

Vårdprogram urininkontinens

Sörmland

2016 – 2023

Riktat till: Barn/Kvinnor/Män/Äldre

Vårdprogram för urininkontinens i Sörmland

Beslut: Länsstyrgruppen för närvård 2012-11-22

Ansvar för revidering: Ställningstagande/beslut om revideringsansvar tas inför implementering av systemet för kunskapsstyrning. Fram till dess ansvarar Sörmlands inkontinenssamordnare och sortimentsgrupp för revidering. Medgivande till revidering har skett med Divisionschef Inger Mossberg via tf. verksamhetschef HMC Annelie Söderbäck.

Tidigare revidering: 2016 - 2018 länsstyrgruppen 18 oktober 2016
2018 - 2020 inkontinenssamordnare i Sörmland

(Kommunicerad med närvårdskoordinator samt verksamhetschef för Gemensamma nämnden)

Senaste revidering: april 2021

Revidering utförd av sortimentsgruppen:

Liselott Norberg, inkontinenssamordnare och Annelie Ådin, distriktssköterska Gnesta VC (man, äldre och kvinna), Ulrika Ohmér och Ann-Sofie Magnusson (barn).

Vårdprogrammet kommer ses över efter införandet av det gemensamma systemet för kunskapsstyrning med tillhörande kunskapsområde.

Produktavtal: Region Sörmland gick 2020-02-01 in i ett gemensamt produktavtal (inkontinens- och urologiska produkter) med regionerna Dalarna, Västmanland och Uppsala (fyrklövern), med Varuförsörjningen som avtalsägare. Produktavtalet gäller för alla fyra regionernas öppenvård, specialistklinikerna på respektive sjukhus och länens alla kommuner. Fyrklövern har Onemed för distribution och lagerhållning fram tills respektive regions distributionsavtal upphör.

Vårdprogram för urininkontinens i Sörmland

Det länsgemensamma vårdprogrammet för urininkontinens är framtaget i samverkan mellan Region Sörmland och länets kommuner. Vårdprogrammets syfte är att skapa ett strukturerat arbetssätt för att ge vårdpersonal stöd och hjälp i det kliniska arbetet. Innehållet ska ge vårdtagaren vård på lika villkor inom länet samt tydliggöra vårdtagarens rätt till individuell utredning, utprovning och behandling.

Landstinget Sörmland

Divisionschef psykiatri och
funktionshinder
Sven Nordlund/Åsa Magnusson
072-52 28 200

Eskilstuna kommun

Förvaltningschef vuxenförvaltningen
Sara Schelin 070-08 66 816

.....
Divisionschef Primärvård
Aina Nilsson 070-663 7 1 01

Gnesta kommun

Socialchef
Ann Malmström 0158-27 50 00

.....
Flens kommun

Socialchef
Jukka Taipale 073-325 16 82

.....
Katrineholms kommun

Vård- och omsorgschef
Päivi Kabran 0150- 568 11

Nyköpings kommun

Divisionschef social omsorg
Birgitta Harvyl 0155-24 80 00

.....
Oxelösunds kommun

Socialchef
Päivi Pannula 070-56 79 027

.....
Strängnäs kommun

Socialchef
Inger Grindelid 0152-291 00

.....
Trosa kommun

Vård- och omsorgschef
Kajsa Fisk 0156 52 115

.....
Vingåkers kommun

Socialchef
Dag Wallerströmer 070-55 63 170

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
Definition av urininkontinens	5
Syfte	5
2. REGELVERK INKONTINENSHJÄLPMEDEL	6
3. DOKUMENTATION, UPPFÖLJNING OCH ÖVERRAPPORTERING	6
4. URININKONTINENS HOS BARN	7
Huvudtyper (Urininkontinens, Enures, Neurogen blåsstörning)	7
Urininkontinens.....	7
Basal utredning hos distriktsläkare.....	7
Behandling i primärvård	8
Indikation för remiss till specialist, barnläkare	8
Utredning på barnmottagningen	8
Behandling på barnmottagningen	8
Enures (Enuresis nocturna)	9
Basal utredning hos distriktsläkare.....	9
Behandling i primärvård	9
Indikation för remiss till specialist, barnläkare	10
Utredning på barnmottagningen	10
Behandling på barnmottagningen	10
Neurogen blåsfunktionsstörning.....	11
Behandling	12
Försenad kontinens på grund av kognitiva orsaker, habiliteringsverksamheten	12
5. URININKONTINENS HOS KVINNOR	13
Huvudtyper: Ansträngnings-, trängnings-, bland- och överrinningsinkontinens ...	13
Basal utredning sjuksköterska, distriktssköterska eller barnmorska	13
Fördjupad utredning, distriktsläkare – primärvård	16
Ansträngningsinkontinens – behandling primärvård.....	16
Trängningsinkontinens – behandling primärvård.....	17
Blandinkontinens – behandling primärvård	19
Överrinningsinkontinens – behandling primärvård	20
Indikation för remiss till specialist urolog/gynekolog/neurolog	20

