaliteten af

sygeplejen, som er skrøbelig i mangel på hænder og tid til at yde sygepleje. Kliniske retningslinjer kommer i et dilemma, fordi ressourcerne begrænser den sygepleje og normering som vi kan tilbyde patienterne. Plejehjemsinterventionen hos Schnelle bestående af inkontinenspleje og træningsprogrammer viste signifikant forbedring af funktionsniveau og kontinensniveau for de fleste beboere, og de fleste deltagere, udtrykte en præference for en sådan behandling. En begrænsning i denne pleje er fundamentale ændringer i bemanningen af de fleste plejehjem som vil være nødvendigt for at indføre sådanne kliniske tiltag til praksis (Schnelle 2002). Også i Ostaszkievicz review fandt man at forsøget begrænsede sig pga. de store ressourcer det kræver i normeringen af plejepersonale, trods de gode resultater af plejehjemsinterventionen. Derved kan der stilles spørgsmålstegn ved, om det er ualmindelig dyrt at udføre god inkontinenspleje? Der er forskning som modsat viser, at inkontinenspleje kan gøres både mere effektivt og med højere kvalitet (Scheel 2009). Derfor må man stærkt overveje hvilke elementer en klinisk retningslinje bør bestå af.

4.1 Metodediskussion

Den systematiske litteraturgennemgang i dette speciale indeholder forskellige forhold vedrørende stringens og validitet, som det er vigtigt at være opmærksom på. En systematisk litteraturgennemgang er en videnskabelig metode (Forsberg 2003), hvorfor den i lighed med andre metoder har en række begrænsninger og forbehold. For at kunne fortolke, diskutere og generalisere resultaterne fra de inkluderede studier er det således nødvendigt, at disse begrænsninger og forbehold bliver tydeliggjort. På baggrund heraf diskuteres den valgte metode, herunder søgestrategi, inklusions- og eksklusionskriterier samt analysemetode af de inkluderede studier i det følgende.

Formålet med dette speciale har været, at foretage et systematisk litteraturstudie, med henblik på senere udarbejdelse af en evidensbaseret klinisk retningslinje, til vurdering af sygepleje til ældre inkontinente borgere. Det er i den forbindelse nærliggende efterfølgende at stille spørgsmål ved, om alle relevante studier er blevet identificeret? Det fokuserede spørgsmål, som er grundstenen i det systematiske litteraturstudie, og som danner baggrund for litteratursøgningen, udvælgelse af abstracts, den kritiske læsning af studierne og vurdering af evidensens kvalitet, skal også bruges til at kontrollere, om alle relevante studier er blevet identificeret. Svaret er delvist ja, da der

er foretaget en grundig systematisk litteratursøgning i relevante databaser ud fra veldefinerede søgeord, og der samtidig er foretaget håndsøgning i referencelisterne. Til trods for denne grundige søgestrategi kan det ikke udelukkes, at enkelte relevante studier ikke er blevet identificeret, idet bøger og kapitler i bøger grundet manglende indeksering, ikke let lader sig identificere. Endvidere er tendenserne i de identificerede studier så entydige, at hvis det skulle være tilfældet, at eventuelt relevant litteratur er blevet udeladt, synes dette ikke at kunne ændre ved de samlede konklusioner. I den forbindelse antages det dog, at der kun vil være tale om enkelte studier inden for hvert område, der ikke er blevet identificeret. Et kritikpunkt mod det systematiske litteraturstudie kunne således være, at der udelukkende er inkluderet publicerede studier, hvilket kan være en kilde til publikationsbias. Det er ofte lettere at få publiceret studier, der viser effekt af en given intervention frem for studier, hvor der ikke er effekt af en given intervention. Nærværende systematiske litteraturstudie kan derfor kritiseres for at overvurdere effekten. For at undgå de nævnte muligheder for publikationsbias kunne der med fordel have været taget kontakt til de enkelte forfattere i de inkluderede studier samt være søgt efter upublicerede studier og grå litteratur.

Et andet punkt som er vigtigt at diskutere er inddragelsen af kvalitative studier. Disse er med tiden begyndt at blive inddraget i systematiske litteraturstudier, men der er dog en række metodiske problemer forbundet hermed. Dels er det vanskeligt at gennemføre en struktureret litteratursøgning, da der ikke findes nogen Cochrane-biblioteker eller andre registre for kvalitativ forskning. Derfor kan der altså ikke på nuværende tidspunkt dokumenteres for, at søgning efter kvalitative studier har været systematisk og udtømmende.

I specialet er det således forsøgt at løse de fleste metodiske problemer, der kan opstå i forbindelse med udarbejdelse af et systematisk litteraturstudie, mens de der ikke er løst, er ekspliciteret, hvorfor der kan og bør fæstnes lid til de fremkomne resultater. De nævnte metodiske problemer ændrer derfor ikke ved, at metoden er velegnet til en forståelse af eksisterende vurderingsredskaber og patientpræferencer indenfor vurdering af pleje til ældre med UI.

4.2 Resultatdiskussion

De udvalgte studier har været af meget forskellig kvalitet. Nogle af de kvalitative studier mangler eller beskriver sparsomt deres egen bias og compliance. De udvalgte studier er til gengæld alle velformulerede i deres opbygning af studiet og redegør alle for introduktion/kontekst, formål, metode, resultater og diskussion, afsnit som forventes redegjort for i videnskabelige studier. Dette er en styrke i forhold til deres evidens og reliabilitet (Andersen 2005).

I vurderingen af de kvalitative studier, anvendte jeg redskabet VAKS. Ved gennemgangen har der været en tendens til, at anskuelsen til disse studier blev bedre, end studierne vurderet med check-lister fra kliniske retningslinjer. Det kan skyldes, at de kvalitative studier er af god kvalitet, da de i høj grad lever op til kravene fra VAKS. Det kan også skyldes, at der er en tendens til, at de spørgsmål som stilles til artiklerne ved anvendelsen af check-lister er mere konkrete, f.eks. spørgsmålet om der er taget forbehold for bias, på dette spørgsmål må mange af studierne nedgraderes pga. manglende uddybelse af dette område. Det forekommer mangelfuldt i VAKS, der bør være noget mere konkret at slå ned på i studierne, som gør det nemmere at gennemskue og skille de mindre gode studier fra. Det kan være en svaghed i studiet her, at de kvalitative studier fremstår så positive evidensmæssigt, i forhold til de kvantitative studier. Det er ikke nødvendigvis en sandfærdig fremstilling, og det er konsekvenserne af redskabet VAKS og formentlig årsagen til det endnu ikke er valideret.

Metoden har været anvendelig til at besvare min problemformulering, da jeg ønskede viden om eksisterende redskaber og patientpræferencer. Opgaven begrænser sig dog grundet metoden til de inkluderede artikler som har været et begrænset antal grundet manglende forskning på feltet. Mange af artiklerne bygger på undersøgelser med kvinder og kun få drejer sig om både mænd og kvinder. Jeg har tilladt mig ikke at skelne mellem kønnene i specialet her, men der vil sikkert fremkomme andre holdninger til det at leve med UI hvis man spurgte mænd bredere.

Usikkerhedsmomenter kan forekomme i analysen, da den tematiske analyse er subjektivt foretaget i forhold til emneoversigten og de fremtrædende tværgående emner. (Bjerrum 2005). Desværre kan der ikke ændres på, at de studier, der skal danne grundlaget for evidensen, ikke er af bedre kvalitet, og derfor må den eksisterende

evidens danne præcedens og accepteres som værende anvendelig, indtil anden forskning foreligger. Der bør derfor gennemføres yderligere studier for tydeliggørelse af de klinisk relevante sammenhænge mellem patienternes ønsker til inkontinenspleje og sygeplejefaglige vurderingsredskaber.

