



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

## Magisteruppsats

# Distriktssköterskans upplevelser av mötet med äldre kvinnor med urininkontinens inom primärvården

*En intervjustudie*



**Författare:** Stina Johansson & Malin Karlberg

**Handledare:** Kristina Schildmeijer

**Examinator:** Ulrica Lovén Wickman

**Termin:** HT23

**Lärosäte:** Linnéuniversitetet

**Ämne:** Vårdvetenskap

**Nivå:** Avancerad

**Kurskod:** 4VÅ02E



## Abstrakt

**Bakgrund:** Urininkontinens är ett vanligt förekommande besvär hos kvinnor i världen. Äldre kvinnor är den grupp som främst drabbas och orsakerna till detta kan variera. Tidigare forskning visar att leva med urininkontinens påverkar livskvalitén negativt och är förknippat med en känsla av skam. Distriktssköterskor inom primärvården har som uppgift att ge vård till äldre kvinnor med urininkontinens.

**Syfte:** Syftet var att belysa distriktssköterskans upplevelser av att möta äldre kvinnliga patienter med urininkontinens i primärvården.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie genomfördes och informanterna bestod av åtta distriktssköterskor. Analysen av intervjuerna gjordes utifrån en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.

**Resultat:** De tre huvudkategorierna som framkom var: *I mötet med den äldre kvinnan, distriktssköterskans utmaningar i mötet och organisationens utformning. I mötet med den äldre kvinnan* beskrivs subkategorierna att känna sig tillräcklig och att kunna ge stöd. *I distriktssköterskans utmaningar i mötet* beskrivs synen på urininkontinens, hur svårt det kan vara att prata om ämnet och en känsla av att inte räkna till. *Organisationens utformning* handlar om bristen av tillgång på distriktssköterska med inkontinensansvar, att urininkontinens inte prioriteras inom primärvården samt önskan om mer kunskap inom området.

**Slutsats:** Distriktssköterskan upplever att det är viktigt att ge stöd till den äldre kvinnan med urininkontinens. Enligt distriktssköterskorna saknar de kunskap inom ämnet. Att arbeta med urininkontinens kan vara utmanande men det finns också möjligheter att kunna hjälpa kvinnan och ge stöd.

## Nyckelord

Distriktssköterska, möte, primärvården, upplevelser, urininkontinens och äldre kvinnor



## Abstract

**Background:** Urinary incontinence is a common issue among women worldwide. Older women are most commonly affected, and the causes are varied. Previous research shows that living with urinary incontinence has a negative impact on quality of life as well as being associated with feelings of shame. District nurses working in primary health care are tasked with providing care to older women with urinary incontinence.

**Aim:** The aim of the study was to shed light upon the experiences of district nurses when encountering older women with urinary incontinence within primary health care.

**Method:** A qualitative interview study was conducted, with eight district nurses serving as informants. The interviews were analyzed using a qualitative content analysis following the method of Graneheim and Lundman.

**Results:** Three main themes were identified: *The encounter with the older woman*, *the district nurse's challenges during the encounter* and *the structure of the organization*. In *the encounter with the older woman*, the subcategories feeling adequate and being able to provide support are described. In *the district nurse's challenges during the encounter*, the perception of urinary incontinence, the difficulty of approaching the subject as well as a feeling of inadequacy are described. *The structure of the organization* address the lack of access to continence nurses, urinary incontinence not being prioritized as an issue within primary health care and a desire to gain more knowledge in the field.

**Conclusion:** District nurses feel that providing support to older women with urinary incontinence is essential. According to the district nurses, they lack knowledge on the subject. Working with urinary incontinence can be challenging, but also provides opportunities to assist and provide support to the women affected by it.

## Keywords

District nurse, encounter, experiences, older women and primary health care and urinary incontinence.



## Tack

Ett ödmjukt tack till de distriktssköterskor som deltog i vår intervjustudie för eran tid och för att ni delat med er av era upplevelser.

För goda råd och stöd, snabba svar via mejl, tack till vår handledare Kristina Schildmeijer.

Vi tackar också varandra för ett fint samarbete och en rolig tid.

Stina Johansson och Malin Karlberg



## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| 1 Inledning .....  | 1  |
| 2 Bakgrund .....   | 1  |
| 2.1 Urininkontinens ett folkhälsoproblem.....            | 1  |
| 2.2 Typer av och orsaker till urininkontinens.....       | 1  |
| 2.3 Utredning och behandlingsalternativ.....             | 2  |
| 2.4 Att leva med urininkontinens .....                   | 2  |
| 2.5 Distriktssköterskans kompetens i primärvården.....   | 3  |
| 2.6 Mötet .....  | 4  |
| 2.7 Distriktssköterskans arbete med urininkontinens..... | 4  |
| 3. Teoretisk referensram.....                            | 4  |
| 4. Problemformulering .....                              | 5  |
| 5. Syfte .....   | 5  |
| 5.1 Frågeställningar.....                                | 5  |
| 6. Metod .....   | 5  |
| 6.1 Design .....   | 5  |
| 6.2 Urval.....   | 6  |
| 6.3 Genomförande.....                                    | 6  |
| 6.4 Datainsamling .....                                  | 6  |
| 6.5 Dataanalys.....                                      | 6  |
| 6.6 Forskningsetiska överväganden .....                  | 7  |
| 7. Resultat.....   | 8  |
| 7.1 I Mötet med den äldre kvinnan .....                  | 9  |
| 7.2 Distriktssköterskans utmaningar i mötet .....        | 10 |
| 7.3 Organisationens utformning.....                      | 11 |
| 8. Diskussion .....                                      | 13 |
| 8.1 Metoddiskussion .....                                | 13 |
| 8.1.1 Design .....                                       | 14 |
| 8.1.3 Datainsamling .....                                | 14 |
| 8.1.4 Dataanalys.....                                    | 16 |
| 8.1.5 Forskningsetiska aspekter .....                    | 17 |
| 8.1.6 Förförståelse .....                                | 17 |
| 8.2 Resultatdiskussion.....                              | 17 |
| 8.2.1 I mötet med den äldre kvinnan.....                 | 17 |
| 8.2.2 Distriktssköterskans utmaningar i mötet .....      | 18 |
| 8.2.3 Organisationens utformning.....                    | 19 |
| 9. Slutsats .....  | 20 |
| 10. Kliniska implikationer.....                          | 20 |
| 11. Förslag till vidare forskning .....                  | 21 |
| 12. Referensförteckning .....                            | 22 |
| Bilaga 1. Informationsbrev.....                          | 1  |
| Bilaga 2. Informationsbrev.....                          | 2  |
| Bilaga 3. Samtyckesformulär .....                        | 3  |
| Bilaga 4. Intervjuguide.....                             | 4  |
| Bilaga 5. Etisk egengranskning.....                      | 5  |



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö



## 1 Inledning

Urininkontinens är ett stort hälsoproblem i världen och dess förekomst ökar i takt med att befolkningen blir allt äldre. Forskning visar att urininkontinens är mer vanligt hos gruppen äldre kvinnor. Att söka vård för sina urininkontinensbesvär kan vara svårt då det kan vara kopplat till skam och är ett ämne som kan kännas genant att prata om. Att arbeta inom vården kan innebära att möta äldre kvinnor med urininkontinens i olika situationer. Hälso- och sjukvården har en betydelsefull uppgift i att stötta individer med urininkontinens. I mötet med den äldre kvinnliga patienten med urininkontinens har distriktssköterskan en betydelsefull uppgift genom att ge stöd till dessa individer. Tidigare forskning fokuserar på patientens upplevelser av att leva med urininkontinens. Med denna studie vill författarna belysa distriktssköterskans upplevelser i mötet med äldre kvinnliga patienter med urininkontinens. Då författarna kommer att arbeta som distriktssköterskor inom en snar framtid ser vi därför att denna studie kan vara av intresse inför kommande yrke. Författarna ser också urininkontinens som ett intressant ämne för egen del.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Urininkontinens ett folkhälsoproblem

Urininkontinens definieras av International Continence Society (ICS) som ett ofrivilligt urinläckage. Beskrivningen av urinläckaget ska innefatta vilket sorts läckage och frekvens som förekommer. Vilken besvärsgrad personen upplever sig ha samt hur det påverkar personens livskvalité (Abrams et al., 2003).

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2022) blir världens befolkning allt äldre. Gruppen som utgörs av 60 år och äldre beräknas öka från 12% till 22% mellan år 2015 och år 2050. Att säkerställa hälso- och sjukvård till alla dessa äldre kommer att bli en stor utmaning i alla länder (WHO, 2022). I samband med hög ålder ökar förekomsten av geriatriska åkommor där urininkontinens nämns som en av dem (WHO, 2022). Da Maia Lima et al. (2015) menar att urininkontinens är ett globalt folkhälsoproblem och Socialstyrelsen (2016) beskriver att femtio miljoner människor världen över beräknas ha bekymmer minst en gång i veckan av urinläckage. Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem i Sverige (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2013) har mellan 30 - 40% av befolkningen 65 år och äldre i Sverige bekymmer med läckage, vilket omfattar ungefär 534,000 människor.

### 2.2 Typer av och orsaker till urininkontinens

Att lagra och utsöndra urin är urinblåsans viktigaste uppgifter. För att vara kontinent, hålla urinen i blåsan, behöver ett komplicerat samarbete mellan blåsmuskulaturen och nervsystemet fungera och signaler mellan nerver i urinblåsan och hjärnan behöver nå fram (Bardsley, 2016). Personen med urininkontinens kan ha förändringar i muskler och vävnad i bäckenbotten som gör att läckage uppstår. Orsaker som kan leda till att drabbas av urininkontinens är barnafödande och övervikt (Bardsley, 2016; Kilic, 2016). Andra orsaker kan vara urinvägsinfektioner, förstoppningsproblematik och användning av en del läkemedel. Urininkontinens kan också bero på neurologiska skador som till exempel stroke, MS (Multipel skleros) och Parkinson (Bardsley, 2016). Risken att drabbas av urininkontinens ökar med åldern (Bardsley, 2016; Da Maia Lima et al., 2015; Kilic, 2016; Nazarko, 2013).