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

6. URININKONTINENS HOS MÄN.....	22
Huvudtyper: Ansträngnings-, trängnings- och överrinningsinkontinens	22
Ansträngningsinkontinens.....	22
Trängningsinkontinens	22
Överrinningsinkontinens.....	22
Basal utredning, primärvård.....	23
Fördjupad utredning.....	24
Behandling	25
Indikation för remiss till specialist urolog/neurolog	27
7. URININKONTINENS HOS ÄLDRE PERSONER	28
Huvudtyper: Ansträngnings-, trängnings-, bland och överrinningsinkontinens	28
Basal utredning sjuksköterska särskilt boende, distriktssköterska	28
Initiera läkarkontakt vid:	30
Behandling	31
Indikation för remiss till specialist urolog, gynekolog eller neurolog	32
8. LÄKEMEDEL	33
9. REFERENSER.....	34
10. LÄNKAR I VÅRDPROGRAMMET	36
11. BILAGA.....	37
Ren Intermittent Kateterisering, RIK – metoden.....	37

Vårdprogram för urininkontinens i Sörmland

1. Inledning

Urininkontinens är ett av våra stora folkhälsoproblem som förekommer hos ca 7 300 kvinnor och ca 4 000 män i Sörmland. Diagnostiken har förfinats och tillsammans med möjligheterna till förbättrad behandling har urininkontinens uppmärksamats alltmer. Det finns olika huvudtyper av inkontinens och flera behandlingsformer. Behandlingsinsatserna handlar om träningsprogram, läkemedel, kirurgi samt behandlande hjälpmedel. En vanlig åtgärd är att använda förbrukningsartiklar/hjälpmiddel som komplement till behandling. Kostnaden för urin och tarminkontinenshjälpmedel med distribution av varor uppgick i Sörmland till ca 39 miljoner år 2020. Tarmfunktionsproblem kan vara en bidragande orsak till att förvärra problem med urinblåsans funktion, [se riktlinjer för analinkontinens](http://www.nikola.nu), www.nikola.nu

Definition av urininkontinens

“The complaint of any leakage”.
Upplevelsen av (ofrivilligt) urinläckage.

(ICS- International Continence Society)

Syfte

Vårdprogrammet ska vara till stöd och hjälp för vårdpersonal utifrån ett strukturerat arbetssätt och ge vårddagaren en individuell utredning och behandling. Det ska även vara ett verktyg vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel där ett behovsbaserat synsätt med den enskilde individens behov är utgångspunkt. Vårdprogrammet gäller för befolkningen i Sörmland, inom kommun, primär- och specialistvård där alla ska behandlas på ett likvärdigt sätt.

Deltagare i arbetsgrupp vårdprogram

Tvärprofessionell arbetsgrupp med representanter från olika verksamhetsområden inom Region Sörmland och kommunerna i Sörmland har reviderat vårdprogrammet. Deltagare vid upprättande av vårdprogrammet se under Referenser.

Henna Backman	Barnsjuksköterska, habiliteringsverksamheten Sörmland
Ann Blom	Inkontinenssamordnare Vesicentralen, Hjälpmedelscentralen
Karin Båverud	Barnmorska/uroterapeut, Kvinnokliniken Mälarsjukhuset
Marie Landeblad	Distriktssköterska, VC Bagaregatan Nyköping
Malin Mejenqvist	Barnsjuksköterska/uroterapeut, Barn- och ungdomskliniken Mälarsjukhuset
Gunilla Nordström	Inkontinenssamordnare Vesicentralen, Hjälpmedelscentralen
Ann-Britt Pantzar	Kvalitetshandläggare, Utvecklingsenheten Sörmland
Jenni Persson	Sjuksköterska/uroterapeut, Kirurgikliniken Mälarsjukhuset
Monika Persson	Sjuksköterska, Katrineholms kommun
Camilla Pettersson	Barnmorska/uroterapeut, Kvinnokliniken Kullbergsska sjukhuset
Tarja Saari	Sjuksköterska, Trosa kommun
<i>Adjungerade</i>	
May Al-Lami	Gynekolog, Kvinnokliniken Mälarsjukhuset
Paul Hannah	Urolog, Urologkliniken Mälarsjukhuset
Hannelore Musch	Distriktsläkare, VC Tunafors Eskilstuna

2. Regelverk inkontinenshjälpmedel

Region Sörmland upphandlar inkontinens- och urologiska hjälpmedel samt distribution för regionen och för länets nio kommuner, för personer i ordinärt och särskilt boende. I Sörmland finns en beställarcentral, Vesicacentralen, som är tillgänglig för förskrivare och patienter på kontorstid för råd och frågor gällande förskrivning och beställning mm. Organisatorisk tillhör Vesicacentralen Hjälpmedelscentralen Sörmland.