5.0 Resultat

Det har været hensigten med nærværende studie, at se på redskaber som eventuelt kan anvendes til en fremtidig klinisk retningslinje. Det gennemgående mest omfattende og validerede redskab er O'Connells 4 redskaber til vurdering af sygepleje til inkontinente plejehjemsbeboere. Et andet valideret og anvendeligt redskab, er det korte redskab fra Haab som kommer godt omkring sygeplejefaglige problemstillinger angående inkontinens. Redskaberne er dog mangelfulde når det drejer sig om at vurdere patientens livskvalitet, som har været den anden del af problemet som ønskedes undersøgt. Haab undersøger livskvaliteten ved forenklede spørgsmål med begrænsede svarmuligheder, hvilket må siges at være mangelfuldt i forhold til det som patienterne ønsker. Der findes mere omfattende redskaber til at vurdere livskvalitet hos inkontinente borgere, her kan nævnes SF-36 som er gyldigt og anvendeligt redskab som anvendes af Sander. Det begrænser sig dog ved kun at indeholde lukkede spørgsmål, hvorfor vi ikke kan få vished for om vi får det fyldestgørende med i forhold til den enkelte patient.

5.1 Intern validitet

Den interne validitet bygger på forekomsten af bias i de inkluderede studier. På baggrund af den kvalitetsgennemgang som de inkluderede studier har gennemgået, må det siges, at der forekommer bias i de inkluderede studier, men at disse ikke menes at have haft indflydelse på resultaterne, hvorfor studierne er inkluderede. Af de ekskluderede studier fremgår det, at studier med dårlig kvalitet er søgt fravalgt. Derfor er det forsøgt at opnå høj intern validitet, men denne kunne have været højere hvis der kunne inkluderes flere studier som bekræfter resultatet, eksempelvis større randomiserede kontrollerede studier.

5.2 Ekstern validitet

I forhold til ekstern validitet, må man se på hvorvidt materialet er generaliserbart til andre patienter eller situationer. Materialet her har været rettet mod den ældre del af befolkningen, da forekomst og risiko er størst i aldersgruppen +65 år. Som det

indledningsvis er beskrevet, er der flere grupper af mennesker som oplever UI, f.eks. yngre kvinder efter graviditet og handicappede. Hos denne befolkningsgruppe, vil tiltag og behandling ofte være en anden, da disse har andre potentielle behandlingsmuligheder i kraft af bedre almentilstand end de fleste ældre, hvor behandlingen foretrækkes som konservativ. Den eksterne validitet i forhold til patientperspektivet, må derimod antages at være relativt høj, da man kan forestille sig at de ældres oplevelser og følelser i forhold til påvirkning af livskvalitet, psykisk og socialt også må forekomme hos yngre både mænd og kvinder med inkontinens.

6.0 Konklusion

Indledningsvis blev det problematiseret, at forekomsten af inkontinens i Danmark hos især den ældre befolkning stor. De kommende år bliver der demografisk flere ældre, derfor står sygeplejen overfor en udfordring i plejen af inkontinente borgere, da denne pleje er dyr samt tids- og ressourcekrævende. For at den urininkontinente kan opnå frihed og lindring til at leve med symptomerne, kræves en målrettet og ensartet indsats fra det sundhedsfaglige personale. Dette kan gøres ved anvendelse af kliniske retningslinjer i praksis. Formålet med dette speciale var derfor, at afdække hvilke evidensbaserede redskaber der findes i forskningen for, at komme med anbefalinger til hvordan sygeplejersken kan vurdere behov for sygepleje til urininkontinente. Sådanne anbefalinger mangler, fordi der ikke findes en evidensbaseret national klinisk retningslinje for sygeplejersker til pleje af urininkontinens. Jeg stillede i problemformuleringen spørgsmålet: *Hvilke evidensbaserede spørgeguides/forslag til spørgeguides, til pleje af inkontinens hos ældre borgere, kan udledes ud fra et sygeplejefagligt- og patientperspektiv?*

Til besvarelse af problemformuleringen blev anvendt metoden systematisk litteraturstudie. Spørgsmålet deltes op i 2 søgninger rettet mod henholdsvis patient- og sygeplejersperspektivet. Analysen blev foretaget som foreskrevet af Forsberg omhandlende systematiske litteraturstudier, herunder en tematisering af fremtrædende emner med inddragelse af POMI-modellen om klinisk beslutningstagning. Jeg inkluderede i alt 8 studier som relaterede sig til sygeplejersperspektivet. Gennem analyse og diskussion fandt at der findes validerede redskaber og forskning i form af redskaber til anvendelse af vurdering af sygepleje til ældre inkontinente. De sygeplejefaglige

redskaber lægger generelt stor vægt på den udredningsmæssige del. Endvidere handler meget af den plejemæssige del om at tælle, måle og veje som eksempelvis bletests og udredning af mental status samt basale behov som sygepleje i forbindelse med hudstatus.

Til at belyse patientperspektivet inkluderes 4 artikler hovedsageligt med kvalitative studier. Ud fra studierne kom patientudtrykte præferencer i forhold til hvilken sygepleje de ønsker i relation til deres inkontinens. Patienterne giver udtryk for, at deres livskvalitet i høj grad påvirkes af deres inkontinens. Følelser som flovhed og skamfølelse optræder hos mange og fører til et socialt handicap. Specielt deler patienterne livskvalitet op i fysisk og psykisk livskvalitet, hvoraf den psykiske livskvalitet er den mest påvirkede.

Det konkluderes, at forholdet mellem den sygepleje som ligger i vurderingsredskaberne til plejen af inkontinente og den pleje som patienterne giver udtryk for at have behov for, stemmer ikke overens. Plejepersonalet får ikke spurgt ind til det som for patienterne er kernebehovet, nemlig deres livskvalitet. Hvis man tilføjede vurdering af patienternes livskvalitet til redskaberne i en klinisk retningslinje, ville vi med systematik kunne yde en bedre pleje med patienten i centrum. Redskaber som kan anbefales er O'Connells validerede redskaber om plejevurdering til ældre inkontinente plejehjemsbeboere, samt det SF-37 omhandlende patientoplevelt livskvalitet. Ingen af disse kan dog stå alene til en plejevurdering men kan evt. supplere hinanden i en fremtidig klinisk retningslinje.

7.0 Perspektivering

Specialet her bevæger sig i et felt indenfor kvalitativ og kvantitativ forskning om inkontinens, som er meget efterspurgt (Jaquet 2005). På grund af de manglende redskaber til at vurdere kvalitative artiklers kvalitet, har megen tidligere forskning begrænset sig til kvantitativ forskning. Begrænsningen består i manglende muligheder for at få viden om, hvorfor patienter med UI takler deres situation, som de gør. Hvordan forskellige reaktioner, f.eks. flovhed, skamfølelse m.m., påvirker den måde, patienter med UI lever med deres tilstand på. Der er fortsat behov for forskning som i højere grad beskæftiger sig med disse forhold og med, hvilke muligheder der er for at ændre på fordomme og tabuer.

Det har længe været en påstand at inkontinens er et tabubelagt område. Denne påstand kan gennem nærværende speciale bekræftes, og fundene tyder på at det fortsat er et ømtåleligt område for både patienter og plejepersonale. Endvidere er inkontinens fagligt et nedprioriteret område blandt sundhedsprofessionelle, sandsynligvis fordi det ikke er et særlig ophøjet emne. Det er på tide at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle bryder tavsheden på dette område og italesætter problemerne både fagligt og overfor befolkningen, således at vi i fremtiden kan arbejde med at inkontinente kan få den rette pleje. Til den fremtidige udvikling indenfor inkontinens kan anbefales, at det undersøges hvordan vi som sygeplejersker, kan være med til at forbedre patienternes udsatte livskvalitet i forbindelse med inkontinens, gerne vha. brugerundersøgelser. Yderligere foreslår jeg, at der ud fra grundelementerne i dette studie arbejdes på en klinisk retningslinje til vurdering af pleje til ældre inkontinente.

8.0 Referencer

Abrams, P. et al. 2002, *The standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function*. Neurology and Urodynamics, vol. 21, s.167-178.