Det finns olika typer av urininkontinens. Urinläckage som uppstår genom att hastigt få en stark känsla av att behöva kissa kallas trängningsinkontinens. Urinläckage som uppstår vid en fysiskt ansträngande aktivitet, som till exempel hoppa och skratta kallas ansträngningsinkontinens. När symtom på båda ansträngnings- och trängningsinkontinens finns så kallas det för blandinkontinens (Socialstyrelsen, 2016).

I denna studie har författarna valt att se urininkontinens som ett större begrepp och inte särskilja de olika typerna av urininkontinens åt.

## 2.3 Utredning och behandlingsalternativ

Enligt SBU (2013) skall en utredning av inkontinensens orsaker genomföras för att skapa förutsättningar för en lyckad behandling. I utredningen ingår det att undersöka om eventuell urinretention eller urinvägsinfektion kan vara en orsak. En genomgång av användandet av flera olika läkemedel bör göras eftersom de kan påverka varandra. Läkemedel kan inverka på en persons allmäntillstånd, kognitiva funktioner eller på en persons förmåga att känna urinträngningar. Samsjuklighet är också något som bör utredas och vid möjlighet också behandlas då det kan ge inkontinens (SBU, 2013). Enligt Socialstyrelsen (2016) går det att genom att fråga en person om dennes blåstömningmönster för att upptäcka om det eventuellt föreligger risk för inkontinens. I utredning skall anamnes, kartläggning av blåstömningmönster och genomgång av läkemedel ingå (Socialstyrelsen, 2016).

Behandlingsalternativ vid en inkontinens kan vara läkemedelsbehandling med lokalt östrogen som har visat sig minska besvär genom att mikrofloran som skyddar slemhinnan ökar vid behandling. Farmakologiskbehandling vid inkontinens kan också vara läkemedel som har avslappande effekt på urinblåsan och som därmed minskar överaktivitet i urinblåsan. Läkemedel som höjer spänningen i urinrörets slutningsmuskulatur kan användas vid ansträngningsinkontinens.

Blåsträning är en behandling som kan användas vid trängningsläckage vilket kan medföra att antalet toalettbesök kan minskas. Träning av bäckenbottenmuskulaturen har visats ha god effekt för ansträngningsinkontinens. När eventuella övriga behandlingsalternativ inte fungerar och besvär med urinläckage finns kvar kan behov av inkontinenshjälpmedel finnas. Utprovning av inkontinenshjälpmedel skall ske individuellt. Urinkateter kan också vara ett alternativ till behandling, risker och nyttan med en urinkateter skall dock diskuteras noggrant (Socialstyrelsen, 2016).

Ett behandlingsalternativ kan vara kirurgisk behandling och de vanligaste är tension free vaginal tape (TVT) och transobturatorband (TOT). De är operationsmetoder som används vid ansträngningsinkontinens och innebär att ett band läggs som ett stöd under urinröret. Elektrisk stimulering kan användas vid trängningsinkontinens eller blandinkontinens om det finns en ostabil blåsmuskel. Vid bäckenbottenmuskelträning kan stimulering också användas som ett stöd (Martinsson, 2023)

## 2.4 Att leva med urininkontinens

Ett flertal studier beskriver att leva med urininkontinens innebär begränsningar som inverkar negativt på livskvalitén (Aksoy et al., 2022; Bardsley, 2016; Javanmardifard et al., 2022b; Nazarko, 2013; Strickland, 2014). Besvären kan handla om en rädsla för att lukta illa, vilket i sig kan innebära tveksamheter till att motionera och delta i sociala evenemang (Javanmardifard et al., 2022b; Kilic, 2016; SBU, 2013). Enligt Aksoy et al. (2022) och Statens beredning för medicinsk och





social utvärdering (SBU, 2013) upplevs urininkontinens inverka på individens sociala liv och leder till känslor av skam och osäkerhet.

Äldre kvinnor är den grupp som har störst risk att drabbas av urininkontinens och de är den grupp som utgör den största delen av dem som har urininkontinens (Aksoy et al., 2022; Bardsley, 2016; Da Maia Lima et al., 2015; WHO, 2017). Urininkontinens hos kvinnor ökar med åldern och 25% av kvinnorna i gruppen 80 år uppskattas ha urininkontinens (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Lane et al. (2021) har äldre kvinnor värre och mer frekventa symtom relaterat till sin urininkontinens. De drabbas i högre grad av inläggning på sjukhus och har en högre dödlighet på grund av urininkontinens. Lane et al. (2021) och Javanmardifard et al. (2022b) beskriver att äldre kvinnors relationer, välbefinnande och livskvalitet påverkas negativt. Trots att det finns behandlingsmöjligheter och att det finns en negativ påverkan på livskvaliteten är det få av kvinnorna som pratar om sina besvär med hälso- och sjukvården.

Tidigare studier beskriver att äldre kvinnor justerar sitt sociala liv utefter urininkontinensen. De vill undvika uppmärksamhet för att de känner skam och medför en begränsning gällande sina fritidsaktiviteter (Aksoy et al., 2022; Hayder & Schnepf, 2010; Javanmardifard et al., 2022b). Enligt Hayder och Schnepf (2010) upplever de äldre kvinnor som lever i partnerskap att det finns en förståelse och stöttning från sin partner avseende följderna av urininkontinensen. Dock beskriver flera studier att sexualiteten för de äldre kvinnorna påverkas negativt av urininkontinens (Hayder & Schnepf, 2010; Aksoy et al., 2022; Kilic, 2016). Äldre kvinnor med urininkontinens har en större risk att drabbas av depression relaterat till att ha en känsla av att alltid läcka (Kilic, 2016; Nazarko, 2013; WHO, 2017).

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2019) definieras en person som äldre vid 65 år och äldre. I studien kommer vi använda ordet äldre och menar då de personer som är 65 år och äldre.

## **2.5 Distriktssköterskans kompetens i primärvården**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) är primärvårdens grunduppdrag att på ett lättillgängligt sätt tillgodose vanligt förekommande hälso- och sjukvårdsbehov. Att arbeta med förebyggande- och samordnande insatser utifrån befolkningen och patientens behov samt bidra till forskningsarbete.

Distriktssköterskan utövar sitt arbete bland annat inom primärvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Yrkesrollen innebär ett bredare ansvar samt att utveckla omvårdnadsarbetet. Arbetet ska ske utifrån hälsofrämjande perspektiv i stöd för människor i alla åldrar och sjukdomstillstånd. Distriktssköterskan bör ha stor kunskap samt förmågan att kunna möta människor i alla åldrar. Kunskapen kretsar kring de fyra vetenskapliga områdena: omvårdnad, medicinsk vetenskap, folkhälsovetenskap och vårdpedagogik (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Att ha kunskap om förskrivning av läkemedel, medicintekniska produkter samt utprovning och förskrivning av hjälpmedel ingår i distriktssköterskans arbete. Distriktssköterskan har ansvar att samordna och leda dessa uppgifter. Distriktssköterskan bör ha kännedom om hur samhällets normer kan påverka olika grupper och individer. Arbetet innebär också att anta ett etiskt förhållningssätt, arbeta personcentrerat och patientsäkert (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).



## 2.6 Mötet

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att mötet mellan sjukvårdspersonalen och patienten kan vara av en vårdande karaktär. Sjukvårdspersonalen bör vara medveten om vilka signaler de sänder ut under mötet. Om de till exempel upplevs visa bristande intresse för patientens hälsa kan inte ett vårdande möte uppstå. Om sjukvårdspersonalen istället försöker identifiera vad som skapar hälsa och ger patienten stöd i det, kan ett vårdande möte uppstå (Dahlberg & Segesten, 2010). Travelbee (1971) beskriver att det är viktigt att sjuksköterskan i mötet med patienten, ser denne som en unik människa. Med hjälp av kommunikation, som anses vara sjuksköterskans viktigaste verktyg, kan sjuksköterskan skapa en förståelse för patientens situation och verka för att tillgodose patientens behov. En tillfredställande kommunikation i mötet mellan patienten och sjuksköterskan kan leda till att sjuksköterskan blir mer engagerad för patientens skull (Travelbee, 1971).

## 2.7 Distriktssköterskans arbete med urininkontinens

Enligt Martinsson (2023) bör personal inom vård och omsorg vara medvetna om vilka problem urininkontinens kan medföra för individen och i vilken utbredning det förekommer. Det kan upplevas svårt för personer med urininkontinens att söka hjälp för sina besvär. När urininkontinens inte kan behandlas eller botas kan kunskap inom området öka livskvaliteten för patienten. Ökad träning och inkontinenshjälpmedel som är individuellt utprovade kan också vara av betydelse. Målet med behandlingen för urininkontinens skall ske i samverkan med individen, gå att utvärdera och följas upp. Utformade mål kan vara minskat urinläckage, förbättrad livskvalité trots att besvären med urininkontinens kvarstår (Martinsson, 2023).

En av sjuksköterskans uppgifter är att hjälpa äldre personer med sina inkontinensbesvär. Att individanpassa inkontinensvården och att ha personen i centrum vid mötet är betydelsefullt (Bardsley, 2016; Kilic, 2016; Nazarko, 2013). Att bli erbjuden inkontinenshjälpmedel är en rättighet i Sverige för personer med urininkontinens. Regionerna har en skyldighet att bedöma hjälpmedelsbehov, förskriva hjälpmedel, information och uppföljningar kring behovet av inkontinenshjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80). Det är enbart ett litet antal personer som vänder sig till hälso- och sjukvården för att få hjälp med sin urininkontinens vilket kan bero på att de känner skam (Hayder & Schnepf, 2010; Bradsley, 2016).

## 3. Teoretisk referensram

Travelbee (1971) beskriver sin omvårdnadsteori som handlar om relationen och samspelet mellan patienten och sjuksköterskan. Travelbee menar att sjuksköterskan ska se varje patient som en unik människa och skapa en relation sinsemellan. En ömsesidig relation där patienten och sjuksköterskan ser varandra som individuella människor. Båda påverkas av och förstår varandras perspektiv vilket anses vara eftersträvansvärt och beskrivs som "relationen människa till människa". En ökad förståelse för patienten leder också till ett ökat engagemang från sjuksköterskan gentemot patienten. Ett minskat lidande för patienten och kvalitén på patientens vård hänger samman med hur väl "relationen människa till människa" fungerar. Genom relationen kan patientens behov upptäckas och tillgodoses. Med hjälp av kommunikation skapas förståelse och engagemang för patienten. Kommunikationen anses vara det viktigaste verktyget för att uppnå en fungerande relation. Travelbee



menar att kommunikation används för att uppnå syftet med omvårdnaden, att hjälpa individen klara av känslor av lidande och sjukdom (Travelbee, 1971).

