

Genoptrænings- forløbsbeskrivelse for kvinder med urininkontinens



Indhold

| | |
|---|----|
| Indledning..... | 3 |
| Flowchart..... | 5 |
| Baggrundsviden..... | 9 |
| Evidens..... | 9 |
| Litteratur..... | 16 |
| Referencer..... | 16 |
| Nyttige links..... | 19 |
| Bilag 1: Søgematrix..... | 20 |
| Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram..... | 24 |
| Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:..... | 25 |
| Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier..... | 26 |
| Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR):..... | 27 |
| Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer/guidelines (AGREE II):..... | 29 |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Indledning

Formål

Formålet med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er på baggrund af den nyeste evidens samt best practice, at beskrive indholdet i genoptræningsforløbet for *kvinder med urininkontinens*. Herved sikres, at borgerne modtager evidensbaserede genoptræningsforløb af høj faglig kvalitet.

Intentionen med en genoptræningsforløbsbeskrivelse

Intentionen med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er at give et evidensbaseret fundament for praksis sat ind i et tidsmæssigt perspektiv, hvor dette har været muligt. De evidensbaserede anbefalinger som angives i flow-chart er baseret på viden fra studier af højst mulige kvalitet hvor der er påvist effekt af den pågældende behandling, og disse evidensbaserede anbefalinger er suppleret med anbefalinger fra klinisk praksis.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen dikterer således ikke et standardbehandlingsforløb, men udstikker en evidensbaseret referenceramme. Overholdelse af en genoptræningsforløbsbeskrivelse vil ikke i alle tilfælde garantere et succesfuldt forløb, i visse tilfælde kan en anden behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til borgerens situation. Beslutning om behandling til den enkelte borger bliver således taget på baggrund af alle tilgængelige informationer om den enkelte borger. Den beslutning skal tages i samråd med borgeren, som bliver oplyst om diagnosen, behandlingsmulighederne og evidensen herfor. Ved væsentlige afvigelser fra anbefalingerne i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, som f.eks. brugen af lokale guidelines, anden træningsintensitet og frekvens eller igangsætning af ikke-anbefalet intervention skal argumenteres for og dokumenteres i borgerens journal.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for kvinder med urininkontinens er det gældende retningsgivende dokument på området i Københavns Kommune. Eventuelle lokalt udarbejdede retningslinjer kan supplere genoptræningsforløbsbeskrivelsen, men aldrig træde i stedet for denne. Såfremt der ikke eksisterer en genoptræningsforløbsbeskrivelse følges normen for almindelig kendt faglig standard jf. autorisationsloven. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen skal desuden bidrage til borgerrettede og fagprofessionelle informationer på KK-net

Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder

Det er den lokale ledelsesansvar at sikre, at medarbejderen er bekendt med denne vejledning, samt at medarbejderen er kvalificeret til at levere de genoptræningsydelser som beskrives. Det er medarbejderens ansvar at anvende og følge denne vejledning.

Målgruppe

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er målrettet terapeuter, der varetager genoptræningsforløb for *kvinder med urininkontinens* efter Sundhedslovens §140 og/eller Servicelovens §86.

Definition af begreber

Urininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin (1)

Stress urininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin ved fysisk anstrengelse/fysisk aktivitet, host eller nys (1)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Urgency urininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin i forbindelse med urin urgency (1)

Urin urgency

Klager over pludselig vandladningstrang, som er svær at udsætte (1)

Nykturi

Klager over en eller flere opvågninger om natten på grund af vandladningstrang (1)

Blandingsurininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin i forbindelse med urin urgency og også i forbindelse med fysisk anstrengelse/fysisk aktivitet, host eller nys(1)

Bækkenbundstræning

Systematisk træning med gentagne voluntære kontraktioner af bækkenbundens muskulatur med det formål at forbedre styrke, udholdenhed, koordination eller relaksation af bækkenbundens muskulatur (2).

Superviseret bækkenbundstræning

Et bækkenbundstræningsprogram instrueret og monitoreret af en sundhedsprofessionel/kliniker/instruktør (2).

Feedback

Feedback ved bækkenbundstræning er blevet defineret som verbal information fra en kliniker til en patient om udførelsen af en bækkenbundskontraktion ud fra observation eller palpation af perineum, vagina eller anus (3).

Biofeedbacktræning

Træning hvor borgeren får feedback på en kropsaktivitet eller funktion ved hjælp af et redskab eller apparatur, der giver visuel eller auditiv information om aktiviteten (2,3). Rationalet er at en positiv tilbagemelding på fx en voluntær muskelkontraktion vil fremme udførelsen af denne (2,3).

Blæret træning

Et program med skemalagt vandladning, der gradvist forøger vandladningsintervallerne (2). Målet er at korrigere hyppige vandladninger, øge kontrol over urin urgency og reducere antallet af urininkontinensepisoder (2,4).

Handleanvisning: Flowchart

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for *kvinder med urininkontinens* skal anvendes sammen med "Vejledning for terapeutfaglig dokumentation", hvor minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation beskrives. Der henvises desuden til vejledning for "Effektmåling på genoptræningsområdet" og "Samtalen om forebyggende indsatser" (se link under "Nyttige links").

Se flowchart på følgende side (s. 5)

Tegnforklaring for flowchart:

(↑↑): Forskningsbaseret intervention, moderat til stærk grad af evidens (sikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(↑): Forskningsbaseret intervention, lav til moderat grad af evidens (usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(v): Konsensusbaseret (best practise) intervention eller studier med meget lav grad af evidens. Heri indgår desuden beskrivelse af lokal praksis i København Kommune, indhentet på konsensumøde med terapeuter (meget usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed)

[Tal]: 'Tal i parentes' angiver litteratur reference.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Flowchart