AGREE Collaboration, The. 2001, *Vurdering af kliniske vejledninger – AGREE instrumentet*.

Andersen, I.B. et al. 2005, *Evidensbaseret medicin. Kap. 4 - At skelne skidt fra kanel-kritisk udvælgelse og læsning af evidens*. København, Gads Forlag; s. 51-72.

Amstrup, K. et al. 2004, *Geriatrici – En tværfaglig udfordring*. Munksgaard Danmark, København. Kap. 9, *Urininkontinens og andre vandladningsproblemer*.

Bjerrum, M. 2005, *Fra problem til færdig opgave*, København, Akademisk forlag.

Bondevik, M. et al. 2007, *Tværfaglig geriatric – en indføring*. Gads Forlag. Kapitel 18 – *Urininkontinens*.

Cluzeau, F. et al. 1999, *Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines*. International Journal for Quality in Health Care, vol. 11 s. 21-28.

Constance, H. F. 2006, *Computerized Condition-specific Templates For Improving Care of Geriatric Syndromes in a Primary Care Setting*, Journal of general internal medicine, vol. 21, s. 989-994

Dehlholm-Lambertsen, B. et al. 1999, *Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning. Forskningsenheden for almen medicin*. Århus.

Dingwall, L. et al. 2006, *Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: an exploratory study*. Journal of Clinical Nursing. Vol.15, s. 1276-1286.

Diokno, A.C. 1995, *Epidemiology and psychological aspects of incontinence*. Urologic clinics of North America, 22(3): s. 481-485.

DSAM. (Dansk Selskab for Almen Medicin) 2009, *Klinisk vejledning for almen praksis - Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder.*

DSR, 2004, *De Sygeplejeetiske retningslinjer*, Sygeplejeetisk råd.

Egidius, H. 2001, *Nyt Psykologisk leksikon*, København: Hans Reitzels Forlag.

Field, M.J. et al. 1992, *A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. Guidelines for clinical practice. From development to use.* Washington D.C. National Academy Press.

Forsberg, C. et al. 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier. värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Natur och Kultur.

Greenhalgh, T. 2006, *How to read a paper – The basics of evidence-based medicine.* BMJ, Blackwell Publishing.

Haab, F. et al. 2008, *Comprehensive Evaluation of Bladder and Urethral Dysfunction Symptoms: Development and psychometric Validation of the Urinary Symptom Profile (USP) Questionnaire.* Urology, Vol.71(4), side 646-56.

Hannestad, Y.S. et al. 2000, *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPICONT Study.* Journal of Clinical Epidemiology, s.1150-7.

Hansen, F. R. et al. 2002, *Geriatry*, Munksgaard Danmark, København. Kap. 10, *Urininkontinens.*

Hansen, M. et al. 2002, *Sygepleje I primær sundhedssektor*, Munksgaard Danmark, København. Kapitel 9 – *Sygepleje til mennesker med urininkontinens.*

Hägglund, D. et al. 2007, *Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long term urinary incontinence*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol.21, s. 305-312.

Henderson, V. 2008, *Sygeplejens grundlæggende principper*, Dansk Sygeplejeråd.

Hjorth, B. 2003, *Den inkontinente patient*, Sygeplejersken, vol. 29, s.4-12.

Hunskaar, S. et al. 2003, *Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women*, Urology 62:4:1, s. 16-23.

Hørdam, B. et al. 2008, *Klinisk sygeplejeforskning – udvikling og implementering*, Gads forlag.

Jackson, S. et al. 1995, *The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing*. British journal of urology, 77;805-12.

Jaquet, A. 2005, *Urin-inkontinens – Et sygeplejefagligt perspektiv*, København K, Akademisk forlag.

Johnson, T. M. 1998, *The association of urinary incontinence with poor self-rated health*. Journal of the American Geriatrics Society, 46(6):693-9.

Ketabi, Z. et al. 2007, *Selvrapporteret livskvalitet hos patienter med urininkontinens henvist til gynækologisk afdeling*, Ugeskrift for læger, 169/11.

Khera, A. et al. 2006, *Patient-Oriented Outcome Tool (POOT): providing guidance for the management of incontinence – a pilot study*, Australian and New Zealand Continence Journal, vol. 12:2.

Kontinensforeningen, *Folkesygdommen man ikke taler om* (Pjece).

Lliffe, S. et al. 2004, *The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice*, British Journal of General Practice, vol. 54, s. 94-918.

Lose, G. et al. 2001, *Kan den økonomiske og faglige ressourceanvendelse ved udredning og behandling af urininkontinens optimeres?*, Ugeskrift for Læger vol. 153(38):5172.

Maribo, T. et al. 2006, *Barthel indeks til vurdering af funktionsevne – Dansk konsensus om brug*, Ugeskrift for læger 168/34.

Martinsen, K. 2006, *Samtalen, skønnet og evidensen*. København K, Gads Forlag.

- Mittness, L. 1987, *The management of urinary incontinence by community-living elderly*. Gerontologist. 27(2):185-93.
- Morse, J.M. et al. 2001, *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks: Sage Publikations. Chapter 5 - *The status of qualitative research as evidence*. S. 5-27.
- Møller, K. 2007, *Social- og Sundhedshjælper 1 + 2*, Munksgaard Danmark.
- Møller, L. A. et al. 2000, *Incidence and remission rates of lower urinary tract symptoms at one year in women aged 40-60: longitudinal study*. *BMJ*; 320:1429-32.
- Møller, L. A. et al. 2004, *The handling of urinary incontinence in Danish general practices after distribution of guidelines and voiding diary reimbursement: an observational study*, *BMC Family Practice*, vol. 5 s.13.
- Nørgaard, J. R. 2001, *Medicinske fagudtryk – En klinisk ordbog med kommentarer*, København, Nyt nordisk forlag.
- O’Connel, B. et al. 2006, *Development of screening and assessment tools for continence management in residential aged care*, The department of Health and Ageing.
- Ostaszkiwicz, J. et al. 2010, *Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults (Review)*, The Cochrane Collaboration, Issue 1.
- Pedersen, K. M. 2008, *Inkontinens: De samfundsmæssige og patientrelaterede perspektiver*. Tværfagligt symposium. Skejby Sygehus. 31. januar
http://www.suturprojekt.dk/kurser/symp2008/presentationer/kjeld_m_pedersen.PDF
- Pedersen, S. et al. 2004, *Sygeplejebogen 1 – Grundlæggende sygepleje*, København, Gads forlag. Kap. 16 - *Vandladning*, Kap. 24 – *sygeplejens tre dimensioner*.
- Pedersen, P. U. et al. 2008, *Overvejelser før udarbejdelse af en kliniske retningslinje*, Center for Kliniske Retningslinjer, Nyhedsbrev december 2008.
- Polit, D.F. et al. 2006, *Essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization*. Sixth ed. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins; chapter 7 – *Finding and Reviewing Studies in the Literature*, chapter 12 – *Examining Sampling Plans*, Chapter 17 - *Critiquing Research Reports*.

Sackett, D. L. et al. 1996, *Evidence based medicine: What it is and what it isn't - It's about integrating individual clinical expertise ant the best external evidence*. BMJ, 312, s. 71-72.

Sander, P. et al. 2000, *Evaluation of a simple, Non-surgical Concept for Management of Urinary Incontinence (Minimal Care) in an Open-Access, interdisciplinary Incontinence Clinic*. Neurourology and Urodynamics, vol.19, s. 9-17.

Scheel, L. S. et al. 2009, *Undersøgelse af inkontinensprodukter og services på ældreområdet i Københavns kommune – En undersøgelse på fire plejecentre*.

Scheel, M.E. 2000, *Interaktionel sygeplejepraksis. Vidensgrundlag – Etik og sygepleje*. København, Munksgaard.

Schnelle, F. J. et al. 2002, *Translating Clinical Research into Practice: A Randomized Controlled Trial of Exercise and Incontinence Care with Nursing Home Residents*, Journal of the American Geriatrics Society, vol. 50, s.1476-1483.