Teorin av Travelbee anses passa till studiens syfte eftersom den beskriver att både patienten och sjuksköterskan påverkas av varandras upplevelser. Det är därför relevant, utifrån teorin, att författarna med denna studie ville belysa distriktssköterskans upplevelser i mötet. Författarna eftersträvar att se distriktssköterskan som en unik människa som påverkas av relationen till patienten i enlighet med vad Travelbee (1971) beskriver som "relationen människa till människa".

## 4. Problemformulering

Urininkontinens definieras som ett ofrivilligt urinläckage och är ett stort folkhälsoproblem, där äldre kvinnor utgör den största delen av de som drabbas. Att prata om urininkontinens har visat sig vara förknippat med känslor som rädsla och skam. Dessa känslor kan leda till att personer med urininkontinens inte vågar söka vård. En del av distriktssköterskans arbete inom primärvården innebär att möta äldre kvinnliga patienter med urininkontinens. Travelbees omvårdnadsteori beskriver vikten av en väl fungerande relation där kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten har betydelse för att uppnå mötets syfte. Tidigare forskning utifrån distriktssköterskans upplevelser av mötet med äldre kvinnor som har urininkontinens har visat sig vara begränsad. Syftet med kommande studie anses därför vara relevant. Med denna intervjustudie eftersträvas att erhålla en ökad förståelse för hur distriktssköterskan inom primärvården upplever mötet med äldre kvinnor med urininkontinens.

## 5. Syfte

Syftet var att belysa distriktssköterskans upplevelser av att möta äldre kvinnliga patienter med urininkontinens i primärvården.

### 5.1 Frågeställningar

Vad finns det för möjligheter och utmaningar i mötet mellan distriktssköterskan och den äldre kvinnan med urininkontinens?

Hur kan mötena mellan distriktssköterskan och den äldre kvinnan med urininkontinens förbättras?

## 6. Metod

Här beskrivs metodens delar som innefattar design, urval, genomförande, datainsamling, dataanalys och forskningsetiska överväganden.

### 6.1 Design

En studie med kvalitativ design används för att undersöka personers upplevelser av ett visst fenomen (Polit & Beck, 2021). Studiens syfte och problemområde styr valet av metod (Dahlberg, 2014). Författarna valde att genomföra en intervjustudie, intervjuerna analyserades och utifrån resultatet drogs slutsatser.



## 6.2 Urval

Urvalet styrs av det fenomen som ska studeras samt av syftet som önskas besvaras i studien (Dahlberg, 2014). Inklusionskriterier för informanterna i studien var distriktssköterskor som arbetar inom primärvården i södra Sverige och som träffar äldre kvinnliga patienter med urininkontinens. Distriktssköterskorna ska ha arbetat inom primärvården som distriktssköterska i minst två år. Exklusionskriterier var primärvård som drivs av privata aktörer.

## 6.3 Genomförande

Mejl skickades till avdelningschefer för sju offentliga vårdcentraler i södra Sverige. I mejlet bifogades informationsbrev om syftet och hur genomförandet av studien skulle gå till för att avdelningschefen skulle kunna ge sitt tillstånd till distriktssköterskans medverkan (Bilaga 1). De var totalt fyra avdelningschefer som svarade och de gav sitt skriftliga samtycke till studien. Förslag på distriktssköterskor som uppfyllde kriterierna gavs av avdelningschefen och de första åtta som presenterades mejlades med informationsbrev (Bilaga 2) och samtyckesformuläret (Bilaga 3). Samtliga tackade ja till att medverka i studien och bokades in för intervju. Efter signerat informationsbrev och samtyckesformulär, intervjuades totalt åtta distriktssköterskor.

## 6.4 Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer som spelades in på lösenordskyddade mobiltelefoner. Enligt Polit och Beck (2021) innebär en intervju att insamlingen av data sker genom att författarna ställer frågor till informanten. En semistrukturerad intervju innebär att det finns ett antal förbestämda frågor, en intervjuguide, som kan medföra att det blir lättare att hålla sig i linje med studiens syfte (Polit & Beck, 2021). En intervjuguide användes av författarna (Bilaga 4). En testintervju ute i fält genomfördes med en informant som kunde inkluderas i studien (Engström & Juuso, 2023). Författarna valde att inkludera testintervjun. I testintervjun var båda författarna närvarande. De resterande intervjuerna genomfördes individuellt. Intervjuerna skedde på olika dagar, på en plats som informanten valde och intervjuerna spelades in. Medellängden på intervjuerna var 16 minuter.

## 6.5 Dataanalys

Data analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Det insamlade materialet transkriberades samma dag eller dagen efter intervjun. Författarna transkriberade samtliga intervjuer in i ett Word dokument. Författarna lyssnade sedan en gång tillsammans på de transkriberade intervjuerna och eventuella felskrivningar justerades.

Analysen genomfördes av båda författarna genom att undersöka och tyda den transkriberade texten av intervjuerna. Den transkriberade texten lästes flera gånger av författarna. Innehållet i varje enskild transkriberad text analyserades sedan som en helhet och från texten plockades meningsfulla enheter ut och skrevs in i en tabell i ett nytt Word dokument. De meningsfulla enheterna togs ut genom att författarna tillsammans markerade meningar och ord som hade samma innebörd och svarade på studiens syfte. Dessa enheter kondenseras sedan genom att onödig text togs bort och de kondenserade enheterna bildade en kod. Koderna karakteriserar innehållet i meningsenheterna. Koder som var liknande skapade subkategorier som förenades i



kategorier. Koder som är liknande sattes ihop till kategorier det innebär manifest tolkning av det mest framträdande innehållet (Graneheim & Lundman, 2004).

**Tabell 1.** Exempel på innehållsanalys

| Meningsenhet  | Kondenserad meningsenhet   | Kod                                     | Subkategori              | Kategori                                |
|---|--|---|--------------------------|---|
| Ja men det är väl att i och med att de haft besvär många år utan att söka hjälp så upplever jag att de känner skam för sina besvär. För det är ju vanligtvis bara barn som kissar på sig... | Är väl att de inte söker hjälp trots många år av besvär. Upplever att de känner skam för besvären. | Söker inte hjälp för att de känner skam | Synen på urininkontinens | Distriktssköterskans utmaningar i mötet |
| Det är svårt att prata om det för man vet inte vad man ska säga. Man vill inte lägga sig i för det känns som om det är något personligt. Fast det är något man borde. Känsligt ämne.        | Svårt ämne att prata om. Vill inte lägga sig i fast man borde. Det känns som något personligt.     | Svårt och personligt ämne att prata om  | Svåra samtal             |   |

## 6.6 Forskningsetiska överväganden

I Sverige finns lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) och som beskriver att studier som kan påverka informanten fysiskt eller psykiskt bör granskas av en etikkommitté. En forskningsetisk egengranskning gjordes via Etikkommitté Sydost (Bilaga 5) inför studiens genomförande. I enlighet med egengranskningen och i samråd med författarnas handledare vid Linnéuniversitetet, bedömde författarna att studien inte hade behov av granskning av Etikkommittén Sydost och genomförandet av studien kunde påbörjas.

De fyra grundläggande forskningsetiska principerna har tagits i beaktning och varit vägledande i denna studie. Principerna innebär följande; Informanterna ska informeras om studiens syfte och att deltagandet är frivilligt enligt informationskravet. Informanterna ska ge sitt samtycke till medverkan i studien enligt samtyckeskravet. Informanterna ska inte kunna identifieras av utomstående och obehöriga ska inte få ta del av personuppgifter enligt konfidentialitetskravet. Enligt nyttjandekravet ska uppgifterna som samlas in enbart användas för studiens ändamål (Vetenskapsrådet, 2002).

Enligt informationskravet och samtyckeskravet erhöll informanterna både muntlig och skriftlig information gällande studien (Bilaga 2) för att på så sätt kunna ge ett informerat samtycke innan genomförandet av intervjuerna påbörjades (Bilaga 5).



Kjellström (2017) beskriver att informerat samtycke innebär att informanterna ska delges och förstå informationen de får om studien och därefter få fatta ett beslut om att vilja delta frivilligt och utan några påtryckningar.

Enligt konfidentialitetskravet kommer data att avidentifieras och presenteras på ett sätt så att det inte kan härledas till en enskild individ. Intervjumaterialet förvarades därför på lösenordskyddade mobiltelefoner som enbart författarna hade tillgång till. Författarna valde att utelämna vilket län som studien genomfördes i, för att stärka konfidentialitetskravet. Kjellström (2017) menar på att konfidentialitetskravet bör ta hänsyn till redovisning av till exempel tabeller om informanternas uppgifter, så som kön, ålder och antal arbetade år inom primärvården som distriktssköterska. Vilket i denna studie därför exkluderades. Detta eftersom informanterna verkade inom samma område och risken fanns att de kunde identifieras. All data som författarna samlade in till studien användes enbart till studien i enlighet med nyttjandekravet. Allt materialet till studien, förutom det som presenteras i magisteruppsatsen, kommer sedan att förstöras efter att studien blir godkänd och publicerats på DiVA - Digitala Vetenskapliga Arkivet vid Linnéuniversitetet.

## 7. Resultat

Analysen mynnade ut i tre kategorier: I mötet med den äldre kvinnan, distriktssköterskans utmaningar i mötet och organisationens utformning. De tre kategorierna och åtta subkategorierna presenteras i tabellen nedan (Tabell 2).

**Tabell 2.** Kategorier och subkategorier

| Kategorier                              | Subkategorier  |
|---|--|
| I mötet med den äldre kvinnan           | Att känna sig tillräcklig<br>Att ge stöd   |
| Distriktssköterskans utmaningar i mötet | Synen på urininkontinens<br>Svåra samtal<br>Att inte rätta till  |
| Organisationens utformning              | Bristen på distriktssköterska med inkontinensansvar<br>Oprioriterat område<br>Distriktssköterskans kompetensutveckling |



## 7.1 I Mötet med den äldre kvinnan

### 7.1.1 Att känna sig tillräcklig

Sju av informanterna upplevde att de haft positiva möten med de äldre kvinnorna med urininkontinens. På grund av att det fanns en tacksamhet hos kvinnorna för den hjälp som distriktssköterskan kunde ge, upplevde distriktssköterskan en känsla av att ha ett uppskattat jobb. Distriktssköterskan upplevde också en känsla av att vara nöjd med sig själv och över det arbetet hon utförde på grund av att den äldre kvinnan upplevdes nöjd.