| Generel intervention | Forløb |
|--|--|
| Overordnede anbefalinger og restriktioner i genoptræning af kvinder med urininkontinens | |
| <p>Restriktioner/opmærksomhedspunkter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vær opmærksom på advarselssignaler/røde flag (5–7)(v) <ul style="list-style-type: none"> Smerter ved blære eller urethra Smerter ved vandladning Blod i urinen/blødning Blæretømningsproblemer Feber eller andre tegn på inflammation eller infektion Pludseligt eller stort vægttab Pludseligt opstået urgency urininkontinens Generel fysisk eller psykisk utilpashed Neurologiske symptomer/ tegn på mulig neurologisk sygdom • Vær opmærksom på samtidig afføringsinkontinens (5) (v) • Vær opmærksom på samtidige urogenitale gener og slimhindeatrofi (tørhed i skeden, dysuri og svie omkring urethra og introitus) (4,5) (v) <p>Overordnede anbefalinger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundstræning bør være superviseret (4,8) (↑) og varetages af specialuddannet sundhedspersonale, der har de fornødne kvalifikationer og kompetencer (4,5) (v) • Ved bækkenbundstræning bør borgeren tilbydes undersøgelse af knibefunktionen ved indvendig vaginal/anal palpation af bækkenbundens muskulatur, for at sikre korrekt aktivering af muskulaturen (4,5,8)(↑) • Forud for indvendig undersøgelse af knibefunktionen skal kvinden forklares om undersøgelsens formål og metoder og der skal indhentes informeret samtykke til undersøgelsen (6,7) (v) • Forud for indvendig undersøgelse af knibefunktionen, skal der være opmærksomhed på seksuel anamnese inkl. smerter og eventuelle overgreb (9)(v) • Superviseret træning bør indeholde minimum to individuelle vurderinger af knibeteknik ved vaginal/anal palpation og instruktion i bækkenbundsøvelser (4,8) (v). • Superviseret bækkenbundstræning kan foregå som individuel eller holdtræning (4,10,11) (v) • Samlet træningstid bør være minimum tre måneder, for at sikre at træningseffekt kan opnås. (4–7) (↑). • Bækkenbundstræning kræver en betydelig og vedholdende indsats fra kvinden, derfor bør kvindens motivation for bækkenbundstræning afklares, før der gives et tilbud om superviseret bækkenbundstræning (4)(v). • Til kvinder med manglende motivation eller manglende fysisk eller kognitiv evne til bækkenbundstræning bør andre behandlingsmuligheder overvejes (4) (v). <p>Løbende terapeutisk vurdering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundsmuskulernes funktion vurderes ved opfølgende indvendig vaginal/anal palpation af knibefunktionen (4,6–8) (v) | <p>Læs altid genoptræningsplan (GOP) og evt. operationsbeskrivelse</p> |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Et bækkenbundstræningsforløb afsluttes med evaluering og vurdering af opnået effekt og stillingtagen til videre behandling (4,6,7) (v) • Ved manglende effekt af et bækkenbundstræningsforløb, bør borgeren henvises til anden udredning/behandling (4) (v) <p>I tilfælde af behov for nærmere udredning af ovenstående, kan en lægefaglig vurdering iværksættes ved at tage kontakt til e.l. eller regionen.</p> | |
| <p>Intervention Evidensen bag de beskrevne interventioner i flowchartet er uddybet i baggrundsafsnittet</p> | |
| <p>Bækkenbundstræning (8)(↑↑) <u>Superviseret bækkenbundstræning (4,8) (↑)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Information om urininkontinens, samt blærens og bækkenbundens anatomi og funktion og korrekt knibeteknik (8,12–14) (↑) • Indvendig vaginal/anal palpation af knibeteknik for at sikre korrekt aktivering af muskulaturen (4,6–8,13) (↑↑) • Tilrettelæggelse af individuelt hjemmetræningsprogram med udgangspunkt i borgerens mål og borgerens aktuelle bækkenbundsfunction, vurderet ved indvendig palpation (6–8)(v) • Hjemmetræningen bør tilrettelægges så både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed og koordination tilgodeses (4,8,12–14) (↑) <p><u>Muskelstyrke</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 sæt med 8-12 nær maksimale kontraktioner af 6-8 sek. varighed. 6-8 sekunders pause mellem knib (6,12–14) (↑). Eventuelt tilføj 3-4 maksimale aktiveringer på toppen af hver maksimale kontraktion (6,13) (↑) <p><u>Udholdenhed</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 submaksimale knib af op til 30-60 sek. 30-60 sekunders pause mellem knib (12,14) (v) <p><u>Koordinationstræning/kropsbevidsthedstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Korrekt aktivering af bækkenbundsmuskulaturen uden brug af store muskelsynergier eller bugpresse (6–8,12,13) (↑) • Borgeren kan evt. opfordres til selv at tjekke korrekt aktivering, ved at mærke med finger på anus/i vagina (9) (v) • Afspænding af bækkenbundsmuskulaturen efter et knib (6,7) (v) • Knibe før og under stigninger i bugtrykket (host, nys, grin, løft, forflytninger) (6,7,12,14) (↑) • Træne hurtig aktivering af bækkenbundsmuskulaturen (12–14)(↑). Fx 2-3 sæt med 8-10 hurtige kontraktioner holdt 2-3 sek. (12,14) eller med 3-4 hurtige aktiveringer på toppen af hver maksimale kontraktion (13) <p><u>Træningsprogression</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundsmuskulernes funktion vurderes ved opfølgende indvendig palpation af knibefunktionen og træningsintensitet progredieres i takt med at forbedringer opnås (4,12–14) (↑). Øget belastning (overload) kan opnås ved progression af udgangsstillinger, fx knibe i siddende og stående stillinger og dagligdags situationer (forflytninger, gang, hop, løft) (12–14) . Belastningen kan også øges ved forøgelse af antal og længde af knib. <p><u>Selvtræning via app/internet</u></p> | <p>Opstart af forløb Der henvises til "Vejledning i terapeutfaglig dokumentation".</p> <p>For effektmål henvises til "Vejledning om effektmål på genoptræningsområdet"</p> <p>Der henvises desuden til vejledning for "Samtale om forebyggende indsatser – til borgere i genoptræningsforløb".</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Informer om muligheden for træningsstøtte via relevante apps/internet programmer gerne med reminder funktion (12,14) (↑). Se forslag under nyttige link side 19. <p><u>Biofeedbacktræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning (3) (v)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Biofeedbacktræning kan muligvis forbedre effekten af bækkenbundstræning hos kvinder med urininkontinens (3) (v). Biofeedback kan især være relevant til kvinder der ikke har voluntær knibefunktion (6,7) (v) <p><u>El-stimulering i tillæg til superviseret bækkenbundstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Kvinder der ikke voluntært kan aktivere bækkenbunden, kan tilbydes afprøvning af el-stimulation som supplement til anden behandling (bækkenbundstræning/biofeedback) (5–7,15)(v) <p><u>Blæretræning</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Blæretræning i kombination med bækkenbundstræning kan gives til kvinder med urgency eller blandingsinkontinens (16,17) (v)• Tilbyd kun blæretræning som enkeltstående intervention til behandling af urgency urininkontinens efter nøje overvejelser da effekten er usikker (4)(v) <p><u>Sensorisk stimulation/vibration</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Sensorisk stimulation/vibration af bækkenbundsmuskulaturen kan gives under palpation som facilitering til voluntær bækkenbundscontraktion hos kvinder uden voluntær knibefunktion (6,7) (v). Sensorisk facilitering til en muskelcontraktion kan fx gives ved at "tappe" eller "duppe" på muskulaturen eller ved at strække muskulaturen ganske let (6,7) (v). <p><u>Træning med vaginalvægte i tillæg til bækkenbundstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Træning med vaginalvægte i tillæg til anden behandling (bækkenbundstræning/biofeedback træning) kan eventuelt overvejes hvis kvinden finder træning med vaginalvægte acceptabelt (6,18) (v) og det vurderes kvinden er særligt motiveret for træning med vaginal vægte (9) (v) <p><u>Instruktion hjemmetræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning (mindst 3-5 gange ugentligt, gerne dagligt) (4,6,7,13) (↑)</u></p> <p>Hjemmetræning bør tilgodesee både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed og koordination (4,6,7,13) (↑). Se beskrivelse af disse punkter ovenfor</p> <p>Aktivitet og deltagelse</p> <ul style="list-style-type: none">• Funktionel træning af bækkenbunden i forbindelse med dagligdagsaktiviteter (forflytninger, gang, hop, løb og løft (6,7,12,14) (↑) <p>Barrierer og facilitatorer for bækkenbundstræning der bør adresseres ved et træningsforløb</p> <p><u>Barrierer</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Opfattelse af træning kun har mindre effekt (19,20) (v)• Lav self-efficacy (reduceret tiltro til at en korrekt bækkenbundscontraktion/træning kan udføres) (19,20) (v)• Negative følelser forbundet med træning (fx selvbebrejdelser pga. manglende træning/manglende effekt) (19,19) (v)• Lav respons på tidligere bækkenbundstræning (19,20) (v) | |
|---|--|