Shaw, C. et al. 2000, *Patients' views of a nurse-led continence service*, Journal of Clinical Nursing, vol. 9, s.574-584.

Sundhedsstyrelsen. 2001, *Inkontinensbehandling i Danmark. En statusbeskrivelse over ambulant behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse*. København, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.

Uebersax, J. S. et al. 1995, *Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory*. Continence Program for Women Research Group. Neurourology and urodynamics; vol.14: s.131-139.

Vallgård, S. et al. 2008, *Forskningsmetoder I folkesundhedsvidenskab, København, Munksgaard Danmark, 3. udgave*.

Widding, I.L. 2001, *Om angsten for de andres afsky. Inkontinens som et socialt og kulturelt fænomen*.

I bogen *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshed i det moderne* af Wyller, T. Bergen, Fagbokforlaget s. 213-42.

Williams, K. S. et al. 2001, *Patient goal setting in continence care: a useful assessment tool?*, *Clinical Effectiveness in Nursing*, vol. 5, s. 10-17.

Willman, A. et al. 2007, *Evidensbaseret sygepleje- En bro mellem forskning og klinisk virksomhed*. København, Gads Forlag.

Winder, Ann. 2001, *Devising an effective general nursing continence assessment tool*, *British Journal of Nursing*, vol. 10; 14.

8.1 Websites

Bibliotek.dk – <http://www.bibliotek.dk>

Center for kliniske retningslinjer - <http://www.kliniskeretningslinjer.dk>

Check-liste til casecontrolundersøgelser, Noter til check-liste til casekontrolundersøgelser

Check-liste til kohorteundersøgelser, Noter til check-liste til kohorteundersøgelser

Check-liste til klinisk kontrolleret forsøg (RCT), Noter til check-liste til klinisk kontrolleret forsøg (RCT)

Check-liste til systematisk oversigtsartikel, Noter til check-liste til systematisk oversigtsartikel

Cinahl - <http://www.ebscohost.com/cinahl>

Dansk Sygepleje Selskab - <http://www.dasys.dk>

VAKS redskabet - <http://www.dasys.dk/text.php?id=7>

Pubmed - <http://pubmed.gov>

The Cochrane Library – <http://www.cochrane.org>

University of Toronto <http://www.jointcentreforbioethics.ca/people/upshur.shtml>

9.0 Bilagsliste

Bilag 1 - Systematisk litteratursøgning på sygeplejersperspektivet	66
Bilag 2 - Systematisk litteratursøgning på patientperspektivet	67
Bilag 3 – Oversigt over ekskluderede studier.....	68
Bilag 4 - Studier bedømt med Check-lister fra Center for kliniske retningslinjer	70
Check-liste 1: Systematiske oversigtsartikler/reviews	70
Check-liste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser.....	74
Check-liste 3: Kohorteundersøgelse	77
Check-liste 4: Casecontrolundersøgelser.....	79
Bilag 5 - Studier bedømt med VAKS	83
Bilag 6 - POMI-modellen	86
Bilag 7 – Egen illustration af evidensstrekanten.....	87
Bilag 8 - Patientudtrykte problemer	88

Bilag 1 – Systematisk litteratursøgning på sygeplejersperspektivet

Database	Søgeord	limits	hits
Cinahl	incontinence		8248
	incontinence	Cinahl Headings	954
	incontinence AND guideline adherence	Cinahl Headings, engelsksprogede, abstracts	3747
	Incontinence AND guideline	Engelsksprogede, abstracts, +65år	10
	Incontinence AND assessment	Engelsksprogede, abstracts, +65år	574
	Incontinence AND assessment tool	Engelsksprogede, abstracts, +65år	11
	Incontinence AND assessment AND nurse	Engelsksprogede, abstracts, +65år	56
	Incontinence AND evidence AND assessment	Engelsksprogede, abstracts, +65år	44
	Incontinence AND tool	Engelsksprogede, abstracts, +65år	39
Pubmed	“Urinary incontinence” [Mesh]	MeSH	21694
	“Urinary Incontinence” [Mesh]	MeSH, engelsksprogede, abstracts, +65år	5331
	"Needs Assessment"[Mesh] AND "Urinary Incontinence"[Mesh]		34
	"Guideline adherence"[MeSH Terms] AND Incontinence	Engelsksprogede, abstracts, +65år	15
	Incontinence AND assessment tool	Engelsksprogede, abstracts, +65år	74
	"Urinary incontinence"[MeSH Terms]	Practice Guideline[ptyp], Engelsksprogede, abstracts, +65år	6
	urinary incontinence AND nursing	Engelsksprogede, abstracts, +65år	787
	urinary incontinence AND nursing AND assessment	Engelsksprogede, abstracts, +65år	335
Cochrane Library	"incontinence and assessment tool"		2 clinical trials
	Incontinence		90 reviews 2447 clinical trials

Bilag 2 - Søgning på patientperspektivet

Database	Søgeord	Limits	Hits
Cinahl	Incontinence AND experience		300
	Incontinence AND experience AND patient		99
	Incontinence AND experience AND qualitative		43 artikler, heraf 4 anvendelige
	incontinence AND urine AND experience		27
Pubmed	(Incontinence[MeSH Terms]) AND experience[MeSH Terms]		0
	incontinence[MeSH Terms] AND experiences		153
	incontinence[MeSH Terms] AND experiences AND nurse		18
	incontinence[MeSH Terms] AND experiences AND patient		87
	incontinence[MeSH Terms] AND experiences AND patient	Engelsksprogede, abstracts, +65 år	24
Cochrane	Incontinence AND qualitative		1 review (middle relevans)
	Incontinence AND patient perspective		1 clinical trial (ingen relevans)
	Incontinence AND experience		13 clinical trials (uden relevans)

Bilag 3 - Oversigt over ekskluderede studier

I dette bilag ses de studier som blev sorteret fra i sidste fase af udvælgelsen. Studierne er bortfaldet ved nærlæsning og vurdering efter eksklusionskriterierne. Der er givet en kort begrundelse for hvorfor artiklen måtte falde bort. Flere af studierne har vist sig som god forskning, men måtte bortfalde pga. manglende relevans. De bortfaldne studier listes alfabetisk efter førsteforfatter.

Albers-Heitner, P. et al. 2007. *Adherence to professional Guidelines for patients with urinary incontinence by general practioners: a cross-sectional study*, Journal of Evaluation in clinical Practice, vol.14, s. 807-811

Begrundelse: Artiklen udlægger sig for at være en tværsnitsundersøgelse. Den indeholder status over almen praktiserende lægers holdning til UI og vurderes som uegnet da indholdet ikke er sygeplejefagligt relevant.

Bucci, A.T. 2007. *Be a Continence Champion: Use the CHAMMP Tool to individualize the Plan of Care*, Geriatric Nursing, vol. 28, nr.2

Begrundelse: Artiklen er en faglig diskussionsartikel uden empirisk indhold.

Cardozo, I. et al. 2004. *Validation of the Urgency Perception scale*, BJU International, vol. 95, s. 591-596

Begrundelse: Studiet blev ekskluderet fordi den ikke indeholder noget sygeplejefagligt men derimod er et medicinsk redskab til at redegøre for trangen.

Fältdt, C. Et al. 2009. *Granskning av sjuksköterskors omvårdnadsdokumentation rörande urininkontinens hos äldre personer*, Vård i Norden, vol. 29, nr.4, s.20-24

Begrundelse: Artiklen er ekskluderet fordi den debatterer og ikke indeholder noget redskab. Desuden beskæftiger den sig hovedsageligt med UI i dokumentationskontekst.

Thompson, D.L. et al. 2002. *Continence Nursing: A whole Person Approach*, Holistic Nursing Practice, vol. 16(2) s. 14-31

Begrundelse: Studiet mangler basale afsnit som resultat og metode, og er derfor forkastet.

Nazarko, L. *A guide to continence assessment for community nurses*, British Journal of Community Nursing, vol. 13, no.5

Begrundelse: Artiklen indeholder ikke metodeafsnit eller empiri. Den har mere karakter af en fagartikel end egentlig forskning.