*“Jag tycker att det finns positiva möten med kvinnorna, de är tacksamma för att få hjälpen. På så vis tycker jag det är tacksamt jobb att hjälpa dem”* (Informant nr 2).

Möjligheterna för att hjälpa den äldre kvinnan med urininkontinens beskrevs av distriktssköterskorna handla till stor del om utprovning av rätt inkontinensskydd. Att få rätt stöd och hjälp vid utprovning av inkontinensskydd är det som de flesta kvinnorna hade i fokus vid mötet. Att få rätt inkontinenshjälpmedel gjorde att kvinnan kunde leva mer fritt i samhället. Till exempel att promenera eller utföra en fysisk aktivitet utan att känna oro för att läcka eller att lukta. På så vis upplevde distriktssköterskan att hon hjälpte den äldre kvinnan till en bättre och enklare vardag.

*“Jag har en möjlighet att ge dem en dräglig vardag genom att hitta rätt inkontinensskydd så de vågar gå ut i samhället lite friare. Försäkra dem om att de inte luktar”* (Informant nr 3).

*“....de blir ju väldigt hjälpta av att få ett anpassat inkontinensskydd...det är..känns bra”* (Informant nr 3).

### 7.1.2 Att ge stöd

Det framkom att samtliga distriktssköterskor upplevde att ge känslomässigt stöd utgjorde en viktig del i mötet med den äldre kvinnan med urininkontinens. De kände att det var viktigt att förmedla hopp, berätta att de inte är ensamma och att det finns hjälp från sjukvården att få. Detta stöd ansågs viktigt eftersom distriktssköterskan upplevde att kvinnorna hade en känsla av förtvivlan när de kom till sjukvården med sina besvär. Det kändes bra för distriktssköterskorna när kvinnorna upplevde stöd från dem, över att finnas där, ge dem förståelse och minska deras oro.

*“Det är viktigt att förmedla någon form av hopp för att många är ganska förtvylade när de kommer”* (Informant nr 5).

*“Kvinnorna kände sig förstådda...att man kan hjälpa dem att underlätta deras vardag. Man kan finnas där för dem och ge dem förståelse. Jag kände mig då... att jag kunde vara där för dem på nåt sätt”* (Informant nr 8).



## 7.2 Distriktssköterskans utmaningar i mötet

### 7.2.1 Synen på urininkontinens

Samtliga distriktssköterskor uttryckte en utmaning i över hur synen på urininkontinens i samhället verkar vara. Urininkontinens upplevs fortfarande som ett ämne det inte pratas tillräckligt om, varken mellan vårdpersonal och kvinnorna eller kvinnor emellan sig själva. Ämnet beskrivs av distriktssköterskorna som att det hamnar i skymundan. Samtliga beskrev en känsla av frustrationen över att urininkontinens är tabubelagt och att ämnet inte får tillräckligt med uppmärksamhet trots det är ett vanligt förekommande besvär.

*“Jag känner lite frustration över att det är tabubelagt att prata om det i dagens samhälle” (Informant nr 2).*

*“Patienten kanske inte vill prata om det, det kanske inte är tabu helt men det är heller inget man pratar så mycket om” (Informant nr 7).*

Det framkom att distriktssköterskorna upplevde ämnet urininkontinens var starkt förknippat med känslor av skam hos kvinnorna. Samtliga distriktssköterskor uttryckte också en frustration över att synen på urininkontinens i samhället upplevdes ha stor påverkan på att kvinnorna väntade länge med att söka vård för sina besvär. Distriktssköterskorna upplevde också en osäkerhet kring vad det finns för information om urininkontinens och att de äldre kvinnorna inte vet vilken hjälp det finns att få från sjukvården.

*“Det första man tänker på när man möter äldre kvinnor med urininkontinens är att de är ganska skamligt, de känner skam. De tycker det är jobbigt att berätta om det” (Informant nr 5).*

*“Det är lite frustrerande att de inte söker för sina besvär utan väntar länge. De vet kanske inte att det finns bra hjälp att få” (Informant nr 3).*

En av distriktssköterskorna uttryckte att känslorna av skam som kvinnorna kände kunde bero på att urinläckage ofta är något som förknippas med barn.

*“Ja men det är väl att i och med att de haft besvär många år utan att söka hjälp så upplever jag att de känner skam för sina besvär. För det är ju vanligtvis bara barn som kissar på sig” (Informant nr 3).*

### 7.2.2 Svåra samtal

Att prata om ämnet urininkontinens upplevdes som en utmaning av distriktssköterskorna. Sju uttryckte en viss svårighet i hur de skulle ta upp ämnet. Det upplevdes svårt på grund av att det kändes som att de la sig i något personligt och känsligt. En informant uttryckte att det främst var i början av kontakten det kändes svårt att prata om men att det sedan blev lättare. Det framkom också motstridiga utsagor om detta där en distriktssköterska inte upplevde att det var svårt att prata om urininkontinens med den äldre kvinnan.





*“Det är svårt att prata om det för man vet inte vad man ska säga. Man vill inte lägga sig i för det känns som om det är något personligt. Fast det är något man borde. Det är ett känsligt ämne”*  
(Informant nr 8).

## 7.2.3 Att inte räkna till

En annan utmaning som framkom i arbetet med urininkontinens för distriktssköterskan var en känsla av att inte räkna till. Känslan av att inte räkna till beskrevs vara relaterad till saknaden av den egna kunskapen hos samtliga distriktssköterskor. Det saknades generell kunskap om urininkontinens och hur de på bästa sätt kunde hjälpa kvinnorna med de besvär som urininkontinensen orsakade. Det saknades också kunskap i hur de kunde hjälpa kvinnorna att få ett bra socialt liv och för hur de skulle bemöta kvinnorna på ett tillfredställande sätt.

*“Jag känner ju att jag har dålig kunskap om det här ämnet”*  
(Informant nr 6).

*“Sen känner jag själv att jag saknar tillräckligt med kunskap för att veta hur jag ska bemöta dem på bästa sätt”* (Informant nr 3).

Det framkom förutom okunskapen i att kunna hjälpa kvinnorna ur ett socialt perspektiv, kändes det bara som att det endast finns möjlighet att hjälpa till med att förskriva inkontinenshjälpmedel.

*“Det är mycket okunskap om hur man kan hjälpa dem i att ha ett fortsatt socialt liv. Att man kanske bara skriver ut inkontinenshjälpmedel”* (Informant nr 8).

## 7.3 Organisationens utformning

### 7.3.1 Bristen på distriktssköterska med inkontinensansvar

Samtliga distriktssköterskor beskrev en saknad av tillgång på distriktssköterska med inkontinensansvar i organisationen. Antingen saknades denne på vårdcentralen eller om det fanns en distriktssköterska med inkontinensansvar på plats, ansåg de att denna hade för lite tid till sitt specialistområde.

Distriktssköterskan med inkontinensansvar hade inte tillräckligt med tid för att stötta övriga kollegor i arbetet med urininkontinens. Något som ansågs göra att kvinnorna med urininkontinens inte fick den specialisthjälp som det kanske fanns behov av. Distriktssköterskorna menade också att det inte alltid var just distriktssköterskan med inkontinensansvar som träffade alla patienter med urininkontinens och då hade det varit bra att ha möjlighet till att kunna fråga om råd och stöd. De uttryckte en saknad av att det inte fanns en distriktssköterska som hade ett mer övergripande ansvar över urininkontinens. Att det inte fanns någon som hade extra tid till att sätta sig in i nya riktlinjer och hade mer kunskap om ämnet än övriga kollegor var negativt för distriktssköterskorna.



*“Jag upplever att en del vårdcentraler har inte någon distriktssköterska som har den där extra kunskapen om urininkontinens och har hand om dessa patienter. Det skulle behövas” (Informant nr 3).*

*“Alla förlitar sig på att inkontinenssköterskan har den kunskapen som behövs men det finns tidsbrist hos inkontinenssköterskan. Det är inte alltid hen som träffar de här patienterna” (Informant nr 8).*

## 7.3.2 Oprioriterat område

Distriktssköterskorna upplevde att det var svårt att hjälpa den äldre kvinnan vidare i utredning kring sina besvär. Vilket gjorde att en känsla av frustration upplevdes över att inte kunna hjälpa kvinnan vidare. Det fanns en önskan att kunna göra mer för kvinnorna än utprovning av inkontinenshjälpmedel och ge stöd. De ville ge dem möjlighet till en ordentlig utredning och behandling.

Något som inte kändes bra för distriktssköterskorna var att vårdens förutsättningar inte medförde att de äldre kvinnorna med urininkontinens var prioriterade. Att vården inte kunde hjälpa till utefter deras individuella behov.

*“Jag känner att det är en frustration över att inte kunna hjälpa dem mer att komma vidare med utredning” (Informant nr 1).*

*“Det känns inte bra att vi inte prioriterar dem och inte tillgodoser deras behov. Vården ska ju vara anpassningsbar till varje patient” (Informant nr 8).*

Distriktssköterskorna påtalade att det var just de äldre kvinnorna som inte sjukvården prioriterade. Det var mindre vedertaget att gå vidare i en utredning med till exempel operation för den äldre kvinnan än om det hade varit en yngre kvinna med urininkontinens. De upplevde att kvinnorna prioriterades bort på grund av hög ålder eftersom besvären då kunde anses vara normala. Distriktssköterskorna kände att det var orättvist och ifrågasatte vem som bestämmer när en person ska prioriteras eller inte.

*“Vidare utredning tror jag inte är prioriterat utan det blir mer att nu är du så pass gammal att då kommer de här besvären. Och .... det är ju ojämnt?” (Informant nr 8).*

*“Utmaning att få dem vidare i vårdkedjan för en ordentlig utredning. Kan vi göra något åt det här, utesluta andra orsaker? Det går väldigt trögt i primärvården” (Informant nr 3).*

En informant upplevde det som svårt att få hjälp från läkarens sida för att se om det skulle kunna finnas någon mer hjälp för kvinnan. Det upplevdes tufft att sedan behöva vara den som berättade för kvinnan att vårdcentralens inte skulle gå vidare med någon utredning.