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Manglende viden om bækkenbundens anatomi, funktion og urininkontinens (19,19) (v)• Ingen der kan hjælpe med at motivere til træning (19,20) (v) <p>Facilitatorer</p> <ul style="list-style-type: none">• Opfattelse af at træning har effekt (19–21)(v)• Høj self-efficacy (høj tiltro til at træning kan udføres) (19–21)(v)• Feedback på opnåede fremskridt både på udførelse af knib og træningseffekter (også ved små fremskridt) (19,20)(v)• Positive følelser forbundet med bækkenbundstræning (19–21)(v)• God kontakt/interaktion mellem borger og behandler (19,20)(v)• God forståelse for og viden om urininkontinens og behandling (19,20)(v)• Identificering af personlige barrierer for træning og aktiv planlægning for at finde løsninger (19,20)(v) <p>Vejledning og information</p> <ul style="list-style-type: none">• Eventuelt information om mulighederne for afprøvning/brug af inkontinensstamper eller inkontinensring (4,22) (↑) fx til kvinder der kun oplever urininkontinens i forbindelse sport (4,22)(v).• Overvej at anbefale kvinder med urgency urininkontinens at afprøve om reduktion i koffeinindtag forbedrer inkontinenssymptomer (5,23) (v)• Anbefal vægttab til kvinder med et BMI > 25-30 (5,6,12) (↑) og overvej at henvise svært overvægtige kvinder (BMI > 30) til et superviseret vægttabsprogram (4) (↑)• Ved god effekt af et bækkenbundstræningsforløb, opfordre til fortsat bækkenbundstræning efter afslutning af forløbet, da effekten kan aftage ved træningsophør (4–7) (v). Vedligeholdende træning 2-3 gange ugentligt (12) (v).• Information om væskeindtag på 1½-2 liter dagligt alt inklusivt. Væskeindtag jævnt fordelt i dag- og tidlige aften timer. Vejlede om modificering af henholdsvis højt eller lavt væskeindtag (5–7,12,23,24) (v)• Eventuelt informere om venepumpeøvelser inden sengetid ved generede nykturi (9) (v)• Ved slimhinde atrofi informer om muligheden for vaginal østrogen tilskud via egen læge (4,5) (v)• Evt. information om generel fysisk aktivitet (6,7) (v) fx ud fra Sundhedsstyrelsens officielle anbefalinger (25) (v)• Informer kvinder med stress urininkontinens om at rygestop muligvis kan reducere inkontinensgener ved hoste (6,7,12) (v)• Vejledning omkring seksualitet og urininkontinens (12)(v)• Eventuelt vejlede om brug af inkontinensbind (fx størrelser, brug, skift, bevilling) (5–7,9,12) (v) <p>Øvrig behandling</p> <ul style="list-style-type: none">• Superviseret vægttabsprogram til svært overvægtige kvinder (4)(↑) | |
|---|--|

Baggrundsviden

Følgende information kan bruges i mødet med borgeren til at informere om evidensen bag interventionerne med henblik på fælles beslutning om borgerens forløb.

Problemstilling

Urininkontinens er et stigmatiseret og tabuiseret problem, der kan føre til betydelig reduktion i livskvaliteten og store begrænsninger i hverdagen (26,27). Nervøsitet for uheld kan føre til at den ramte trækker sig fra sociale og fysiske aktiviteter (26), ligesom seksuallivet kan være negativt påvirket (26,28). Urininkontinens hos kvinder kan være forbundet med skam, håbløshed, påvirket selvværd, angst og depression (26,27).

Mange kvinder med urininkontinens søger ikke professionel hjælp (27,29). I et norsk studie havde kun hver 4. kvinde med urininkontinens søgt professionel hjælp, og kun hver anden kvinde med svære inkontinensgener havde søgt hjælp (29). Årsagerne kan sandsynligvis være at urininkontinens er tabubelagt, men også manglende viden om behandlingsmuligheder kan spille ind (26,27,29).

Urininkontinens er et meget almindeligt symptom hos kvinder. Et dansk studie har vist at 45% af alle kvinder over 18 år rapporterer urininkontinens (30). Prævalensen stiger med alderen, blandt yngre kvinder har omkring 20% urininkontinens, hvorimod prævalensen er omkring 50% for de 40-60 årige. For kvinder over 80 år har op imod 60% urininkontinensgener (30). Fordelt på inkontinensstyper har omkring 45% af de inkontinente kvinder stress urininkontinens, 25% urgency urininkontinens og 30% har blandingsinkontinens. Blandt yngre kvinder er stress inkontinens mest dominerende, hvorimod urgency og blandingsinkontinens er de hyppigste inkontinensformer blandt kvinder over 80 år (30).

Risikofaktorer for urininkontinens er: alder, overvægt, vaginal fødsel, kronisk obstruktiv lungesygdom og at have mindst én ko-morbiditet (30).

I 2016 gennemførte 290 borgere i Københavns kommune et bækkenbundstræningsforløb med en genoptræningsplan fra et hospital (31). Det vurderes at hovedparten blev henvist på baggrund af urininkontinens og/eller descensus. Der er ingen tal på antal forløb via serviceloven.

Evidens

Bækkenbundstræning

Et Cochrane review fra 2018 undersøgte effekten af bækkenbundstræning hos kvinder med urininkontinens (stress, urgency eller blandingsinkontinens). Effekten af træning blev sammenlignet med ingen behandling, sham-behandling eller anden inaktiv kontrol behandling. De inkluderede studier var overvejende af moderat kvalitet (8). Reviewet finder signifikant effekt af bækkenbundstræning på helbredelse og forbedring af inkontinenssymptomer (↑↑) og inkontinensrelateret livskvalitet (↑), samt signifikant og klinisk relevant reduktion af både antallet af inkontinensepisoder (↑) og lækagemængde (↑) (8).

Bækkenbundstræning vurderes at være en sikker intervention hvor der sjældent ses bivirkninger. Det vurderes at bækkenbundstræning kan inkluderes som en del af førstevalgsbehandlingen for kvinder med både stress, urgency og blandingsinkontinens (8) (↑↑).

Evidensen for langtidseffekten af bækkenbundstræning ved urininkontinens er usikker (8) (v).

Superviseret bækkenbundstræning vs ikke superviseret bækkenbundstræning

Den Nationale Kliniske Retningslinje for urininkontinens hos kvinder fra 2016 undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning hos kvinder med urininkontinens sammenlignet med usual care (herunder selvtræning efter engangsinstruktion). Træningen kunne foregå individuelt eller på hold, men

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

skulle indeholde minimum to vurderinger af knibefunktionen foretaget ved indvendig vaginal/anal palpation. Der blev identificeret 12 RCT-studier. Den samlede træningstid i studierne var minimum 12 uger (4). Superviseret bækkenbundstræning havde signifikant og klinisk relevant effekt på inkontinensrelateret livskvalitet, patientoplevet effekt og medførte en signifikant reduktion i antallet inkontinensepisoder. Der gives en svag anbefaling til fordel for superviseret bækkenbundstræning lydende "Overvej at tilbyde kvinder med urininkontinens superviseret bækkenbundstræning" (4)(↑).

Et Cochrane review fra 2011 støtter denne anbefaling. Kvinder der modtager regelmæssig supervision under et træningsforløb er signifikant mere tilbøjelige til at rapportere forbedringer af inkontinenssymptomer end kvinder der træner uden eller med minimal supervision (11)(v). Denne konklusion skal dog tages med stor forsigtighed, da den er baseret på evidens af meget lav kvalitet og få studier.

Hold versus individuel bækkenbundstræning

Et Cochrane review fra 2011 kan på baggrund af begrænset evidens og heterogenitet af interventioner ikke konkludere om der er forskel på effekten af individuel eller holdtræning (11) (v). Et systematisk review fra 2017 inkluderer fem RCT-studier (10). Studierne havde generelt høj risiko for bias. Der var ikke signifikant forskel på bækkenbundstræning givet individuelt eller som holdtræning (10)(v).

Bækkenbundstræning med træningsapp ved stress urininkontinens.

Et nyere svensk studie undersøgte effekten af bækkenbundstræning med en træningsapp hos kvinder med stress urininkontinens. Appen indeholder progredierende bækkenbundstræning, information og livstilsråd i forhold til stress inkontinens samt reminder funktion. Kontrolgruppen fik ingen behandling. Studiet viste at interventionsgruppen opnåede signifikant effekt i forhold til både symptomreduktion, inkontinensrelateret livskvalitet, subjektiv oplevelse af forbedring og reduktion i antallet af ugentlige inkontinensepisoder (12) (↑). Ved follow-up af interventionsgruppen efter 2 år, er der stadig signifikant reduktion af inkontinenssymptomer og inkontinensrelateret livskvalitet i forhold til baseline (32). Det skal bemærkes at generaliserbarheden i studiet er nedsat. Studiepopulationen er 100% selvrekrutteret via internet hjemmeside og kvinderne var yngre end i mange andre træningsstudier og havde højt uddannelsesniveau (12). Et andet svensk RCT-studie viste at et internetbaseret behandlingsprogram muligvis havde bedre effekt end selvtræning via en pjece (14) (v). Internetprogrammet indeholdt de samme elementer som app-studiet samt kognitive metoder til understøttelse af livsstilsændringer og individuel støtte til adherence via mail (14).

