

## Differentieringsblankett för preliminär diagnos av urininkontinens

Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_

Kryssa i lämpligt alternativ <input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2
1. Hur många gånger urinerar du på dagen?	<input type="checkbox"/> 5–7	<input type="checkbox"/> 8–10	<input type="checkbox"/> över 10
2. Hur många gånger är du tvungen att stiga upp på natten för att urinera?	<input type="checkbox"/> 0–1	<input type="checkbox"/> 2–3	<input type="checkbox"/> över 3
3. Blir det kvar urin i blåsan efter det att du urinerat?	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ibland	<input type="checkbox"/> ofta
4. Orsakar brådska eller spänning urineringsång?	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> lindrigt	<input type="checkbox"/> kraftigt
5. Avgår det urin vid ansträngning (till exempel när du hostar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ibland	<input type="checkbox"/> någon gång också annars
6. Förekommer urininkontinensen omedelbart i samband med ansträngning?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vet inte	<input type="checkbox"/> efter ansträngning
7. Känner du ett urineringsbehov före urininkontinensen?	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ibland	<input type="checkbox"/> ofta
8. Hur mycket urin avgår det på en gång?	<input type="checkbox"/> droppar	<input type="checkbox"/> en skvätt	<input type="checkbox"/> urinen börjar rinna
9. Kan du avbryta urineringen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> rätt bra	<input type="checkbox"/> nej
10. Har du haft urinvägsinfektioner under de senaste 2 åren?	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> 1–2	<input type="checkbox"/> 3 eller mera / kroniskt

Poäng sammanlagt \_\_\_\_\_

## Instruktioner för läkare

### Differentieringsblankett

Summera poängen.

### Tolkning:

Ju högre poäng desto starkare signal på trängningsinkontinens  
( $< 7$  tyder på ansträngningsinkontinens,  $> 7$  tyder på trängnings- eller blandinkontinens)

### Om poängen är $< 7$ ,

tyder detta på ansträngningsinkontinens.

1. Om den subjektiva besvärsggraden är  $< 50$  %, rekommenderas remiss till fysioterapi för stärkning av bäckenbottenmuskulaturen. Vid behov anges instruktioner för viktninskning och/eller ordineras östrogen. Om patienten inte upplever någon förbättring av symptomen till nästa kontroll, skall patienten få remiss till specialistsjukvården.
2. Om den subjektiva besvärsggraden är  $> 50$  %, rekommenderas remiss till specialistsjukvården.

### Om poängantalet är $> 7$ ,

tyder detta på trängningsinkontinens.

1. Om den subjektiva besvärsggraden är  $< 70$  %, rekommenderas ifyllning av urineringsdagbok och blåsträning. Även medicinering som påverkar detrusormuskeln kan provas. Om patienten inte upplever någon förbättring av symptomen inom 3–4 måndader, skall patienten få remiss till specialistsjukvården.
2. Om den subjektiva besvärsggraden är  $> 70$  %, rekommenderas remiss till specialistsjukvården.

**OBSERVERA!** Innan behandlingen inleds skall gynekologisk undersökning genomföras, urinprov tas samt utredning av klinisk och neurologisk status genomföras. Ifall det uppstår något undvikande, skall patienten behandlas av en specialist. Det rekommenderas att skriva remiss även om tidigare behandling (medicinering, operation etc.) har misslyckats.