*“Det kan vara svårt att få gehör från läkare för att titta på om det finns någon mer hjälp för kvinnan att få. Å sen behöver jag berätta för kvinnan att läkaren sa nej...ne det är inte så kul” (Informant nr1).*

### 7.3.3 Distriktssköterskans kompetensutveckling

Det framkom att det var betydelsefullt för distriktssköterskan att få mer utbildning för att kunna möta kvinnans behov av stöd, hjälp och utredning. Det var också viktigt att ta del av forskning och vara uppdaterad med ny information för den egna utvecklingen. Detta också för att kunna inge ett förtroende för sina patienter.

*“Men det behövs forskning om urininkontinens så att man hela tiden utvecklar sig så att man hela tiden får ett så stort förtroende för distriktssköterskan” (Informant nr 2).*

Distriktssköterskorna önskade att de kunde få mer tid till kompetensutveckling på jobbet. De hade viljan att utvecklas och för att kunna bli bättre på någonting krävs det tid till att läsa på och ta del av information. Detta för att som distriktssköterska kunna göra mer än att bara förskriva hjälpmedel. Distriktssköterskorna menade också på att det krävs tid och utrymme inför mötena för att kunna ge bra svar och stöd.

*“Det är frustrerande att inte få tid till att bli bättre på saker utan man bara skriver ut hjälpmedel” (Informant nr 7).*

*“Jag tycker det är viktigt att vi får möjligheten till tid för att kunna vara påläst inför mötena” (Informant nr 7).*

Distriktssköterskorna kände att det borde vara mer utbildning om urinkontinens i distriktssköterskeutbildningen. Då det är ett stort antal patienter med dessa besvär som påträffas inom sjukvården. Det behövs mer utbildning för att kunna möta de äldre kvinnornas behov.

*“Inom distriktssköterskeutbildning är den endast en väldigt liten del som handlar om urininkontinens trots att det är så stort och det är så många som har besvär” (Informant nr 2).*

## 8. Diskussion

### 8.1 Metoddiskussion

Överförbarhet, pålitlighet och trovärdighet är kvalitativa begrepp som används för att diskutera studien (Graneheim & Lundman, 2004). I metoddiskussionen diskuterar författarna metodens alla delar som består av; design, urval, datainsamling, dataanalys, forskningsetiska aspekter och förförståelse.

För att kunna bedöma trovärdigheten i en studie behöver författarna redovisa hur de gått till väga vid genomförandet och presentera studiens fynd (Graneheim & Lundman 2004). Enligt Lincoln och Guba (1985) kan en studie beskrivas med olika



kriterier för att uppnå en hög trovärdighet. Dessa kriterier är; trovärdighet som innebär om resultatet är trovärdigt eller ej, pålitlighet som innebär att samma resultat ska kunna uppnås av andra forskare, bekräftelsebarhet som innebär att data har redovisats på ett korrekt sätt och inte förvrängts samt överförbarhet som innebär om resultatet är överförbart och kan appliceras till andra individer eller grupper (Lincoln & Guba, 1985).

## 8.1.1 Design

Studiens syfte var att belysa distriktssköterskans upplevelser av att möta äldre kvinnliga patienter med urininkontinens i primärvården. En kvalitativ design är lämplig då upplevelser av ett fenomen ville studeras (Dahlberg, 2014; Henricson & Billhult, 2017). Kvalitativ design ansågs vara rätt val då författarna ville få en djupare förståelse för fenomenet istället för få fram ett resultat som är generaliserbart som vid en kvantitativ design (Henricson & Billhult, 2017). Istället för intervjustudie hade litteraturstudie kunnat användas men författarna hade ett intresse av att intervjua. Författarna ville skapa egna frågeställningar till ämnet som var av intresse att veta och inte utgå från tidigare forskning som fanns, därav valdes intervjustudie.

## 8.1.2 Urval

I denna studie inkluderades åtta informanter. Enligt Graneheim et al. (2017) kan inte ett särskilt antal informanter rekommenderas utan det är kvalitén på data och syftet som styr. Ett större antal informanter betyder inte att data blir rikare (Graneheim et al., 2017). I kvalitativa studier är en mindre grupp informanter vanligt och där finns en större betydelse av att inkludera personer som har en större variation av erfarenheter som kan ge en mer väl tilltagen data (Henricson & Billhult, 2017). Polit och Beck (2021) beskriver att exakt antal informanter styrs av det material som fås ut och om det anses räcka för att uppnå studiens syfte. Detta beskriver även Dahlberg (2014) att i studier som analyseras med innehållsanalys är storleken på urvalet vanligen mindre. Enligt Graneheim et al. (2017) har urvalet betydelse för överförbarheten av resultatet till andra sammanhang.

Genom ett bekvämlighetsurval kan överförbarheten bli mindre samt att individerna kan representera en mindre population. Om det inte finns tid för ett strategiskt val av informanter kan ett bekvämlighetsurval vara lämpligt för att spara tid (Henricson & Billhult, 2017). Dock menar Graneheim och Lundman (2004) att om det finns variation hos informanterna gällande ålder och vilken erfarenhet de har, kan forskningsfrågan belysas ur olika perspektiv. Bland informanterna som deltog i studien ses en variation i både ålder och erfarenhet. Detta kan enligt Graneheim och Lundman (2004) också kan det leda till att fenomenet ses ur olika synvinklar och variationen av informanter kan öka trovärdigheten. Graneheim och Lundman (2004) menar också för att öka studiens trovärdighet är det viktigt att informanterna har erfarenhet inom ämnet, därför har valet av informanter en stor betydelse. Benner (1993) menar att när en sjuksköterska haft samma arbetsuppgifter under två års tid anses denne som kompetent. Distriktssköterskor med minst två års erfarenhet inom primärvården valdes för att delta i studien.

## 8.1.3 Datainsamling

Genom semistrukturerade intervjuer samlades data in. Polit och Beck (2021) beskriver semistrukturerade intervjuer som ett sätt där informanterna öppet får prata



om sina upplevelser och en mer djupgående förståelse kan skapas (Polit & Beck, 2021). Semistrukturerade intervjuer kan dock innebära svårigheter att hålla sig till syftet, vilket underlättas med hjälp av en intervjuguide (Bilaga 3) (Graneheim & Lundman, 2004). Då författarna var nya som intervjuare underlättade intervjuguiden för författarna att inte tappa bort den röda tråden och möjliggjorde att syftet och frågeställningarna kunde besvaras.

Intervjuerna genomfördes genom fysiskt möte med informanten. Graneheim och Lundman (2004) menar att ha fysiska intervjuer med verbal kommunikation gör det lättare att transkribera och få fram rätt budskap från texten. Till skillnad från transkription av digital kommunikation där budskapet kan missas. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det betydelsefullt att välja den mest passande datainsamlingsmetoden för att skapa trovärdighet. Informanterna fick välja plats för intervjun. Platsen där intervjun utförs ska enligt Engström och Juuso (2023) vara vald i samråd med informanten. Det är viktigt att tänka på att vald plats inte ska ge någon annan möjlighet att lyssna på intervjun, platsen ska kännas trygg för informanten och inte det ska inte förekomma några störande moment (Engström & Juuso, 2023).

Författarna försökte vara öppna och följsamma under intervjun, om informanten kom in på en fråga som inte var i intervjuguidens ordning följde författarna informantens ordning för att sedan återkomma till intervjuguiden. Dahlberg (2014) menar att för att skapa en möjlighet till förståelse av informanternas upplevelser och av ett fenomen bör författarna vara öppna och följsamma i datainsamlingen. Genom att använda sig av intervjuer i datainsamlingen hamnar det fenomen som ska undersökas i centrum och möjlighet till följdfrågor ges (Dahlberg, 2014). För att öka tillförlitlighet användes samma intervjufrågor till samtliga informanter (Graneheim & Lundman, 2004). En informant önskade att få intervjufrågorna en tid innan intervjun för att kunna förbereda sig. Författarna ville dock ha spontana svar och valde därför att inte ge ut frågorna innan.

Under två veckor i september månad samlades data in. Tillförlitligheten kan öka om data samlas in under en kort tid. Om datainsamlingen däremot skulle samlats in under en längre tid kan författarna ändra sitt förhållningssätt under tiden av insamlingen vilket kan påverka tillförlitligheten negativt (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna bedömde att tillförlitligheten ökade eftersom data insamlades under kort tid. Dahlberg (2014) menar att det är betydelsefullt att vara förberedd och grundlig inför sin datainsamling. För att minska risken att intervjuerna blandas ihop och att koncentrationen hos författarna sviktar bör intervjuerna vara uppdelade och intervjuerna bör inte ske samma dag (Polit & Beck, 2021). Därav skedde intervjuerna på olika dagar och delades upp mellan författarna. Genom att författarna beskriver hur användning av tekniska hjälpmedel gick till, som till exempel att intervjuerna spelades in på lösenordskyddande mobiltelefoner, kan studiens pålitlighet öka (Lincoln & Guba 1985).

En testintervju genomfördes vilket enligt Engström och Juuso (2023) är av hjälp för att kunna bedöma om intervjuguiden och dess frågor svarar på studiens syfte och frågeställningar. Testintervjun kan också ge svar på hur den som blir intervjuad förstår frågorna. Utifrån detta kan sedan eventuella justeringar av frågorna göras. Inga justeringar av intervjuguiden gjordes efter testintervjun. Engström och Juuso (2023) menar på att en testintervju kan möjliggöra en konkret uppfattning om hur lång tidsåtgången för intervjuerna blir.