Walters, K. et al. 2000. *Assessing need from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care*. Age and ageing, vol. 29, s. 505-510

Begrundelse: Studiet blev ekskluderet fordi det handlede om ældre generelt og ikke om inkontinens

Wilson, Lesley. 2003. *Continence and older people: the importance of functional assessment*. Nursing older people, vol.15, nr.4

Begrundelse: Indeholder ikke empiri. Emneartikel om UI.

Wright, J. Et al. 2006. *Developing a tool to assess person-centered continence care*, Nursing Older People, vol. 18, no.6

Begrundelse: Artiklen omhandler hovedsageligt den kontekst inkontinensplejen indgår i såsom ledelse. Evt. anvendes i perspektivering.

Wright, J. et al. 2007, *Evaluating the context within which continence care is provided in rehabilitation units for older people*. Journal compilation.

Begrundelse: Artiklens emne relaterer sig til den kontekst inkontinensplejen indgår i. Derfor ikke konkret relevant, indeholder heller intet redskab. Kan evt. anvendes i perspektiveringen.

Bilag 4 – Check-lister fra kliniske retningslinjer

Check-liste 1: Systematiske oversigtartikler/reviews			
Spørgsmål/Forfatter	Winder	Ostaszkiwicz	O’Connel
1. INTERN TROVÆRDIGHED			
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja, at vurdere behovet for en et redskab til symptomscoring og et generelt inkontinens redskab	Ja, at vurdere effekten af plejeforbundet træning til styring af urininkontinens hos voksne	At opdatere tidligere foretaget review til eksisterende redskaber.
1.2 Er der en beskrivelse af den anvendte metodologi?	Ja, review, ikke systematisk	Meget udførlig metodebeskrivelse	Metoden review beskrives kort
1.3 Var litteratursøgningen tilstrækkelig grundig til at identificere alle relevante undersøgelser?	Ja – alle søgeord og databaser er beskrevet specifikt med ikke systematisk. Søgning i både Pubmed, Medline, Embase og Cochrane	Systematisk litteratursøgning specifikt beskrevet	Nej, systematisk litteratursøgning er beskrevet
1.4 Var undersøgelsesnes kvalitet vurderet og taget i betragtning?	Ja, metoder og resultater blev kritisk vurderet, inklusionskriteri er beskrevet.	Ja, undersøgelses kriterier til bedømmelse af undersøgelserne er veldefinerede	Ja, bedømmelseskriteri er er veldefinerede
1.5 Berører analysen alle potentielle positive og negative effekter af interventionen?	Bias er ikke beskrevet	Ja	Der kommer med anbefalinger til ændringer i aktuelt anvendte materiale. Negative forhold tages ikke i betragtning, men forekommer dog ikke relevant.
1.6 Var det rimeligt at kombinere undersøgelserne?	De anvendte studier var i nogen grad sammenlignelige . Det trækker ned at der er anvendt aktuel	Ja. Af samme årsag ekskluderes mange studier	Ja, Check-listerne supplerer hinanden godt

	praksis da det ikke nødvendigvis er vidensbaseret.		
1.7 Kan analysens konklusion udledes fra den præsenterede evidens?	Ja, man har set på tidligere redskaber for at identificere mangler. Manglerne bygger på større kvalitative studier som RCT.	Ja	Konklusionerne er veldokumenterede og evidensen kan meget vel udledes herfra

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF ANALYSEN/ARTIKLEN

2.1 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++,+ eller ÷	÷ Bias er ej beskrevet	++	÷ Bias ej beskrevet
2.2 Hvis bedømt som + eller ÷. Påvirker bias undersøgelsesresultatet (positiv eller negativ retning)	Negativt		Bias vil næppe påvirke resultatet da det beror på studier af høj kvalitet
2.3 Er analysens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Målgruppen har mange forskellige forudsætninger som der ikke er taget højde for. Artiklen må derfor anvendes kritisk i forbindelse med specifikke patientgrupper.	Nej, artiklen finder ikke evidens for at plejetræning skulle minimere urininkontinens	Ja. Resultatet er meget anvendeligt og overførbart til praksis

3. BESKRIVELSE AF STUDIET

3.1 Hvilke typer studier inkluderes i oversigtsartiklen? (randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), kontrollerede kliniske forsøg (CCT), kohorte, Case-kontrol undersøgelser).	RCT, statistiske analyser, evidensbaserede deskriptive studier, aktuelle praksisredskaber	RCT samt quasi-randomiserede forsøg	76 studier inkluderes. Størstedelen er fagartikler fra anerkendte organisationer som WHO og International Consultation on Incontinence. Ikke redegjort videre for
--	---	-------------------------------------	---

			metode
3.2 Hvilke behandlinger (interventioner) er taget i betragtning?	Sygeplejersker selv skal kunne vurdere patientens behov for sygepleje i forbindelse med inkontinens	Tilrettelæggelse af faste toilettider med udgangspunkt i den enkelte borgers faste mønster	Det er taget i betragtning om de eksisterende redskaber indenfor UI er opdaterede, man ønsker at opdatere disse.
3.3 Hvilke resultater (outcome) er anført? (fx gavnlige, skadelige).	Ved gennemgang af de fundne studier ses at der mangler perspektiver i de nuværende plejeplaner. De manglende perspektiver er vurdering af LUTS (Lower Urinary Tract Syndrome), bækkenbunds tilstand og patientens livskvalitet.	Incidensen af urininkontinens. Derudover måles på forekomsten af urinvejsinfektioner, hudstatus, antal bleer, vægten af dem efter brug.	Det anbefales at redskaberne opdateres. Bør implementeres sammen med uddannelse af personale og ligge i elektronisk form.
3.4 Er der anført statistiske mål for usikkerheden? (fx odds ratio?)	Nej	Ja, men uden signifikans	Nej
3.5 Er potentielle confoundere taget i betragtning? (Dette er specielt vigtigt, hvis andre end RCT- studier er inddraget i oversigtsartiklen).	Nej	Nej	Ej taget i betragtning
3.6 Hvad karakteriserer undersøgelsespopulationen?(køn, alder, sygdomskaraktetika i populationen, sygdomsprævalens).	Populationen er ikke specificeret, men det er formentlig ældre, da man taler om risiko for fald og UI efter et stroke	Voksne mænd og kvinder identificeret med urininkontinens. Hovedparten af deltagerne var kvinder +80 år med plejebenhov.	Ældre plejehjemsbeboere
3.7 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret?(fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Primær- og sekundær sektor	Ej beskrevet	Der redegøres ikke for rekrutteringen i studierne.

4. GENERELLE KOMMENTARER

	<p>Svagheder: Studiet er ikke et systematisk review.</p> <p>Populationen er dårligt beskrevet.</p> <p>Bias og confoundere ej beskrevet</p> <p>Styrker:</p> <p>Problematikken er velbeskrevet. Man anvender validerede studier. Anvendelig i praksis</p> <p>Kommer med anbefalinger og mangler i forhold til nuværende praksis</p>	<p>Overordnet et studie af høj kvalitet. Der redegøres grundigt for metode, søgning m.m.</p> <p>Der er ikke statistisk signifikante forskelle i forekomsten af UI. Det kan skyldes at forsøgene er karakteriseret ved begrænsede data, problemer med compliance og træningssystemet, sat et stort frafald i det opfølgende studie.</p> <p>Der ses tendens til at forekomsten i interventionsgruppen er mindre end i kontrolgruppen.</p> <p>Det problematiseres at det er svært at følge skemaer når man arbejder med mennesker bl.a. pga. dårlig normering.</p> <p>Der kræves yderligere forskning for at evidensbasere denne indsats.</p>	<p>Studiet har en høj grad af evidens fordi et inkluderer større studier og bygger videre på allerede eksisterende reviews og redskaber.</p> <p>Redskaberne har en holistisk tilgang og sørger for alle de relevante årsagssammenhænge inddrages i screening, vurdering og pleje af UI.</p>
--	---	--	---