Superviseret bækkenbundstræning efter fødsel

Et cochrane review fra 2017 undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning til behandling af urininkontinens i post partum perioden. Fem RCT-studier sammenlignede bækkenbundstræning med usual postnatal care eller ingen behandling. Kvinder der modtog superviseret bækkenbundstræning havde signifikant mindre sandsynlighed for at have urininkontinens 6-12 måneder post partum. Når der blev taget højde for stor heterogenitet, viste resultatet tendens til en klinisk relevant effekt af bækkenbundstræning post partum, men resultatet var ikke længere signifikant. Evidensen var af meget lav kvalitet. Det konkluderes i reveiwet, at det er uklart om superviseret bækkenbundstræning er mere effektivt end usual care eller ingen behandling i forhold til at reducere urininkontinens 6-12 måneder efter fødsel (33) (v).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Sammenfatning bækkenbundstræning:

- Der er fundet effekt af bækkenbundstræning ved både stress, urgency og blandingsinkontinens (8) (↑↑).
- Superviseret bækkenbundstræning ser ud til at have bedre effekt end selvtræning/usual care (4) (↑).
- Langtidseffekten af bækkenbundstræning er usikker (8)(v).
- Det er usikkert om der er forskel på effekten af holdtræning versus individuel træning (10,11)(v).
- Yngre kvinder med stress urininkontinens, kan muligvis opnå effekt af selvtræning via app eller internetbaseret program indeholdende progredierende bækkenbundstræning, information og livstilsrådgivning og reminder funktion/adherence støtte (12,14) (↑).
- Der er usikkert om bækkenbundstræning er effektivt til behandling af urininkontinens i post partum perioden (33) (v).

Strategier til at forbedre adherence til bækkenbundstræning

En artikelserie fra International Continence Society (ICS) undersøgte adherence ved bækkenbundstræning gennem en multimethods tilgang (Systematisk review af RCT-studier, meta-syntese af kvalitative studier og tværnsnitstudier af patient og behandler perspektivet på adherence) (19–21,34,35). Hovedfund er gengivet i flow-chartet under punktet: Barrierer og facilitatorer for bækkenbundstræning der bør adresseres ved et træningsforløb.

Biofeedback i tillæg til bækkenbundstræning

Biofeedback bruges hyppigt i tillæg til bækkenbundstræning. Formålet med biofeedbacktræning kan være hjælp til at lære borgeren at aktivere bækkenbundens muskulatur korrekt eller hjælp til at forbedre udførelsen af bækkenbundstræningen. Biofeedback kan tillige bruges til at fremme motivation og adherence til træning (3). Biofeedback kan gives på en række forskellige måder fx som feedback på elektrisk aktivitet ved elektromyografi (EMG), feedback på knibetryk ved manometri eller feedback på bevægelse ved hjælp af ultralyd (3). Et Cochrane review fra 2011 evaluerede om biofeedback forøgede effekten af bækkenbundstræning hos kvinder med urininkontinens.

Kvinder der modtog biofeedback i tillæg til bækkenbundstræning var signifikant mere tilbøjelige til at rapportere helbredelse eller reduktion af deres urininkontinenssymptomer (3) (v). Mange af de inkluderede studier havde moderat eller høj risiko for bias og biofeedbackgrupperne havde oftest betydelig mere kontakttid med den sundhedsprofessionelle. Sensitivitetsanalyser, hvor kun studier der ikke havde forskelle i bækkenbundstræningsinterventionerne blev inkluderet, viste ingen signifikant effekt af at give biofeedback i tillæg til bækkenbundstræning. Enkelte studier rapporterede bivirkninger i form af mildt ubehag eller at enkelte kvinder fandt behandlingen utiltalende.

Det konkluderes at biofeedback muligvis forøger effekten af bækkenbundstræning hos kvinder med urininkontinens, men det kan ikke afgøres om det er biofeedback eller andre forskelle mellem grupperne som fx øget kontakttid der giver effekten (3) (v).

Kliniske retningslinjer pointerer at brug af biofeedback kan være et nyttigt redskab til kvinder der ikke har voluntær knibefunktion (6,7) (v).

Sammenfatning:

- Biofeedback træning kan muligvis forøge effekten af bækkenbundstræning (3)(v).
- Det kan ikke afgøres om det er brug af biofeedback eller øget kontakttid med en sundhedsprofessionel der giver effekten (3)(v).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

- Biofeedbacktræning kan være et nyttigt redskab til kvinder der ikke har voluntær knibefunktion (6,7) (v).

El-stimulation

Et Cochrane Review fra 2017 evaluerede effekten af el-stimulation ved stress urininkontinens hos kvinder. Kvaliteten af evidensen var generelt meget lav, så der kunne ikke drages robuste konklusioner i reviewet (15).

Evidens af lav kvalitet tyder på, at der ikke er forskel på effekten af el-stimulation og bækkenbundstræning alene (15) (v). Der er sandsynligvis heller ikke er bedre effekt af at give el-stimulation i tillæg til bækkenbundstræning sammenlignet med el-stimulation alene (15)(v).

El-stimulation har sandsynligvis bedre effekt end ingen behandling i forhold til subjektiv helbredelse og inkontinensrelateret livskvalitet (15) (↑) (evidens af moderat kvalitet) og bedre effekt i forhold til forbedring af symptomer (15) (v) (evidens af lav kvalitet).

Evidens af lav kvalitet tyder på at el-stimulation giver bedre effekt end sham behandling ("snyde" behandling) i forhold til subjektiv helbredelse og forbedring af inkontinenssymptomer (15) (v). Det kan ikke konkluderes om el-stimulation forbedrer livskvalitet mere end sham behandling og der er samtidig ikke kliniske relevant effekt på lækagemængde eller antal inkontinensbind.

Der var ikke evidens nok til at afgøre hvilke former for el-stimulation der har bedst effekt (15) (v).

Kliniske retningslinjer beskriver at behandling med el-stimulation kan være en mulighed hos kvinder med urininkontinens der ikke har voluntær knibefunktion, da el-stimulation kan være et nyttigt redskab til at lære at aktivere bækkenbundens muskulatur (5–7) (v).

Sammenfatning:

- Det kan ikke afgøres om el-stimulation giver bedre effekt bækkenbundstræning alene (15)(v)
- Det kan ikke afgøres om el-stimulation i tillæg til bækkenbundstræning giver bedre effekt end bækkenbundstræning alene (15) (v).
- El-stimulation har sandsynligvis bedre effekt end ingen behandling og muligvis bedre effekt end sham behandling (15)(v).
- Det kan ikke afgøres hvilke el-stimulations modaliteter, der har bedst effekt (15)(v).
- El-stimulation kan være et nyttigt redskab til at lære at aktivere bækkenbundens muskulatur hos kvinder uden voluntær knibefunktion (6,7,15)(v).

Blæretræning

Den Nationale Kliniske Retningslinje for urininkontinens hos kvinder fra 2016 evaluerede effekten af blæretræning ved urgency urininkontinens sammenlignet med ingen behandling. Der blev inkluderet 1 RCT-studie. Kvinderne modtog instruktion i blæretræning ved ugentlige konsultationer i 6 uger. Blæretræning resulterede i signifikant og klinisk relevant reduktion i antallet af inkontinensepisoder og signifikant men ikke klinisk relevant forbedring af inkontinensrelateret livskvalitet. Blæretræning vurderes af være præferencefølsomt og tidskrævende for den enkelte kvinde. På denne baggrund sammenholdt med af evidens af meget lav kvalitet og ringe tiltro til estimerne kommer med en svag imod blæretræning som enkeltstående intervention. Anbefalingen lyder: " Tilbyd kun blæretræning som enkeltstående behandling til kvinder med urgency urininkontinens efter nøje overvejelser, da den gavnlige effekt er usikker" (4) (v).