Båda författarna var närvarande vid testintervjun, detta blev dock mindre tidseffektivt och författaren som inte ledde intervjun upplevde sig överflödig. Informanten upplevdes också osäker på vem den skulle vända sig till med sina svar. Enligt Danielsson (2017) finns det nackdelar med att båda författarna är närvarande vid intervjuerna då det kan få informanten att känna sig i underläge och på så sätt kanske informanten inte vågar berätta all information (Danielsson, 2017). Graneheim och Lundman (2004) menar dock att om en författare observerar intervjun kan den ställa frågor som eventuellt missas av intervjuaren. Polit och Beck (2021) menar att det finns nackdelar med att båda författarna inte medverkar vid intervjuerna då båda närvarande innebär att innehållet av data sedan kan diskuteras och därför öka resultatets trovärdighet (Polit & Beck, 2021). Författarna lyssnade därför sedan på alla intervjuerna tillsammans innan transkriberingen för att kunna föra en diskussion om data. Författarna valde att genomföra åtta intervjuer eftersom fler intervjuer inte sågs påverka resultatet i studien. Frågeställningarna och syftet kunde besvaras med mängden insamlade data. Ett genomgående mönster sågs i intervjuerna och författarna ansåg sig kunna skapa kategorier.

## 8.1.4 Dataanalys

Genom en kvalitativ innehållsanalys gjordes analysen av data utifrån Graneheim och Lundmans beskrivning (2004). Denna analysmetod är väl tillämpad att användas i forskning inom vårdvetenskap. Att använda sig av en kvalitativ innehållsanalys innebär att kunna se samband och skillnaderna hos koderna och kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004). En kvalitativ innehållsanalys kan ske genom en latent eller en manifest analys. En manifest innehållsanalys fokuserar på texten, vad texten säger och bildar sedan kategorier. Medan vid en latent innehållsanalys görs tolkning av text för att förklara det underliggande dolda budskapet och bildar teman av kategorier som var liknande (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom författarna inte ville tolka det underliggande budskapet användes en manifest innehållsanalys.

Den insamlade data transkriberades samma dag eller dagen efter intervjun. De transkriberade intervjuerna lyssnades sedan av två gånger och eventuella felskrivningar justerades. Detta för att minska risken för feltolkningar i enlighet med Polit och Beck (2021). Den transkriberade texten lästes sedan av författarna två gånger för att kunna skapa en helhetskänsla. Detta i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) som menar att en känsla av helhet kan skapas när texten läses upprepade gånger. Enligt författarna kan det negativa med att lyssna och läsa intervjuerna och texterna flera gånger vara den begränsade tidsåtgången som finns och att det då tar längre tid att genomföra dataanalysen. Författarna diskuterade tillsammans fram resultatet vilket resulterade i tre kategorier och åtta subkategorier. Författarna sammanställde resultatet genom att under processen föra en diskussion emellan sig och på sätt öka trovärdigheten. Detta i enlighet med Polit och Beck (2021) som menar att resultatets trovärdighet ökar om data diskuteras av författarna. I Dataanalysen beskrivs steg för steg hur analysen gick tillväga och ett exempel på innehållsanalys presenteras. Detta tillsammans med citat ökar enligt Graneheim och Lundman (2004) trovärdigheten. Om dataanalysen har en noggrann beskrivning samt resultatet är väl befogad ökar också överförbarheten av studien (Graneheim & Lundman, 2004).



## 8.1.5 Forskningsetiska aspekter

Helsingforsdeklarationen (2013) beskriver etiska riktlinjer när det kommer till forskning som innefattar människor. Deklarationen nämner att nyttan bör överväga riskerna med forskningen. Författarna bedömde riskerna för skada av att delta i studien som låg då deltagandet var frivilligt, i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013). Vid intervjustudier beskriver Kjellström (2017) att det är viktigt att ta ställning till etiska frågor så som vilka känslor som kan väckas hos informanterna. Författarna hade avsatt tid efter intervjuerna som beredskap utifall att känslor väcktes hos informanterna och de behövde prata en längre stund än vad som var tänkt. Nyttan med studien ansågs vara att få ta del av distriktssköterskors upplevelser och använda dessa som en resurs i annan liknande verksamhet och för författarnas egen del i kommande arbete som distriktssköterskor. Kjellström (2017) beskriver att en studie etiskt kan motiveras om den är till nytta för professionen, individen eller ur ett samhällsperspektiv. Ett studentarbete som handlar om hur vårdpersonal på bästa sätt kan bemöta en person kan vara av värde för professionens del (Kjellström, 2017)

## 8.1.6 Förförståelse

Författarna till studien har båda arbetat som sjuksköterskor i åtta år och har då träffat äldre kvinnor med urininkontinens tidigare, dock inte inom primärvården. Vi valde semistrukturerade intervjuer för att besvara vårt syfte. Genom denna typ av intervju strävade författarna efter att tillämpa ett öppet förhållningssätt för att undvika ledande frågor och författarnas egna åsikter (Polit & Beck, 2021). Författarnas tidigare erfarenheter och upplevelser diskuterades genom arbetets gång. Enligt Lincoln och Guba (1985) ökar pålitligheten av analysprocessen av att författarna reflekterat och diskuterat sin förförståelse inom ämnet innan och under studien. Detta då författarens kunskap, erfarenhet och upplevelse kan påverka analysen av data (Lincoln & Guba, 1985). Enligt Polit & Beck (2021) kan författarna komma tillbaka till informanterna för att be dem läsa och verifiera resultatet, detta för att förstärka trovärdigheten av studien och minimera risken att författarnas perspektiv påverkar texten. Dock var detta något författarna inte ansågs sig ha möjlighet att göra inom tidsramen för studien.

## 8.2 Resultatdiskussion

Analysprocessen resulterade i följande kategorier: i mötet med den äldre kvinnan, distriktssköterskans utmaningar i mötet och organisationens utformning.

### 8.2.1 I mötet med den äldre kvinnan

Ett framträdande fynd i resultatet var att distriktssköterskorna upplevde det som en möjlighet att kunna göra skillnad för den äldre kvinnan genom att hjälpa till med utprovning av inkontinensskydd. Distriktssköterskorna upplevde att med rätt anpassat inkontinensskydd blev de äldre kvinnorna mindre begränsade gällande aktiviteter de ville utföra. Detta är något som även framkommer i studien av Borglin et al. (2020) då utprovning av rätt individuellt anpassat inkontinensskydd kunde hjälpa patienten att inte bli så begränsad och våga röra sig mer ute i samhället. Att ha uppföljande möte med patienten ansågs vara en viktig del av inkontinensvården (Borglin et al. 2020). Travelbeé (1971) beskriver att det är i relationen som patientens behov kan förstås och tillgodoses. Dettat kan då kopplas till studiens resultat då det förefaller betydelsefullt med en bra kommunikation mellan distriktssköterskan och den äldre kvinnan med urininkontinens för att förstå vad



hennes behov är. Russel et al. (2022) menar också att sjuksköterskan ska verka uppmuntrande till användning av rätt anpassat inkontinensskydd (Russel et al. 2022). Vikten av rätt anpassat inkontinensskydd beskrivs i distriktssköterskans kompetensbeskrivning där det står att en distriktssköterska bör ha kompetens för att kunna göra bedömningar av en patients behov gällande förskrivning av hjälpmedel (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Samtliga distriktssköterskor upplevde att ge stöd och förståelse gentemot patienten var en viktig del i mötet. Tidigare studier betonar också vikten av att personalen ger stöd, visar förståelse och engagemang för den patient som söker vård för urininkontinens (Bascur-Castillo et al., 2019; Borglin et al., 2020; Javanmardifard et al., 2022a; Russel et al., 2022). Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan bidrar med ett större engagemang för patienten om det finns en förståelse för patientens situation. Det är viktigt att förstå varandras perspektiv för att skapa rätt förutsättningar för relationen dem emellan och därmed få god kvalitet på vården. I Javanmardifard et al. (2022a) uttryckte äldre kvinnliga patienter med urininkontinens att förutom stödet från sjukvårdspersonalen så var stödet från samhället i stort viktigt. Stöd från vänner och familj, som accepterade och var följsamma till kvinnans besvär och kunde anpassa sig till kvinnans förutsättningar när de var i olika omgivningar var också viktigt. I studien av Borglin et al. (2020) beskrivs av sjuksköterskorna en annan aspekt av att ge stöd. De menar att det stöd de gav kunde leda till att skapa förtroende i mötet med den äldre patienten med urininkontinens. De beskrev vikten av att skapa ett möte som ger trygghet. Detta kunde hjälpa till att bevara känslan av värdighet hos den äldre (Borglin et al. 2020). Travelbee (1971) beskriver att kommunikation används för att kunna uppnå syftet med omvårdnaden. Som i denna studie kan visa sig genom att distriktssköterskorna använder sig av kommunikation i mötet för att ge stöd i att hjälpa den äldre kvinnan med urininkontinens att hantera sin känsla av oro.

Ett annat fynd som framkom i resultatet var att flertalet av distriktssköterskorna kände att de hade upplevt mötet med de äldre kvinnorna som positiva. Distriktssköterskorna upplevde att deras jobb var tacksamt och upplevde en tacksamhet från kvinnorna de hjälpte. Detta menar Travelbee (1971) då i en god relationen skapas större förutsättningar för det positiva mötet. Albers-Heitner et al. (2011) beskriver i sin studie att specialistsjuksköterskor inom urininkontinens upplevde att deras patienter var belåtna med den vård som de fick. Patienterna var nöjda med den information de fick och att deras besvär gällande urininkontinens uppmärksammades. Studien beskriver också att specialistsjuksköterskorna kände sig nöjda med sitt arbete och kände att deras arbete uppskattades av patienterna (Albers-Heitner et al. 2011).

## 8.2.2 Distriktssköterskans utmaningar i mötet

En utmaning för distriktssköterskan i arbetet och som var framträdande i resultatet var hur synen på urininkontinens framställdes i samhället. Det pratades inte tillräckligt om ämnet, det upplevdes tabubelagt och ansågs vara förknippat med känslor av skam. Denna syn på urininkontinens ansågs påverka de äldre kvinnorna då de väntade längre med att söka vård. Detta beskrivs också i tidigare studier där sjuksköterskorna upplevde att den äldre hade svårt att acceptera sin urininkontinens, undvek att söka sjukvård eftersom besvären gällande urininkontinens var generande för patienten att prata om. Urininkontinens upplevdes påverka patientens känsla av värdighet (Borglin et al., 2020; Russel et al., 2022). I enlighet med Travelbee (1971)





påverkas både sjuksköterskan och patienten av varandra och genom att förstå varandras perspektiv kan det bli en bättre kvalitet på vården. Därav är det av vikt att ta del av det som framkom i denna studie, och förstå hur synen på urininkontinens i samhället påverkar sjuksköterskorna, men också enligt tidigare studier de äldre kvinnornas perspektiv. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2019) bör distriktssköterskan ha förståelse för den sociala omgivningen vi befinner oss i, vilken innebörd och påverkan det kan ha för en persons hälsa och utforma vården efter det. Flertal studier gällande de äldre kvinnornas upplevelser av att leva med urininkontinens bekräftar detta. Ämnet känns tabubelagt, det är förknippat med känslor av skam och de undviker därför att prata eller söka sjukvård för sina besvär (Aksoy et al., 2022; Hayder & Schnepf, 2010; Javanmardifard et al., 2022b; Strickland, 2014).