Regelverk för förskrivning av inkontinenshjälpmedel finns på samverkanswebben:

<https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/hjalpmedel/inkontinens/>

3. Dokumentation, uppföljning och överrapportering

Dokumentation

Utredning, åtgärd, behandling samt utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel, ska kontinuerlig utvärderas och dokumenteras i patientens journal. Vid kateterbehandling ska indikation, behandlingstid, ordinator, typ av kateter anges, samt skötselanvisningar för vårdtagaren att följa. Säkerställ att patienten följs upp om du inte är fortsatt förskrivare.

Förskrivning av inkontinenshjälpmedel sker i Hjälpmedelscentralens (HMC) system Sesam 2, Läkemedelsnära (LMN).

Uppföljning

Uppföljning av hjälpmedelsförskrivningen och utvärdering mot uppsatta mål utifrån en habiliterings-/rehabiliterings- eller vårdplan, är väsentliga delar i förskrivningsprocessen. Det är viktigt att uppföljning utförs, både för patienten och för personer som har varit involverade i förskrivningen. Genom att arbeta med systematisk uppföljning säkerställs patientens väg genom vården och att uppsatta mål följs.

Överrapportering

När en patient byter behandlare, vårdform eller vårdgivare bör överrapportering ske skriftligt. Överrapportering ska innehålla vilken utredning som är utförd, vilken sorts inkontinenshjälpmedel som är utprovat och förskrivet. Kateterbehandlingar ska ordinerar av läkare och överrapporteras skriftligt.

Överrapportering från slutenvård

När behov av inkontinens- och urologiska hjälpmedel uppkommit under vårdtiden ska alltid en skriftlig överrapportering ske till ansvarig distrikts- eller kommunsjuksköterska. Det ska framgå i överrapporteringen om hjälpmedlet/medlen ska förskrivas omgående (om det inte förskrivas av slutenvården).

Utredning/utvärdering och uppföljning ska utföras av förskrivaren. Vid utskrivning ska aktuellt hjälpmedel medfölja patienten för cirka en veckas behov, så hjälpmedel hinner förskrivas och levereras till patientens boende. Leveranstid är 4 till 5 vardagar från att förskrivning har utförts.

4. Urininkontinens hos barn

Huvudtyper (Urininkontinens, Enures, Neurogen blåsstörning)

Urininkontinens

Bakgrund

Urinblåsan har två uppgifter: att förvara urinen utan att läcka under påfyllnadsfasen och att tömma ut urinen fullständigt när man kissar. Funktionen innebär smidigt samspel mellan detrusor- och sfinktermuskulaturen och regleras av nervsystemet.

Under påfyllnadsfasen hålls detrusorn avslappnad och sfinktern kontraherad.

Vid tömningsfasen slappnar sfinktern av och detrusorn kontraheras. 2-4 år gamla barn får en stegvis volontär kontroll över blåsan, 4-5 åringar kan ofta starta miktion med enbart delvis fylld blåsa. De flesta 6-7 åringar har en fullständig blåskontroll.

Funktionell urininkontinens

Funktionell urininkontinens beror på försenad normal nervkontroll, vanligast hos flickor, ca 20 % av 7-åringar. Barnet upplever plötsligt påkommande trängningar till följd av detrusorkontraktioner (ostabil blåsa). Hos mindre barn kommer oftast läckage av små urinskvättar, 1-2 ml innebär väl synlig fläck på ytterbyxa. Simultankapacitet är dåligt utvecklad hos barn före skolåldern. Barnet har svårt att registrera flera signaler samtidigt. Vid intensiv lek uppfattas inte signaler från urinblåsan.

Organiskt betingad urininkontinens

Organiskt betingad urininkontinens beror på strukturella orsaker t.ex. missbildningar inom nedre urinvägar eller neurologisk skada av ryggmärgen.