Et Cochrane review fra 2015 evaluerede effekten af bækkenbundstræning i kombination med blæretræning sammenlignet med blæretræning alene (36). To studier blev inkluderet. Populationerne var kvinder med

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

stress urininkontinens, urgency inkontinens eller blandingsinkontinens. Kombinationsbehandling med bækkenbundstræning og blæret træning havde signifikant effekt i forhold til reduktion af inkontinenssymptomer og inkontinensrelateret livskvalitet umiddelbart efter endt behandling. Ved 3 måneders follow up var der ingen signifikante forskelle mellem grupperne. Den samlede kvalitet af evidensen er meget lav. Reviewet konkluderer at det pga. manglende evidens ikke kan afgøres om bækkenbundstræning i tillæg til blæret træning forøger effekten af blæret træning (36) (v).

International Continence Society (ICS) anbefaler i deres kliniske retningslinjer blæret træning i kombination med bækkenbundstræning som førstevalg til kvinder med urgency og blandingsinkontinens (16,17) (v). For kvinder med stressinkontinens anbefales bækkenbundstræning fremfor blæret træning (16,17) (v).

Vibrationsstimulation på perineum og sensorisk stimulation

Der er identificeret et systematisk review fra 2018, der undersøger effekten af perineal vibrationsstimulation til kvinder med stress urininkontinens (37). De finder kun et studie der har undersøgt behandling med perineal vibrations stimulation. Studiet er et dansk, prospektivt pilot studie af meget lav kvalitet. Kvinderne modtog en ugentlig behandling med perineal vibrations stimulation i 6 uger. Efter endt behandling havde kvinderne opnået signifikant reduktion i antallet af inkontinensepisoder og brug af bleer målt med 24 timers dagbog. Der er ingen andre data i studiet. Reviewets samlede konklusion er, at det ikke er muligt at drage konklusioner om effekten af perineal vibrations stimulation til behandling af stress urininkontinens på baggrund af den sparsomme evidens (37) (v).

Kliniske retningslinjer anbefaler at sensorisk stimulation af bækkenbundsmuskulaturen kan gives under palpation som facilitering til voluntær bækkenbundskontraktion, hos kvinder uden voluntær knibefunktion (6,7) (v).

Bækkenbundstræning med vaginalvægte

Et Cochrane review fra 2013 evaluerede effekten af træning med vaginalvægte til kvinder med stress eller blandingsinkontinens. Alle studier var små og mange var dårligt rapporterede, så det var vanskeligt at bedømme kvaliteten. Der kunne derfor kun drages foreløbige konklusioner i reviewet (18).

Det ser ikke ud til at bækkenbundstræning med vaginalvægte giver bedre effekt end bækkenbundstræning alene (18) (v). Det kan ikke påvises at træning med vaginalvægte i tillæg til bækkenbundstræning giver bedre effekt end bækkenbundstræning alene (18) (v). Der er begrænset evidens for at træning med vaginalvægte muligvis er bedre end ingen behandling hos kvinder med stress urininkontinens (18) (v). Mange kvinder finder træning med vaginalvægte svært og ubehageligt (v).

De fleste resultater i reviewet er meget usikre (brede konfidensintervaller) og data er forenelige med at vaginalvægte både kan give både klart bedre og klart være effekt end sammenligningerne. Med de tilgængelige data, er det ikke muligt at fastslå hvilken plads træning med vaginalvægte skal have i behandlingen af stress urininkontinens hos kvinder.

Træning med vaginalvægte i tillæg til anden behandling (bækkenbundstræning/biofeedback træning) kan eventuelt overvejes hvis kvinden finder behandling med vaginal vægte acceptabelt (6,18) (v).

Inkontinensring og inkontinenstampon

Den Nationale Kliniske Retningslinje for urininkontinens hos kvinder fra 2016 evaluerede evidensen for behandling med inkontinensring og inkontinenstampon ved urininkontinens sammenlignet med ingen behandling (4). Der blev inkluderet to RCT-studier, der begge indgår i et Cochrane review (22). Det ene

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

studie inkluderede både kvinder med stress urininkontinens og blandingsinkontinens og fandt signifikant effekt af behandling med inkontinensring. Gruppen der blev randomiseret til 2 ugers kontinuerlig brug af inkontinensring rapporterede signifikant og klinisk relevant forbedring af inkontinenssymptomer og inkontinensrelateret livskvalitet (4) (↑) samt signifikant og klinisk relevant reduktion i antallet af inkontinens episoder (4) (v). Det andet studie inkluderede udelukkende kvinder med stress urininkontinens. Tre grupper modtog behandling med inkontinensring, inkontinenstampon eller ingen behandling. Både inkontinenstampon og inkontinensring reducerede urinlækagemængden ved blevejningstest sammenlignet med kontrolgruppen, men forskellene var ikke signifikante. Fire ud af 18 kvinder i rapporterede ubehag ved brug af inkontinensring og 2 ud 18 ubehag ved brug af tampon (22). På baggrund af den samlede evidens af meget lav kvalitet kommer den Nationale Kliniske Retningslinje med følgende anbefaling ”Overvej at tilbyde kvinder med urininkontinens behandling med inkontinensring eller inkontinenstampon” (4) (↑). Behandling med inkontinensring eller inkontinenstamponer kan tilbydes kvinder som kun oplever inkontinens ved særlige aktiviteter fx i forbindelse med sport. Inkontinensring eller inkontinenstampon kan også tilbydes i ventetiden på operation (4) (v).

Der er identificeret yderligere et RCT-studie, der ikke indgår i den Nationale Kliniske retningslinje (38). Studiet inkluderede kvinder med stress inkontinens og viste signifikant effekt af en inkontinensring på urinlækagemængde ved en klinisk provokationstest. Det skal noteres at studiet udelukkende evaluere den umiddelbare effekt af ringbehandling ved en klinisk provokationstest. Studiet kan således ikke vise om der er effekt af ringbehandling ved længere tids brug i en realistisk hverdags setting (38).

Sammenfatning:

- Behandling med inkontinensring eller inkontinenstampon reducerer muligvis inkontinenssymptomer og antallet af inkontinensepisoder og forbedrer muligvis livskvalitet (4,22)(↑)
- Nogle kvinder oplever ubehag ved brug af inkontinensring eller inkontinenstampon (4,22) (v)

Vægttab til svært overvægtige kvinder med stress urininkontinens

Den Nationale Kliniske Retningslinje for urininkontinens evaluerede om et superviseret vægttabsprogram har effekt ved stress urininkontinens hos svært overvægtige kvinder (BMI > 30). Der blev inkluderet fire RCT-studier. Interventionerne var multimodale og havde fokus på diæt med reduktion af fedt og kalorieindtag, kognitiv terapi og adfærdsterapi samt øgning af fysisk aktivitetsniveau. Kvinder med et BMI over 25 kunne inkluderes, det gennemsnitligt BMI var > 30. Varigheden af programmerne var mellem 3 og 12 måneder. Der var signifikant og klinisk relevant effekt af et superviseret vægttabsprogram i forhold til inkontinensrelateret livskvalitet, vægttab og antallet af ugentlige inkontinensepisoder. Kvaliteten af evidensen var samlet set lav. Retningslinjen kommer med følgende anbefaling: ”Overvej at tilbyde svært overvægtige kvinder med stress urininkontinens superviseret vægttabsprogram” (4)(↑). Et Cochrane review fra 2015 finder lignende resultater. Der er evidens af lav kvalitet, der viser at vægttabsinterventioner har effekt i forhold til inkontinensrelaterede livskvalitet og reduktion af inkontinenssymptomer (23)(↑). Det ser ud til at effekten aftager over tid (23) (v).