Check-liste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser		
Spørgsmål/Forfatter	Constance	Schnelle
1. INTERN GYLDIGHED		
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja, at udvikle og vurdere anvendeligheden af tilstandsspecifikke plejeplaner i primær sektor	I høj grad
1.2 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	Ja, forsøgspersonerne er randomiseret, men der oplyses ikke hvordan.	Ja, Randomiseringen skete med et computerprogram
1.3 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	Ja	Ja, der blev fortaget "mini-mental-status" samt anvendt "Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics" forinden af begge grupper for at vise sammenligneligheden.
1.4 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	Nej, ej muligt at blinde randomiseringen	De som observerer og dokumenterer, er blindede og har intet med randomiseringen at gøre
1.5 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Nej, ej muligt	Enkelt blinding af observatører
1.6 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	Ja, man ønsker plejepersonalet skal komme bedre omkring inkontinensplejen ved at følge en skabelon som er standardiseret.	Outcome som er incontinence, udholdenhed, styrke og arbejdstid. Der er redegjort for disse
1.7 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	Ja	Ja, ingen forskelle.
1.8 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	Der er ikke redegjort for dropout – alle 16 testpersoner gennemførte	633 blev rekrutteret, 330 levede op til inklusionskriterierne og heraf gav 257 samtykke til deltagelse.
1.9 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til	Perioden blev fulgt ud	Der er dokumenteret hvorfor nogle borgere

randomiseringen?(intention to treat analyse)	af alle deltagere	ikke har kunnet lavet øvelser, fx pga. smerter og hvilken gruppe disse er analyseret ifølge.
1.10 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	Ja, alle deltagere er rekrutteret fra det samme plejecenter	Ja, 4 plejecentre som er sammenlignelige.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN		
2.1 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller ÷.	÷	++
2.2 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Bias kan påvirke ved et potentielt andet undersøgelsesresultat. Undersøgelsen er dog af en størrelse hvor det vurderes det ikke er relevant at indtænke bias.	
2.3 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	Sluteffekten må skyldes interventionen, da plejepersonalet er blevet gjort opmærksomt på plejemæssig praksis via standartplejeplanen, som ellers ofte er mangelfuld.	Med den statistisk meget store signifikans skyldes resultaterne interventionen.
2.4 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja, resultatet er direkte anvendeligt. Det anbefales dog at der laves forskning med flere deltagere for at styrke evidensen.	Der ligger nogle økonomiske problemer i forhold til overførbareheden. Interventionsprogrammet kræver en bedre normering af plejepersonale, hvilket kan diskuteres om er realistisk i fremtiden.
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN		
3.2 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Forskellen på pleje rettet mod urininkontinens og fald efter henholdsvis en elektronisk standartplejeplan eller	Interventionen evalueres

	afdelingens almindelige fremgangsmåde.	
3.3 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Hvor der er blevet lavet flest fysiske undersøgelser af patienterne og de er dokumenterede.	Inkontinens, udholdenhed, styrke og arbejdstid fra plejepersonalet.
3.4 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	2 patientcases – 16 plejepersonale	I alt deltog 257 borgere, heraf 94 i interventionsgruppen og 96 i kontrolgruppen. Der er redegjort for det store frafald gennem alle interventionens faser.
3.5 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Effekten er målt vha. dokumenteret udført pleje	Mobilitet er målt på distance borgere kan gå eller selv flytte sig i kørestol. Hvor meget vægt borgeren kunne løfte, frekvensen af inkontinens og tiden som er gået med interventionen.
3.6 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja der er udregnet p-værdi	Ja, der er udregnet p-værdi $P < .0001$ til 05.
3.7 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Plejepersonale på plejecenter, ellers ikke videre redegjort	Ældre, urininkontinente, plejehjemsbeboere, begge køn, ikke akut-syge, uden kateter, Skal kunne forstå og udføre en enkelt instruks, som at "løft højre arm".
3.8 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (f.eks. by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Forsøgspersonerne er rekrutteret fra et plejecenter	Plejecentre
3.9 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	1	4 plejecentre
3.10 Er der rejst nogen specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og	Det er ikke belyst om standartplejens faktisk bidrager til dårligere pleje. Samtidig er forsøget	Om det økonomisk er realistisk at udføre disse interventioner trods de gode resultater.

betydningen af disse).	svært at generalisere pga. det begrænsede omfang. Det er interessant hvordan man vha. edb og standart plejeplaner vil kunne højne plejen – Det er jo på sigt også det som er hensigten at kunne anvende evidens via. Edb. Der må bare skrives mere specifikt om hvad sådan en plejeplan bør indeholde.	
------------------------	---	--

Check-liste 3: Kohorteundersøgelser	
Spørgsmål/forfatter	Sander
1. INTERN TROVÆRDIGHED	
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja, at evaluere en ny pakkelsesning bestående tilbud omhandlende vurdering og behandling af urininkontinens
UDVÆLGELSE AF DELTAGERE	
1.2 Er de eksponerede og ikke-eksponerede populationer sammenlignelige ved start?	Ja, der er redegjort for gruppens status inden begyndelsen og de er sammenlignelige med andre grupper af urininkontinente.
1.3 Er deltagelsesraten angivet for både eksponerede og ikke-eksponerede ved start?	Ja, mændene er ikke eksponerede og der er redegjort for hvor stor en andel af kohorten disse udgør.
1.4 Er muligheden for, at nogle deltagere allerede fra starten havde sygdommen (outcome), diskuteret?	Det er et inklusionskriterie at være urininkontinent. De som har andre omstændigheder f.eks. malign tumor udskilles i udredningsfasen og ekskluderes.
1.5 Hvor stor en del af undersøgelsens deltagere udgik før tid?	408 patienter deltog, hvoraf de fik forskellig behandling efter behov. Der er udført followup studie på de udgåede hvoraf 21 er henvist til andre afdelinger, 6 er flyttet og 2 døde. Frafalder forklares med deltagernes høje alder.
1.6 Er der en sammenligning af eksponerings-status for gennemførende deltagere og de, der udgik?	Nej.

Vurdering	
1.7 Er målene (outcomes) klart definerede?	Ja, outcome måles på ble-vejnings-tests og forbrug af bleer. Samtiden måles livskvaliteten vha. spørgeskemaer.
1.8 Er vurderingen af målene (outcomes) blindet mht. eksponeringsstatus?	Ikke oplyst – Derfor sandsynligvis ikke.
1.9 Hvis blinding var umulig, har kendskab til eksponeringsstatus så haft indflydelse på vurderingen af målene (outcomes)?	Der er ikke redegjort for denne proces. Der er ikke taget højde for bias i forbindelse med antallet af bleer og vægten, disse kan have indflydelse på hinanden.
1.10 Var metoden til at bedømme eksponerings-status eller de prognostiske faktorer tilstrækkelig?	Det fremgår tydeligt hvordan den enkelte deltager er eksponeret ifølge udredningen som er en del af pakkeløsningen.
1.11 Er der evidens for, at metoden til bedømmelse af målene (outcomes) var troværdig og pålidelig?	Ja, spørgeskemaet er valideret – Så brugernes oplevelse at tilbuddet er klart positivt og de føler de har fået den hjælp de havde behov for. Metoden med blevejning er mere usikker.
1.12 Er eksponeringsgrad eller prognostiske faktorer vurderet mere end én gang?	Ej oplyst, men der er udført statistiske tests for at vurdere udfaldet.
Confounding	
1.13 Er de vigtigste confoundere identificeret og medinddraget i tilstrækkelig grad i under-søgelsesdesign og analyserne?	Counfounding ej taget i betragtning
Statistik	
1.14 Er der anvendt ens databehandling i de forskellige grupper?	Ja alle er analyseret og vurderet ud fra samme data.
1.15 Er der anført sikkerhedsintervaller?	Ej anført
1.16 Er der opgivet et mål for <i>goodness-of-fit</i> for eventuelle multivariate analyser?	Ikke anvendt
1.17 Er der foretaget korrektion for multiple statistiske tests (hvis relevant)?	Ej anført
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.1 Hvor godt forsøgte undersøgelsen at minimere risikoen for bias eller confounding? Hvor godt blev der påvist en årsagssammenhæng (association) mellem eksponeringsstatus og virkning (mål)? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	÷ Da studiet er en pakkeløsning er det svært at skelne mellem de forskellige effekter.
2.2 Med baggrund i kliniske	Ja, Men der kan ikke skelnes mellem hvilke

overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at virkningen skyldes undersøgelsens ”intervention”?	effekter patienterne særligt har haft gavn af.
2.3 Er undersøgelsens resultater direkte anvendelige på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.1 Hvilke eksponeringer eller prognostiske faktorer er evalueret i undersøgelsen?	Patientundervisning, udredning, bækkenbundstræning
3.2 Hvilke mål (outcomes) er vurderet?	Oplevet livskvalitet, ble-tests
3.3 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i eksponerede og ikke-eksponerede gruppe).	408 deltog
3.4 Hvorledes er årsagssammenhængen angivet (f.eks. OR, RR)? Og i hvilken retning gik den målte sammenhæng?	Ikke forklaret årsagssammenhæng
3.5 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen) (fx køn, alder, sygdomsprævalens) ?	Urininkontinente ældre kvinder + 68 år. Mange med kroniske sygdomme og andre komplikationer
3.6 Hvorfra er deltagerne rekrutteret (f.eks.. by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt) ?.	Deltagerne er rekrutteret ved frivilligt fremmøde pga. selvvalgt helbredsproblem mht. urininkontinens, derefter spurgt og deltagelse.
3.7 Er der rejst nogen specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. resultaterne og deres betydning).	Det er utydeligt hvilke tiltag der har særlig betydning for det positive udfald, men pakkelsen har positive resultater selv 6 måneder efter interventionen.

Check-liste 4: Casekontrolundersøgelser	
Spørgsmål/Forfatter	Haab
1. INTERN TROVÆRDIGHED	
Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	At udvikle og validere et standardiseret vurderingsredskab til urinvejskomplikationer hos mænd og kvinder

Udvælgelse af deltagere	
1.2 Er syge (cases) og kontrolpersoner taget fra sammenlignelige populationer?	Ja. De 2 populationer er sammenlignelige
1.3 Er de samme eksklusionskriterier anvendt for både syge (cases) og kontrolpersoner?	Ja – kontrolgruppen er dog noget mindre end case-gruppen
1.4 Hvor stor er deltagelsesprocenten i hver gruppe (cases og kontrolpersoner)?	Deltagelsesprocenten er 100 % i begge grupper.
1.5 Sammenlignes deltagere og ikke-deltagere for at klarlægge ligheder og forskelle?	Nej, de tages ud fra en samlet population og deles efter inkontinente og kontinente i henholdsvis en case og en kontrolgruppe
1.6 Er cases klart definerede og adskilte fra kontrolpersoner?	Ja, der to grupper er tydeligt adskilte med udsættes for samme spørgeskemaer.
1.7 Er det tydeligt bevist, at kontrolpersoner ikke er cases?	Ja, Der er lavet udredning som forudsætter grupperingen.
Vurdering	
1.8 Er der taget forholdsregler for at forhindre kendskab til evt. primær eksponering, der kan påvirke vurderingen af cases?	Det kan ikke lade sig gøre at tage denne forholdsregel, da en del af udredningen afhænger af deltagernes udsagn om selvopfattede symptomer
1.9 Er eksponeringsstatus vurderet på en troværdig og velbegrundet måde?	
Confounding	
1.10 Er de vigtigste confoundere identificeret og medinddraget i tilstrækkelig grad i under-søgelsesdesign og analyserne?	Da forsøget består af flere eksponeringer kan der være flere confoundere, disse er dog forsøgt undgået ved den kliniske faglighed og udredning for de enkelte dele af undersøgelsen.
Statistik	
1.11 Er der anvendt ens databehandlingsmetoder i de forskellige grupper?	Ja, der er udført de samme tests m.m.
1.12 Er der anført sikkerhedsintervaller?	Ja der er beregnet både OR og RR
1.13 Er der opgivet et mål for <i>goodness-of-fit</i> for eventuelle multivariate analyser?	Confoundere ikke undersøgt nærmere

1.14 Er der foretaget korrektion for multiple statistiske tests (hvis relevant)?	Ja der er lavet "spearman correlation coefficients"
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
I hvilken grad var undersøgelserne tilrettelagt for at minimere risikoen for bias eller confounding, og for at etablere en årsags-sammenhæng mellem eksponeringsstatus og virkning? Anfør ++, + eller ÷.	+ Der var en planlagt virkning mellem eksponeringsstatus og de 2 grupper. Det var hensigten med opdelingen i case og kontrolgruppe.
2.1 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at virkningen skyldes undersøgelsens "intervention"?	Virkningen skyldes meget sandsynligt interventionen. Metoden virker anvendelig til især inddragelse af patientperspektivet fordi den også tager meget udgangspunkt i patienternes oplevelse af symptomer, livskvalitet m.m.
2.2 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja, men begrænset. Der er ikke redegjort for en specifik aldersgruppe, Det kan give problemer med overførbareheden til fx ældre demente.
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.1 Hvilke eksponeringer eller prognostiske faktorer er evalueret i undersøgelsen?	De validerede spørgeskemaer afdækker på både urinvejsproblemer hos mænd og kvinder
3.2 Hvilke mål (outcomes) er vurderet?	Skemaernes anvendelig vurderet på validitet
3.3 Hvor mange patienter deltog i studiet? (<i>behandlings- /kontrolgruppen</i>).	I alt deltog 348 patienter
3.4 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Effekten er målt med skemaernes reliabilitet efter Cronbachs Alpha rangtest hvilket er med til at validere skemaerne
3.5 Hvad karakteriserer populationen? (<i>køn, alder, sygdomsprævalens</i>).	Midaldrende til mænd og kvinder fra 46 – 65 med urininkontinens og patienter uden symptomer op UI.

3.6 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (<i>fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt</i>).	Oplyses ikke hvorfra forsøgspersonerne er rekrutteret
3.7 Er der rejst nogen specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (<i>Anfør generelle kommentarer vedr. resultaterne og deres betydning</i>).	Det udviklede USP værktøj supplerer fint de eksisterende redskaber som ICIQ-UI SF og tilføjer aspektet omkring blæretryk. Det bør undersøges hvordan spørgeskemaerne har effekt hos brugere som er bekendte med det i langsigtede studier.

Bilag 5 - Skema over inkluderede kvalitative studier bedømt med VAKS

Hvert spørgsmål vurderes med en 4-pointskala fra 4 som "helt enig" til 1 som "helt uenig", skalaen angiver i hvilket omfang et kriterium er opfyldt. For videre omkring udregning af points henvises til selve redskabet (VAKS 2009).