Resultatet visade att distriktssköterskorna upplevde en känsla av otillräcklighet. Känslan av att inte räkna till beskrevs av samtliga distriktssköterskor bero på att de saknade kunskap om urininkontinens och hur de skulle kunna hjälpa de äldre kvinnorna på bästa sätt. Bascur-Castillo et al. (2019) beskriver vikten av att som vårdpersonal ha tillräcklig kunskap om urininkontinens samt att som patient få bra och tillräcklig information om sina besvär (Bascur-Castillo et al. 2019). Detta kan styrka resultatet i denna studie då den påpekar vikten av att ha god kunskap kring ämnet urininkontinens i sitt arbete som distriktssköterska. Wiers och Keilman (2017) beskriver också att det finns brister i kunskapen hos vårdpersonalen om urininkontinens. En faktor som beskrivs vara avgörande för att urininkontinensen inte blir behandlad är att vårdpersonalen inte frågar den äldre kvinnan kring förekomsten av ofrivilligt urinläckage (Wiers & Keilman, 2017).

### 8.2.3 Organisationens utformning

Flertalet av informanterna saknade tillgång till en distriktssköterska med inkontinensansvar på sin arbetsplats eller att det saknades tid för denne att ge stöd till distriktssköterskan. Thompson (2019) beskriver att sjuksköterskor som arbetar med inkontinens upplever ett bristande stöd från sin arbetsgivare. Sjuksköterskorna kände sig rädda för att deras arbete med inkontinens skulle bli bortprioriterat främst av ekonomiska skäl, och att de då skulle få arbeta med mer generella sjuksköterskeuppgifter. Sjuksköterskorna uttryckte ett behov av att skydda den specialistkompetens i urininkontinens som de hade byggt upp och att detta kunde leda till att locka fler sjuksköterskor till att intressera sig för området (Thompson, 2019). Enligt Bascur-Castillo et al. (2019) är det av betydelse för den som söker vård att erhålla ett professionellt stöd och de förväntar sig att de som arbetar med urininkontinens har specialistkunskap inom ämnet. Albers-Heitner et al. (2011) menar att sjuksköterskor med specialistutbildning inom inkontinens har en mer specifik kunskap kring ämnet och avsätter mer tid till att prata, utreda och motivera patienten till att prova den behandling som är möjlig.

I resultatet beskrev distriktssköterskorna att den äldre kvinnans besvär med urininkontinens inte var prioriterade inom sjukvården. Resultatet visar att flertalet informanter upplevde att den äldre kvinnan nästan förväntades ha besvär med urininkontinens och att det därför inte prioriterades. I Borglin et al. (2020) studie framkom också att sjuksköterskorna inte heller upplevde att urininkontinens var ett prioriterat område, särskilt då det gällde äldre kvinnor. När ämnet togs upp med distriktsläkaren, normaliserades problemet som att det var en effekt av barnafödande. Därför behövdes ingen vidare utredning och det var förskrivning av inkontinensskydd som enda åtgärd. Patienterna fick inkontinenshjälpmedel utprovat



men trots att det fanns andra bättre åtgärder och insatser för att hjälpa patienten var de inte prioriterade varken på sjukhus eller inom primärvården (Borglin et al. 2020).

Att forskning och kompetensutveckling var av betydelse för distriktssköterskan framkom i resultatet. Både för att patienten skulle få bästa möjlig vård och för distriktssköterskans egen kompetensutveckling. Park et al. (2015) beskriver att de som arbetar inom sjukvården med urininkontinens får mer grundläggande kunskaper om ämnet och att det kan generera att de som har behov av vård för sina urininkontinensbesvär får en bättre vård. Det är därför av betydelse att upprätthålla en klinisk kompetens hos personalen.

## 9. Slutsats

Det framkommer i studien att distriktssköterskan upplever att det är viktigt att ge stöd till den äldre kvinnan med urininkontinens. Distriktssköterskan upplever också att de saknar kunskap inom ämnet och att arbeta med urininkontinens kan vara utmanande. Det finns också möjligheter i att kunna hjälpa de äldre kvinnorna på ett sätt som kan underlätta. Till exempel med utprovning av inkontinensskydd och erbjuda stöd i hur de ska hantera sin oro för läckage. Inom primärvården saknas resurser som till exempel tillgång till en distriktssköterska med inkontinensansvar för bättre förutsättningar till att kunna förbättra vården. Distriktssköterskorna upplever att det finns ett behov av förbättringar för att skapa en inkontinensvård som kan tillgodose behoven för de äldre kvinnorna men också för att känna en tillräcklighet i sitt arbete. En ökad kunskap om urininkontinens och en organisation som prioriterar urininkontinensvården upplever distriktssköterskan kan bidra till en bättre vård och en bättre arbetsmiljö.

## 10. Kliniska implikationer

Denna studie leder till en inblick i distriktssköterskors upplevelse av mötet med den äldre kvinnan med urininkontinens i primärvården. Den vänder sig till alla professioner inom vården som vill ta del av dessa upplevelser och på så vis kanske få idéer på vad som kan vara bra att tänka på i dessa möten. Distriktssköterskor kan i sitt arbete ha nytta av studien genom att få ta del av andra kollegors tankar och upplevelser. Något som kan hjälpa en själv att hantera exempelvis känslan av otillräcklighet som framkom i studiens resultat.

Det behövs samhällsinsatser för att få fler att våga öppna upp sig om sin urininkontinens och söka vård. Som till exempel information om urininkontinens och vart man kan vända sig för rätt hjälp. Det finns ett behov av ökad kunskap och information kring urininkontinens både för vårdpersonal och för individen i samhället. Genom detta kan en större förståelse för urininkontinens uppnås och på så sätt kan samhället få en mer positiv inställning vilket kan bidra till att minska skammen kring ämnet. Organisationer behöver se över sina resurser gällande personal så att rätt kompetens finns på rätt plats och finns tillgänglig för den som har behov.



## 11. Förslag till vidare forskning

Vidare forskning kring hur distriktssköterskor upplever mötena mellan distriktssköterskan och den äldre kvinnan med urininkontinens rekommenderas. Fortsatt forskning inom detta ämne för att utveckla vården inom urininkontinens kan vara av betydelse både för den äldre kvinnan och distriktssköterskan. Mer forskning om behandlingsmöjligheter för kvinnor med urininkontinens hade varit värdefullt. Fortsatt utbildning för personal inom ämnet krävs också för att kunna ge den vård som de äldre kvinnorna med urininkontinens behöver för att deras behov ska kunna tillgodoses.

Författarna valde att inte undersöka distriktssköterskors upplevelser från vårdcentralerna inom den privata sektorn. Författarna upplever att det hade varit intressant och se om det finns skillnader mellan distriktssköterskors upplevelser som arbetar inom primärvården i regionen respektive hos de som arbetar inom den privata primärvården.



## 12. Referensförteckning

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., Wein, A., & Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, *61*(1), 37–49.  
[https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)

Aksoy, Y. E., & Yilmaz, S. D. (2022). The Effect of Urinary Incontinence Symptoms on Sexual Functions and Quality of Life in Women. *Sexuality & Disability*, *40*(1), 195–207. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09714-y>

Albers-Heitner, P. C., Lagro-Janssen, T. A., Venema, P. P., Berghmans, B. L., Winkens, R. R., de Jonge, A. A., & Joore, M. M. (2011). Experiences and attitudes of nurse specialists in primary care regarding their role in care for patients with urinary incontinence. *Scandinavian journal of caring sciences*, *25*(2), 303–310.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.008out27.x>

Bardsley, A. (2016). An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*, *25*(18), S14–S21. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.18.S14>

Bascur-Castillo, C., Araneda-Gatica, V., Castro-Arias, H., Carrasco-Portiño, M., & Ruiz-Cantero, M. T. (2019). Determinants in the process of seeking help for urinary incontinence in the Chilean health system. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *144*(1), 103–111. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12685>

Borglin, G., Hew Thach, E., Jeppsson, M., & Sjögren Forss, K. (2020). Registered nurse's experiences of continence care for older people: A qualitative descriptive study. *International journal of older people nursing*, *15*(1), e12275.  
<https://doi.org/10.1111/opn.12275>

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Studentlitteratur.

Da Maia Lima, C. F., Pereira Caldas, C., Correa Trotte, L. A., Oliveira Ferreira, A. M., & Corrêa da Silva, B. M. (2015). Behavioral Therapy for the Urinary Incontinence of Elderly Woman. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, *9*(8), 8762–8770. <https://doi.org/10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201501>

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande* (1 uppl.) Natur & kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1 uppl.) Natur & kultur.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 143–154). Studentlitteratur.



Engström, Å., & Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 151-163). Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hayder, D., & Schnepf, W. (2010). Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative study. *Western journal of nursing research*, 32(4), 480–496. <https://doi.org/10.1177/0193945909354903>

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan., s 111–120). Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. (2013). Hämtad 2023-09-05 från [WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association](https://www.wma.net/what-we-do/ethics/helsinki-declaration)

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

*Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:80). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780\\_sfs-2017-80/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80/)

Javanmardifard, S., Gheibizadeh, M., Shirazi, F., Zarea, K., & Ghodsbin, F. (2022a). Experiences of Urinary Incontinence Management in Older Women: A Qualitative Study. *Frontiers in public health*, 9, 738202. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.738202>

Javanmardifard, S., Gheibizadeh, M., Shirazi, F., Zarea, K., & Ghodsbin, F. (2022b). Psychosocial Experiences of Older Women in the Management of Urinary Incontinence: A Qualitative Study. *Frontiers in psychology*, 13, 785446. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.785446>

Kılıç M. (2016). Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. *SpringerPlus*, 5(1), 1331. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2965-z>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s 57–80). Studentlitteratur.



*Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Lane, G. I., Hagan, K., Erekson, E., Minassian, V. A., Grodstein, F., & Bynum, J. (2021). Patient-Provider Discussions About Urinary Incontinence Among Older Women. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 76(3), 463–469. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa107>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.

Martinsson, A. (16 maj 2023). *Urininkontinens*. <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/urinvargar/urininkontinens/oversikt/>

Nazarko L. (2013). Urinary incontinence: providing respectful, dignified care. *British journal of community nursing*, 18(2), <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.2.58>

Park, S., De Gagne, J. C., So, A., & Palmer, M. H. (2015). Knowledge, attitudes, beliefs, and practices in registered nurses and care aids about urinary incontinence in Korean nursing homes: a cross-sectional survey. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 42(2), 183–189. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000095>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition. International edition). Wolters Kluwer.

Russell, D., Stoddard, M. D., Morgan, N., McDonald, M. V., Dignam, R., Bowles, K. H., Prigerson, H. G., & Chughtai, B. (2022). Nurse perspectives on the psychosocial care of patients with urinary incontinence in home hospice: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 36(1), 135–141. <https://doi.org/10.1177/02692163211043378>

Socialstyrelsen. (2016). *Blåsdysfunktion hos äldre personer: Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård*. (Artikelnummer 2016-9-33). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-9-33.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk översikt*. (SBU utvärderar 219). [https://www.sbu.se/contentassets/911d0909b43a44b9a35e8a207c164274/Urininkontinens\\_2013\\_219.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/911d0909b43a44b9a35e8a207c164274/Urininkontinens_2013_219.pdf)

Strickland, R. (2014). Reasons for Not Seeking Care For Urinary Incontinence in Older Community-Dwelling Women: A Contemporary Review. *Urologic Nursing*, 34(2), 63–94. <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2014.34.2.63>

Svensk sjuksköterskeförening (2019) Distriktssjuksköterskor-kompetensbeskrivning. Hämtad 2023-04-03 från



<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssk%C3%B6terska%202019.pdf>

Thompson, J. (2019). Professional profile and workforce issues of nurse continence specialists in Australia. *The Australian and New Zealand Continence Journal*, 25(2), 45–49. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.460631387290549>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2 uppl.). Davis.

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. [https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf)

Wiers, S. G., & Keilman, L. J. (2017). Improving Care for Women With Urinary Incontinence in Primary Care. *Journal for Nurse Practitioners*, 13(10), 675–680. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.08.010>

World Health Organization. (Oktober 2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

World Health Organization (2019). *Definition of an older or elderly person*. <https://www.scribd.com/document/190077600/WHO-Definition-of-an-Older-or-Elderly-Person>

World Health Organization. (Juni 2017). *Integrated care for older people (ICOPE) Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>



### Bilaga 1. Informationsbrev

#### **Informationsbrev om studien “Distriktssköterskans möte med äldre kvinnliga patienter med urininkontinens”**

Informationsbrev till verksamhetschef/avdelningschef inom primärvården. Vi vill härmed ansöka om att få tillstånd till distriktssköterskans medverkan i vår studie. Vårt syfte är att belysa distriktssköterskans upplevelser av att möta äldre kvinnliga patienter med urininkontinens i primärvården.

Urininkontinens är ett av de geriatriska besvären som ökar i takt med åldern. Flera forskare menar att urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem både i Sverige och i övriga världen. Tidigare forskning beskriver att urininkontinens är mer förekommande hos gruppen äldre kvinnor. Urininkontinens kan vara ett besvär som är svårt att söka vård för då det kan anses genant. Hälso- och sjukvården har en viktig uppgift i att stödja individer med urininkontinens. Då vi själva ska arbeta som distriktssköterskor inom en snar framtid och kommer möta dessa patienter vill vi undersöka distriktssköterskans upplevelser. Vi har som mål att genomföra intervjuer med fem till tio distriktsjuksköterskor från olika vårdcentraler i södra Sverige. Studien är frivillig, går när som helst och utan skäl att avbryta. Intervjuerna kommer att ta cirka 30 min. De kommer att spelas in, transkriberas och allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Inklusionskriterier är distriktsjuksköterskor som har arbetat inom primärvården i minst två år och träffar kvinnliga patienter med urininkontinens. Vi vill komma i kontakt med distriktssköterskor som inkluderas i våra kriterier. Informanterna kommer att få ett informationsbrev samt lämna sitt skriftliga och muntliga samtycke till medverkan.

Vi är två sjuksköterskor som i vår utbildning till distriktssköterska vid Linnéuniversitetet skall skriva en magisteruppsats. Denna studie kommer att publiceras i Diva Portalen via Linnéuniversitetet och där kan ni ta del av den. Förhoppningsvis kan den bidra till något nytt perspektiv i er verksamhet. Välkommen med eventuella frågor eller funderingar till oss.

Med vänliga hälsningar

Malin Karlberg

Stina Johansson

[mkalq09@student.lnu.se](mailto:mkalq09@student.lnu.se)

[sj222gc@student.lnu.se](mailto:sj222gc@student.lnu.se)

Handledare:

Kristina Schildmeijer

[kristina.schildmeijer@lnu.se](mailto:kristina.schildmeijer@lnu.se)

Undertecknad godkänner härmed datainsamling enligt beskrivningen ovan

-----  
Namn/Titel/Verksamhet/Ort/Datum





## Bilaga 2. Informationsbrev

### **Informationsbrev om studien “Distriktssköterskans möte med äldre kvinnliga patienter med urininkontinens”**

Informationsbrev till distriktssköterskor inom primärvården

Du tillfrågas om att delta i en intervjustudie med syftet att belysa distriktssköterskans upplevelser av att möta äldre kvinnliga patienter med urininkontinens i primärvården.

Urininkontinens är ett av de geriatriska besvären som ökar i takt med åldern. Flera forskare menar att urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem både i Sverige och i övriga världen. Tidigare forskning beskriver att urininkontinens är mer förekommande hos gruppen äldre kvinnor. Urininkontinens kan vara ett besvär som är svårt att söka vård för då det kan anses genant. Hälso- och sjukvården har en viktig uppgift i att stödja individer med urininkontinens. Då vi själva ska arbeta som distriktssköterskor inom en snar framtid och kommer möta dessa patienter vill vi undersöka distriktssköterskans upplevelser. Då du medverkar i dessa möten med kvinnliga patienter med urininkontinens önskar vi genom en intervju på ca 30 minuter få en inblick i dina upplevelser. Studien är frivillig, går när som helst och utan skäl att avbryta. Din intervju kommer att spelas in, transkriberas och allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Vi önskar att få ditt skriftliga samtycke där du godkänner din medverkan innan vi påbörjar studien.

Vi är två sjuksköterskor som i vår utbildning till distriktssköterska vid Linnéuniversitetet skall skriva en magisteruppsats. Denna studie kommer att publiceras i Diva Portalen via Linnéuniversitetet och där kan ni ta del av den. Förhoppningsvis kan den bidra till något nytt perspektiv i er verksamhet. Välkommen med eventuella frågor och funderingar till oss.

Med vänliga hälsningar

Malin Karlberg

Stina Johansson

[mkalq09@student.lnu.se](mailto:mkalq09@student.lnu.se)

[sj222gc@student.lnu.se](mailto:sj222gc@student.lnu.se)

Handledare:

Kristina Schildmeijer

[kristina.schildmeijer@lnu.se](mailto:kristina.schildmeijer@lnu.se)

Undertecknande godkänner härmed att Malin Karlberg och Stina Johansson utför datainsamling enligt beskrivningen ovan:

-----  
Namn/Titel/Verksamhet/Ort/Datum



### Bilaga 3. Samtyckesformulär

Jag har läst informationsbrevet om studien ”**Distriktssköterskans möte med äldre kvinnliga patienter med urininkontinens**” och fått muntlig information. Den skriftliga informationen har jag fått behålla. Tillfälle har givits att ställa frågor om studien och få dessa besvarade. Information om att det är frivilligt att delta, att jag när som helst och utan att uppge orsak kan avbryta deltagandet har givits. Jag samtycker härmed till deltagandet i studien.

-----

Underskrift deltagare

-----

Namnförtydligande, ort, datum



## Bilaga 4. Intervjuguide

Ålder:

Kön:

Antal arbetade år som distriktssköterska?

Antal arbetade år på vårdcentral?

I kommande intervju menas äldre kvinnor de som är 65år och äldre.

Frågor:

Kan du berätta om dina upplevelser i mötet med den äldre kvinnan som har urininkontinens?

Positiva upplevelser?

Negativa upplevelser?

Vad tycker du är viktigt att tänka på vid dessa möten?

Vilka möjligheter upplever du i ditt möte med äldre kvinnor med urininkontinens?

Vilka utmaningar upplever du i ditt möte med äldre kvinnor med urininkontinens?

Upplever du att det är lätt eller svårt att prata om urininkontinens med den äldre kvinnan?

Hur kan mötena mellan distriktssköterskan och den äldre kvinnan med urininkontinens förbättras?

Avslutningsvis, är det något mer du vill tillägga?

Följdfrågor:

Hur tänker du kring det?

Kan du vidare beskriva det?

Hur kände du då??

Vill du berätta mer kring hur du upplevde det?



## Bilaga 5. Etisk egengranskning

Följande frågor ska besvaras av sökande och godkännas av handledare.

|    |   | Ja | Nej |
|----|---|----|-----|
| 1  | Avser studien att behandla känsliga personuppgifter enl. Integritetsskyddsmyndigheten, IMY<br>såsom etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös övertygelse, hälsa, sexuell läggning osv.   |    | x   |
| -2 | Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?  |    | x   |
| 3  | Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?   |    | x   |
| 4  | Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?   |    | x   |
| 5  | Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktions-nedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?   |    | x   |
| 6  | Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.  |    | x   |
| 7  | Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (GDPR- ansvarig).  |    | x   |
| 8  | Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.   | x  |     |
| 9  | I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med deltagare under 15 år krävs | x  |     |



|           |   |          |  |
|-----------|---|----------|--|
|           | vårdnadshavares godkännande – bägge vårdnadshavarna vid gemensam vårdnad).  |          |  |
| <b>10</b> | Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc. | <b>x</b> |  |
| <b>11</b> | Det finns resurser för genomförande av projektet.   | <b>x</b> |  |