Livsstilsinterventioner

Et Cochrane review fra 2015 undersøgte effekten af en række forskellige livsstilsinterventioner til behandling af urininkontinens hos voksne (23). Der blev ikke fundet studier der undersøgte effekten af rygestop eller reduktion af alkoholindtag ved urininkontinens. Ingen studier undersøgte effekten af ændringer i fysisk

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

aktivitet (undgå anstrengende fysisk aktivitet, reducere af højt aktivitetsniveau eller øgning af lavt aktivitetsniveau).

Tre studier undersøgte effekten af ændringer i væskeindtag. Der er indikationer på at urininkontinenssymptomer reduceres når væskeindtag sættes ned, men nogle deltagere rapporterer hovedpine, forstoppelse og tørst ved væskereduktion. Der er ligeledes tegn på at inkontinenssymptomer forværres når væskeindtaget øges. Evidensen er af meget lav kvalitet (23) (v).

Der var insufficente data til at konkludere noget i forhold til om begrænsning af koffeinindtag har effekt ved urininkontinens (23) (v).

Bækkenbundstræning eller slyngeoperation ved stress urininkontinens

Den Nationale Kliniske Retningslinje for urininkontinens hos kvinder undersøgte om bækkenbundstræning er ligeså effektivt som slyngeoperation ved stress urininkontinens. Der blev fundet et RCT-studie, der sammenlignede superviseret bækkenbundstræning med operation med midturrethral slynge. Både operation og bækkenbundstræning havde effekt, men operation havde signifikant større effekt i forhold til både reduktion af inkontinenssymptomer, forbedring af inkontinensrelateret livskvalitet og patientoplevelt effekt (4,39). Der var flere komplikationer ved operation og ingen skadevirkninger ved bækkenbundstræning (4,39). På denne baggrund vurderes det hensigtsmæssigt at afprøve bækkenbundstræning før operation hos kvinder der er motiverede for træning. Der kommer med følgende anbefaling: "Overvej at tilbyde bækkenbundstræning til motiverede kvinder med stress urininkontinens før eventuel operation med midturrethral slynge"(4) (↑).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Litteratur

Referencer

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, m.fl. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4–20.
2. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, m.fl. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* 1. februar 2017;28(2):191–213.
3. Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 6. juli 2011;(7):CD009252.
4. National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2016. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/media/8064FA387FA447CBAE2B945FA280C9E2.ashx>
5. Urinary incontinence in women: management. Clinical Guideline. Nice. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
6. Bernardts ATM, Berghmans LCM, van Heeswijk-Faase IC, Westerik-verschuuren EHML, de Gee-de Ridder I, Groot JAM, m.fl. Review of the evidence. KNGF Guideline for physical therapy in patients with stress urinary incontinence. [Internet]. Royal Dutch Society for Physical Therapy; 2011 [henvist 14. november 2018]. Tilgængelig hos: http://www.kngfrichtlijnen.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/sui_review_of_the_evidence_2011.pdf
7. Bernardts ATM, Berghmans LCM, Van Heeswijk-Frasse IC, Westerik-verschuuren EHML, de Gee-de Ridder I, Groot JAM, m.fl. KNGF Guideline on stress urinary incontinence. Danish version. [Internet]. Royal Dutch Society for Physical Therapy; 2013 [henvist 14. november 2018]. Tilgængelig hos: https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/kliniske-retningslinjer/gyn-obs-urologi/kr_stress-urininkontinens_2013.pdf
8. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 4. oktober 2018;10:CD005654.
9. Anbefalinger for best practice, indhentet fra lokalområderne ved kommenteringsmøde i Københavns Kommune d. 03.12.18 og d. 14.12.18.
10. Paiva LL, Ferla L, Darski C, Catarino BM, Ramos JGL. Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J.* marts 2017;28(3):351–9.
11. Hay-Smith EJC, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 7. december 2011;(12):CD009508.
12. Asklund I, Nystrom E, Sjostrom M, Umefjord G, Stenlund H, Samuelsson E. Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn.* juni 2017;36(5):1369–76.
13. Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ.* 20. februar 1999;318(7182):487–93.
14. Sjöström M, Umefjord G, Stenlund H, Carlbring P, Andersson G, Samuelsson E. Internet-based treatment of stress urinary incontinence: a randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training. *BJU Int.* august 2013;112(3):362–72.
15. Stewart F, Berghmans B, Bo K, Glazener CM. Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 22. december 2017;12:CD012390.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

16. Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, m.fl. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* januar 2016;35(1):15–20.
17. Moore K, Dumoulin C, Bradley C. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury AE, Wein A, editors. *International consultation on urinary incontinence. 5th. edition.* Plymbridge, UK: Health publications Ltd.; 2013. pp.1101-95. 2013.
18. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev.* 8. juli 2013;(7):CD002114.
19. Frawley HC, McClurg D, Mahfooza A, Hay-Smith J, Dumoulin C. Health professionals' and patients' perspectives on pelvic floor muscle training adherence-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper IV of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):632–9.
20. Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence "modifiers": A review of primary qualitative studies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper III of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):622–31.
21. Dumoulin C, Alewijnse D, Bo K, Hagen S, Stark D, Van Kampen M, m.fl. Pelvic-Floor-Muscle Training Adherence: Tools, Measurements and Strategies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar Research Paper II of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):615–21.
22. Lipp A, Shaw C, Glavind K. Mechanical devices for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 17. december 2014;(12):CD001756.
23. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2. december 2015;(12):CD003505.
24. Danmark, Fødevarestyrelsen. De officielle kostråd. Glostrup: Fødevarestyrelsen : [Eksp. www.sundhedsoplysning.dk; 2013.
25. Klarlund Pedersen B, Andersen LB, Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: håndbog om forebyggelse og behandling. Kbh.; 2011.
26. Mendes A, Hoga L, Gonçalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* maj 2017;15(5):1350–408.
27. Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp ZS, Chapple CR. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol.* januar 2012;61(1):88–95.
28. Sen I, Onaran M, Aksakal N, Acar C, Tan MO, Acar A, m.fl. The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Adv Ther.* december 2006;23(6):999–1008.
29. Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Scand J Prim Health Care.* juni 2002;20(2):102–7.
30. Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand.* august 2017;96(8):939–48.
31. Data fra Clickview. Københavns Kommune; 2018.
32. Hoffman V, Soderstrom L, Samuelsson E. Self-management of stress urinary incontinence via a mobile app: two-year follow-up of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* oktober 2017;96(10):1180–7.
33. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Morkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 22. december 2017;12:CD007471.
34. McClurg D, Frawley H, Hay-Smith J, Dean S, Chen S-Y, Chiarelli P, m.fl. Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training - 2011 ICS state-of-the-science seminar research paper i of iv. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):606–14.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

35. Dumoulin C, Hay-Smith J, Frawley H, McClurg D, Alewijnse D, Bo K, m.fl. 2014 consensus statement on improving pelvic floor muscle training adherence: International Continence Society 2011 State-of-the-Science Seminar. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):600–5.
36. Ayeleke RO, Hay-Smith EJC, Omar MI. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 3. november 2015;(11):CD010551.
37. Rodrigues MP, Paiva LL, Ramos JGL, Ferla L. Vibratory perineal stimulation for the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review. *Int Urogynecology J.* april 2018;29(4):555–62.
38. Lovatsis D, Best C, Diamond P. Short-term Uresta efficacy (SURE) study: a randomized controlled trial of the Uresta continence device. *Int Urogynecology J.* januar 2017;28(1):147–50.
39. Labrie J, Berghmans BLCM, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DJC, m.fl. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med.* 19. september 2013;369(12):1124–33.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Nyttige links

Links fra Københavns kommune

- Vejledning i terapeutfaglig dokumentation:
[Minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation | Intra \(kk.dk\)](#)
- Vejledning i effektmåling på genoptræningsområdet:
[Effektmåling på genoptræningsområdet | Intra \(kk.dk\)](#)