Spørgsmål/Forfatter	Hägglund	Khera	Lliffe	Shaw
Formelle krav				
Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.	4	4	4	3
Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant	4	4	4	3
Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).	4	2	3	2
Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).	4	1	4	1
Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.	3	4	1	3
Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.	2	2	1	1
Points	21/6=4	17/6=3	17/6=3	13/6=2
Troverdighed				
Formålet er klart beskrevet.	4	4	4	4
Metoden er beskrevet.	4	4	4	4
Metoden er begrundet	4	4	4	3
Metoden er valgt i forhold til formålet	4	4	3	3
Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.)	4	1	3	4
Der er anvendt triangulering.	1	4	1	1
Forskningsprocessen er beskrevet.	4	2	4	4
Points	25/7=4	23/7=3	23/7=3	23/7=3

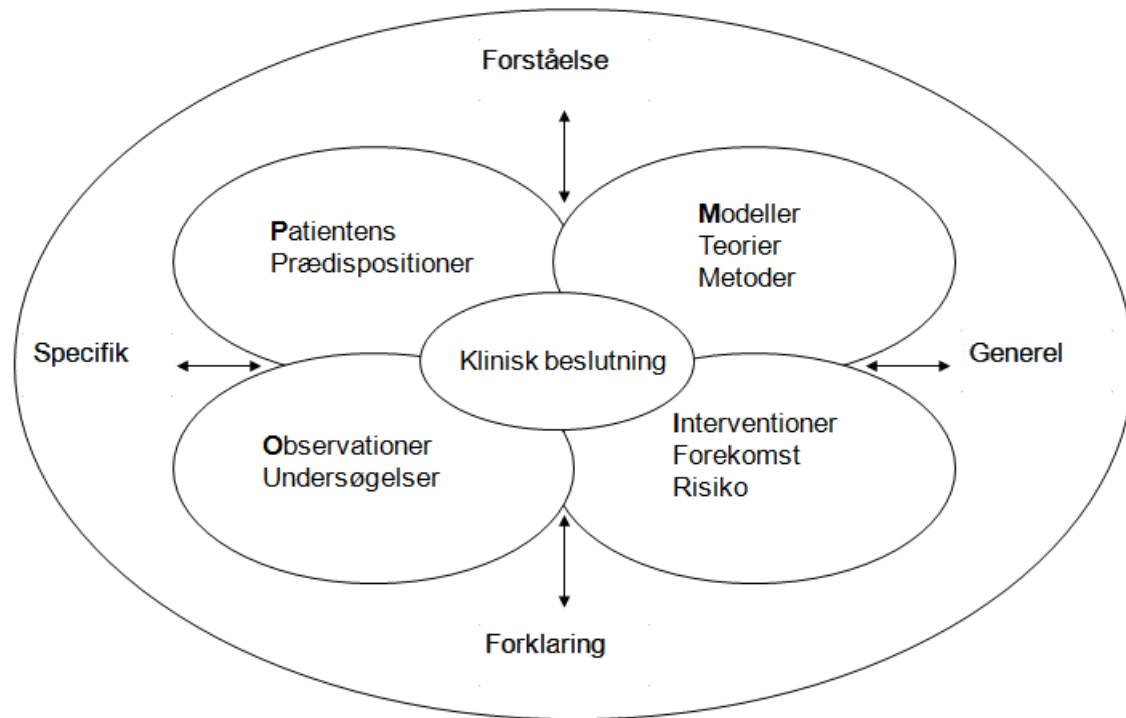
Overførbarhed				
Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.	3	1	2	2
Der er en beskrivelse af informanterne.	3	3	3	3
Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.	4	3	3	2
Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.	4	4	2	4
Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/Forskerne har til konteksten samt til informanterne	2	1	2	2
Points	12/5=2	12/5=2	12/5=2	13/5=3
Konsistens				
Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.	4	4	3	3
Der er en beskrivelse af analyseproces.	4	3	3	3
Der er en klar fremstilling af fundene.	4	4	4	4
Fundene er troværdige.	4	2	4	4
Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.	3	1	1	4
Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner	4	4	4	3
Points	23/6=4	18/6=3	19/6=3	21/6=4
Transparens				
Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.	3	4	3	2
Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).	4	1	1	2
Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.	4	4	2	4
Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.	4	3	4	4

Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen	4	1	2	2
Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.	1	1	2	1
Points	20/3=3	14/6=2	14/6=2	15/3=3
<u>Points i alt</u>	<u>17</u>	<u>13</u>	<u>13</u>	<u>15</u>

I nedenstående skema ses styrken af anbefalingerne efter de samlede antal points

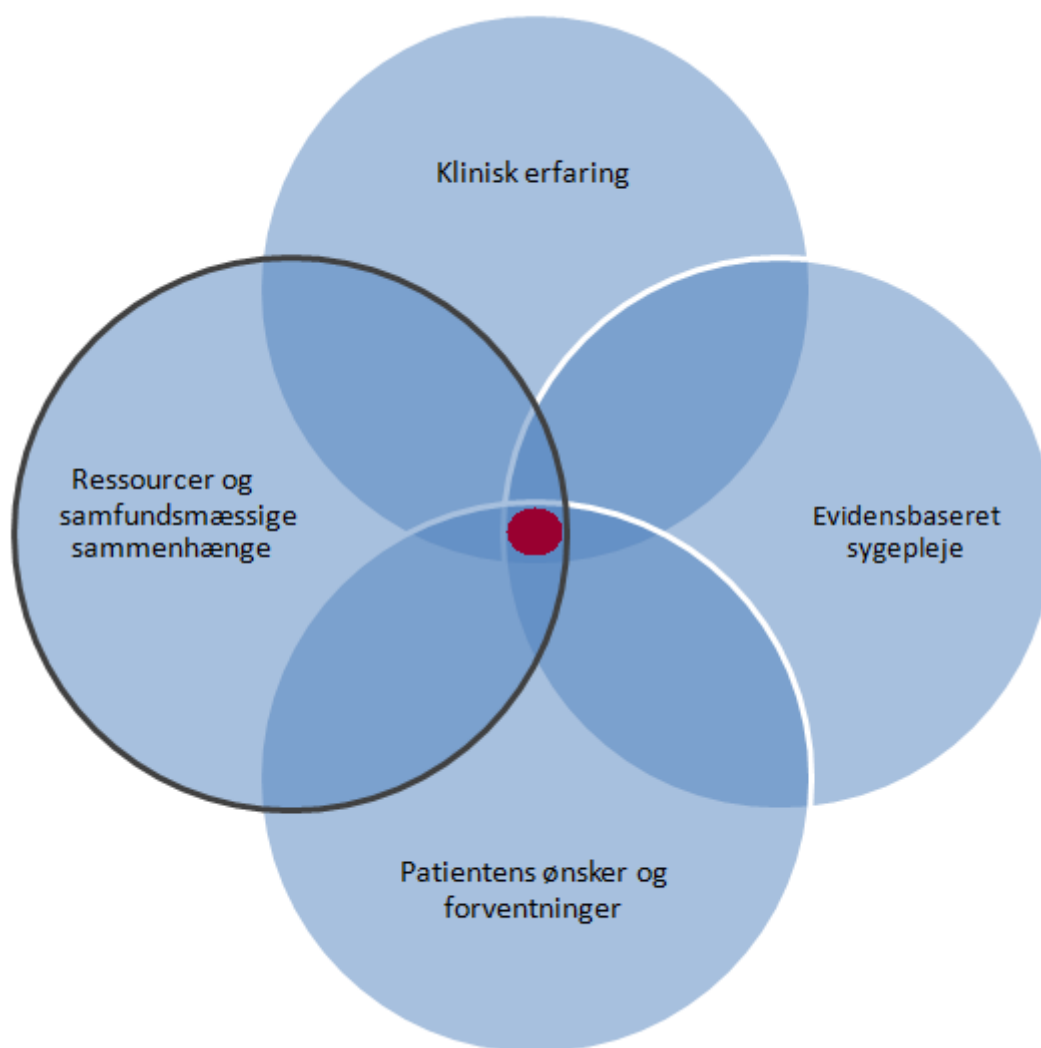
Anbefales (≥ 15)	Anbefales med forbehold ($\geq 10 < 15$)	Anbefales ikke (< 10)
-------------------------	--	---------------------------

Bilag 6 - POMI-modellen for kliniske beslutninger – baseret på evidens



Kilde: Klinisk sygeplejeforskning, Hørdam, Overgaard og Pedersen, 2008

Bilag 7 – Egen illustration af evidensstrekanten



Egen tolkning af Sacketts evidensstrekant med inspiration fra Willman. Den mørke cirkel illustrer den diskuterede faktor, ressourcer. Den røde kerne illustrer den evidensbaserede sygepleje.

Bilag 8 – Patientudtrykte problemer

Egen illustration af omstændigheder og patientudtrykte problemer i forbindelse med inkontinens, inspireret af emner fremkommet af patientperspektivet.