Andre links

- National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder
[Link Nationale retningslinje](#)
- Danske Fysioterapeuters Pixi udgave af National Klinisk Retningslinje for urininkontinens hos kvinder
[Link Pixi udgave af National Klinisk retningslinje Urinkontinens kvinder](#)
[Link Pixiebog urin](#)
- Videoer med træningsinstruktioner på Københavns Kommunes hjemmeside
[Link til træningsinstruktioner](#)
- Gynzone, hjemmeside og apps med information til målpopulationen om urininkontinens og bækkenbundstræningsprogrammer
[Videoer på kvindekrop.dk](#) (gratis videoer)
[Link gynzone.dk](#) (Betaling)
- www.tät.nu, hjemmeside med informations materiale og link til appen tät, der er testet i RCT-studie (12)
Appen er gratis og findes på svensk, engelsk, spansk, tysk, arabisk og finsk
http://xn--tt-via.nu/?page_id=694&lang=en

Dokumenter fra VIP

- Urininkontinens, udredning og behandling af gynækologiske patienter – voksne, region Hovedstaden
[Link vip Urininkontinens, udredning og behandling af gynækologiske patienter – voksne, region Hovedstaden](#)
- Urogynækologi, udredning af urininkontinens, Amager og Hvidovre Hospital
[Link vip Urogynækologi, udredning af urininkontinens, Amager og Hvidovre Hospital](#)
- Urogynækologi, Flowchart til udredning af urininkontinens, Amager Hvidovre Hospital
[Link vip Urogynækologi, Flowchart til udredning af urininkontinens, Amager Hvidovre Hospital](#)
- Urininkontinens og samtidig mangelfuld knibefunktion, fysioterapeutisk undersøgelse og behandling til ambulante patienter, Amager og Hvidovre Hospital
[Link vip Urininkontinens og samtidig mangelfuld knibefunktion, fysioterapeutisk undersøgelse og behandling til ambulante patienter, Amager og Hvidovre Hospital](#)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

device") OR (AB "mechanical device") OR (MH "Behavior Therapy+") OR (TI "Behavior Therapy") OR (AB "Behavior Therapy") OR (TI "Behavior management") OR (AB "Behavior management") OR (TI "Behavior intervention") OR (AB "Behavior intervention") OR (TI "behaviour management") OR (AB "behaviour management") OR (TI "behaviour therapy") OR (AB "behaviour therapy") OR (TI "behaviour intervention") OR (AB "behaviour intervention") OR (TI "Bladder retrain*") OR (AB "Bladder retrain*") OR (TI "Bladder train*") OR (TI "Bladder train*") OR (TI "voiding time") OR (AB "voiding time") OR (TI "voiding therapy") OR (AB "voiding therapy") OR (TI "voiding program*") OR (AB "voiding program*") OR (TI "voiding schedul*") OR (AB "voiding schedul*") OR (TI "voiding train*") OR (AB "voiding train*") OR (TI "voiding retrain*") OR (AB "voiding retrain*") OR (TI "voiding interval") OR (AB "voiding interval") OR (TI "voiding, prompt") OR (AB "voiding,prompt")) AND ((MH "urinary Incontinence+") OR (TI "urinary incontinence") OR (AB "urinary incontinence") OR (TI "incontinentia urinae") OR (AB "incontinentia urinae") OR (TI "stress incontinence") OR (AB "stress incontinence") OR (TI "urge incontinence") OR (AB "urge incontinence") OR (TI "urgency incontinence") OR (AB "urgency incontinence") OR (TI "mixed incontinence") OR (AB "mixed incontinence") OR (TI "bladder incontinence") OR (AB "bladder incontinence") OR (TI "overactive bladder") OR (AB "overactive bladder") OR (AB "overactive detrusor") OR (TI "over active detrusor") OR (TI OAB) OR (AB OAB) OR (TI "urine leakage") OR (AB "urine leakage") OR (TI "urinary leakage") OR (AB "urinary leakage"))

Limits: Systematic review, randomized controlled trials. Dato begrænsning 01.01.2015 – 31.12.2018

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Søgematrix:

Urininkontinens

| <i>Population – kombineret med OR</i> | <i>Intervention – kombineret med OR</i> | <i>Comparison</i> | <i>Outcome</i> |
|--|--|-------------------|----------------|
| "Urinary incontinence" "Stress incontinence" "Urge incontinence" "Urgency incontinence" "Mixed incontinence" "Overactive bladder" "Overactive detrusor" "Bladder incontinence" "Urine incontinence" "Urinary leakage" "Urine leakage" "Incontinentia urinae" OAB | Exercise "Occupational therapy" "Physical therapy modalities" "Physical therapy" Physiotherapy Telerehabilitation Immobilization Rehabilitation Patient education as topic "Patient Education" "Pain Management" Pelvic floor muscle exercise* "pelvic floor muscle training" PFMT Kegel exercise* Biofeedback "Feedback system" "Electrical stimulation" "Vaginal cone*" "Conservative treatment" "Incontinence aids" "Continence aids" "Continence guard" "Continence tampon" Pessar* "Vaginal device" "Intra vaginal device" "mechanical device" "Disposable equipment" "Behavior therapy" "Behavior management" "Behavior intervention*" "Bladder train*" "Bladder retrain*" "Voiding therapy" "Voiding time" "Voiding program*" "Voiding Schedul*" "Voiding, prompt*" "Voiding interval" "Voiding train*" "Voiding retrain*" | | Alle |
| Limits: Meta-analyse, Systematic reviews, RCT, fra 01.01.2015 – 12.11.2018 | Language: Engelsk, dansk | | |

In- og eksklusionskriterier for anvendt litteratur:

Inklusionskriterier

- Studier der inkluderer kvinder over 18 år med stress, urgency eller blandingsurininkontinens

Eksklusionskriterier

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

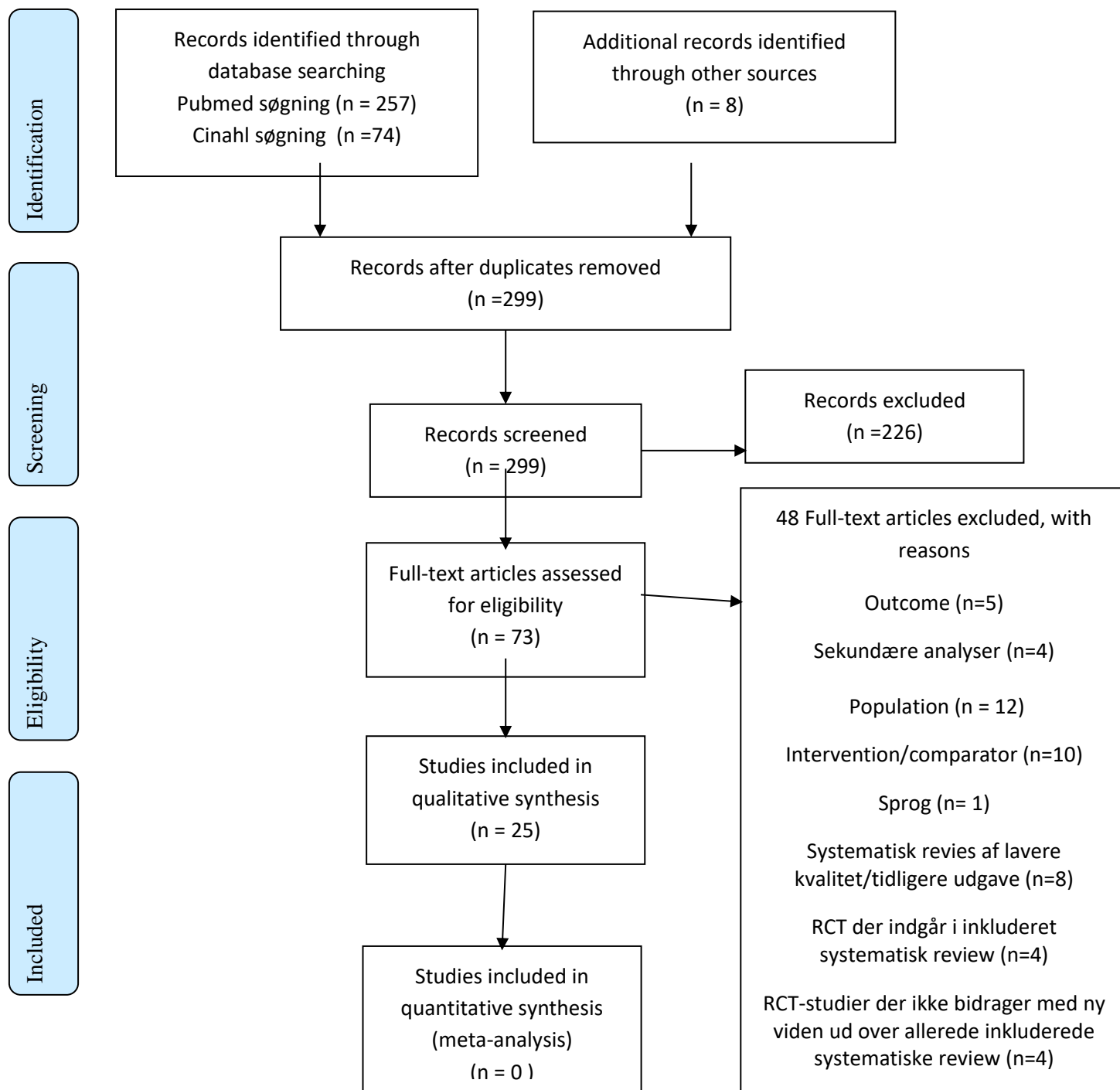
- Studier der udelukkende omhandler behandling af urininkontinens hvor årsagen primært formodes at være relateret til faktorer udenfor urinvejene (fx neurologiske sygdomme, kognitive begrænsninger, manglende mobilitet, eller følger efter cancer eller strålebehandling).
- Studier der omhandler forebyggelse af urininkontinens.
- Studier der omhandler forebyggelse eller behandling af urininkontinens under graviditet.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

www.prisma-statement.org

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:

Kvantitative studier

Randomiserede kontrollerede studier:

- Higgins JPT, Green S (editors) Cochrane handbook for Systematic. Reviews of Interventions. [Link Cochrane handbook](#)
- Observationelle studier - Sign50: [Link Sign50](#)
- Diagnostiske studier- QUADAS 2: [Link QUADAS 2](#)

Se også:

- Whiting PF et al QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Ann Intern Med.* 2011 Oct 18;155(8):529-36.

Kvalitative studier

- CASP: [Link CASP](#)

Se også:

- LANCET – Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines; Malterud K, 2001, 358 (11) 483-88
- JAMA – Users’ Guides to the Medical Literature, XXIII Qualitative Research in Health Care, A. Are the results of the study valid?; Giacomini MK and Cook DJ, 2000, 284 (3) 357-362

Systematiske reviews

- Systematiske Reviews: [Link Amstar systematiske reviews checkliste](#)

Se også:

- Shea BJ et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol.* 2009; 62 (10) 1013-20

Kliniske retningslinjer

- Guidelines - AGREE II: [Link AGREE II guidelines](#)

Se også:

- Brouwers et al. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines

Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier

| | Random sequence generation (selection bias) | Allocation concealment (selection bias) | Blinding of participants and personnel (performance bias) | Blinding of outcome data (detection bias) | Incomplete outcome data (attrition bias) | Selective reporting (reporting bias) | Other sources of bias: Balance in baseline characteristics? | Other sources of bias: Free from performance bias? |
|---------------|---|---|---|---|--|--------------------------------------|---|--|
| Lovatsis 2016 | + | + | ? | ? | + | * - | + | + |
| Asklund 2016 | + | + | - | - | + | + | + | ** - |
| Labrie 2013 | + | - | - | - | + | + | + | *** - |
| Sjostrom 2013 | + | + | - | - | - | + | + | ** - |
| Bø 1999 | + | + | ? | + | + | + | + | + |

*Mangler patientrelevante outcome, der kan belyse effekten ved længere tids brug af inkontinensringen.

** Nedsat generaliserbarhed, da studiepopulationen er 100% selvrekrutteret via internet hjemmeside.

*** Stort antal deltagere skrifter fra trænings til operationsgruppen i løbet af studieperioden, resultaterne fra intention to treat analyser kan derfor være misvisende.

Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR):

| | Dumoulin 2018 | Rodrigues 2018 | Woodley 2018 | Paiva 2017 | Stewart 2017 | Lipp 2014 | Ayeleke 2015 | Imamura 2015 | Herbison 2013 | Hay-Smith 2011 | Herdersche e 2011 |
|--|---|----------------------------|---|---|---|----------------------------|---|----------------------------|---------------|---|-------------------|
| 1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO? | Green | Red | Green | Red | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| 2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol? | Green | Red | Yellow | Red | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Green | Green |
| 3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review? | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red |
| 4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy? | Green | Yellow | Green | Yellow | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| 5. Did the review authors perform study selection in duplicate? | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| 6. Did the review authors perform data extraction in duplicate? | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| 7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions? | Green | Red | Green | Red | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| 8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail? | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| 9. (RCT) Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| 10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review? | Green | Red | Green | Red | Green | Green | Green | Red | Red | Green | Green |
| 11. (RCT) If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? | Green | No meta-analysis conducted | Green | Green | Green | No meta-analysis conducted | Green | No meta-analysis conducted | Green | Green | Green |
| 12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis? | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted | Red | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | Green |
| 13. Did the review authors account for RoB in | Green | Green | Green | Yellow | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|---|---|--|----------------------------|---|----------------------------|---|---|--|
| individual studies when interpreting/ discussing the results of the review? | | | | | | | | | | | |
| 14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review? | | | | | | | | | | | |
| 15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review? | | No meta-analysis conducted | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | | No meta-analysis conducted | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | |
| 16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review? | | | | | | | | | | | |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer/guidelines (AGREE II):

| | | National Klinisk Retningslinje Sundhedsstyrelsen (2016) | Dutch evidence statement (KNGF) inkl. Dansk version 2013 | Nice Clinical Guideline 2013* | International Continence Society (ICS) 2013 |
|-----------------------------------|---|---|--|-------------------------------|---|
| 1. Scope and Purpose | The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described | + | + | + | - |
| | The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically describe | + | - | + | - |
| | The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described | + | + | + | - |
| 2. Stakeholder Involvement | The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups. | + | - | + | - |
| | The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought. | + | - | + | - |
| | The target users of the guideline are clearly defined. | + | + | + | - |
| 3. Rigour of Development | Systematic methods were used to search for evidence. | + | + | + | + |
| | The criteria for selecting the evidence are clearly described | + | - | + | + |
| | The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described | + | - | + | + |
| | The methods for formulating the recommendations are clearly described | + | - | + | + |
| | The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations | + | + | + | - |
| | There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence. | + | + | + | + |
| | The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication. | + | - | + | - |
| | A procedure for updating the guideline is provided. | + | + | + | ? |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|---|
| | | | | | |
| 4. Clarity of Presentation | The recommendations are specific and unambiguous. | + | + | + | + |
| | The different options for management of the condition or health issue are clearly presented | + | + | + | + |
| | Key recommendations are easily identifiable | + | + | + | ? |
| 5. Applicability | The guideline describes facilitators and barriers to its application. | + | + | - | - |
| | The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice | + | + | + | - |
| | The potential resource implications of applying the recommendations have been considered. | - | - | + | - |
| | The guideline presents monitoring and/ or auditing criteria. | + | - | - | - |
| 6. Editorial Independence | The views of the funding body have not influenced the content of the guideline. | + | - | + | - |
| | Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed. | + | + | + | - |

* Delvis opdateret dec. 2015, litteratursøgninger er opdateret og ny litteratur gennemgået. Da den nytilkomne evidens vurderedes ikke at ville ændre på anbefalingerne vedrørende konservativbehandling, opdateres guidelinen udelukkende for kirurgisk behandling af urininkontinens.