Basal utredning hos distriktsläkare

Syftar till att:

- Påvisa inkontinens, exempelvis läckagemätning
- Fastställa sannolik typ av inkontinens
- Ta ställning till behandlingsmål
- Erbjuder lämplig behandling, ex bäckenbottenträning, prova lämpliga läkemedel

Basal utredning utförs inom primärvården och inkluderar:

- [Anamnes](#), [miktionsanamnes](#)
- Labprover: Urinsticka för uteslutande av diabetes och urinvägsinfektion (UVI) vid nyttillkomna besvär
- Status:
 - Vanlig kroppsundersökning, inspektion och palpation av ländryggen (hårtofs, grop, skolios)
 - Normal neurologi i nedre kroppshalvan (muskelreflexer, fotmotorik)
 - Yttre genitalia (ständigt urinflöde, meatus, uttalade synekier, tät fimosis, synliga skador)

Behandling i primärvård

Om inget av ovanstående och barnet är under 5 år information till föräldrarna och väntar på eventuell förbättring. Över 5 år, enkla råd om att kroppen tycker om regelbundna rutiner. Kissa med 2-3 timmars mellanrum anpassat efter barnets dagliga aktiviteter. Kissa alltid på morgonen och före läggdags. Blåstömning 5-7 ggr/dag är fullt normalt. Kissa i lugn och ro så att blåsan blir tom, t ex räkna fingrar för att ge sig lite mera tid. Sitt på hela toaletsitsen, gärna lite framåtlutad samt med stöd för fötterna om möjligt. Jämt fördelat dryckesintag över dagen, för liten urinmängd kan reta urinblåsan till sammandragning.

Var uppmärksam på tecken på förstoppning. Behandla om misstanke finns.

www.svenskaenures.se

Indikation för remiss till specialist, barnläkare

Remiss till barnläkare vid tecken till blåstömningsproblem och avvikande i status samt om behandling med enkla råd vid överaktiv blåsa (urininkontinens) hos barn över 5 år är utan någon som helst effekt efter 3 månaders träning.

Krav på innehåll i remiss

- Anamnes
- Statusfynd
- Labprover

Utredning på barnmottagningen

- [Urin- läckage- dryckesmätning](#) för 3 dygn
- Urinflödesmätning och kontroll av residualurin
- Röntgenundersökning
- Njurfunktionsprov

Behandling på barnmottagningen

- Uroterapi
- Medicinsk behandling: blåslugnande läkemedel, läkemedel mot förstoppning
- Utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel sker individuellt efter basal utredning. Förskrivning av inkontinenshjälpmedel till barn under 4 år bör endast ske i undantagsfall. Det är en bedömningsfråga av personal med rätt kompetens att avgöra när ett barn anses vara inkontinent. Vid sjukdom eller funktionsnedsättning ska inkontinenshjälpmedel som förbrukas mer än normalt övervägas, stämmas av med Vesicentralen och förskrivas. Förskrivning ska göras för max 3 månader i taget, 2 uttag.

Enures (Enuresis nocturna)

Bakgrund

De flesta barn är torra på natten vid 3-4 års ålder dock är primär enures ett mycket vanligt tillstånd. 10 % av 7-åringar och 5 % av 12 åringar är inte pålitligt torra på natten, framförallt gäller det pojkar. Barn över 5 år som regelbundet kissar på sig under natten men är helt torra under dagen och inte varit stabilt torra 6 månader eller längre har en primär enures. Hos barn som har varit torra på natten i perioder längre än 6 månader benämns nattvätan som sekundär.

Enures är i hög grad ett ärftligt tillstånd. Risken att ett barn får sängväta är över 70 % om båda föräldrarna har haft sängväta. Föräldrar, syskon eller andra nära släktingar kan ha varit sängvätare och det är viktigt att barnet får kännedom om det.

Enures uppkommer då urinblåsan blir full under sömnen, antingen för att njurarna bildar för mycket urin nattetid eller för att urinblåsan är mindre rymlig än normalt och/eller av att barnet inte vaknar när blåsan behöver tömmas. Förstoppning kan även ligga bakom enures.

Basal utredning hos distriktsläkare

Basal utredning utförs inom primärvården och inkluderar:

- [Anamnes, Urin- läckage- dryckesmätning](#)

Viktigast för att ta reda på att det inte är någon annan bakomliggande orsak till sängvätningen. Efterfråga andra åkommor i urinvägarna, andra långvariga sjukdomar, medicinering.

- Socialt:
 - Hur ter sig problemet för barnet nu?
 - Är barnet angeläget att vara torrt?
 - Hur ser familjen ut?
 - Förväntas familjen klara av en larmbehandling som också ställer krav på föräldrarnas deltagande.
- Labprover: Urinsticka för uteslutande av diabetes eller UVI (vid nytillkomna besvär)
- Status:
 - Vanlig kroppsundersökning, inspektion och palpation av ländryggen (hårtofs, grop, skolios)
 - Normal neurologi i nedre kroppshalvan (muskelreflexer, fotmotorik).
 - Yttre genitalier (ständigt urinflöde, meatus, uttalade synekier, tät fimosis, synliga skador)

Behandling i primärvård

Behandling erbjuds enbart om barnet är motiverat och är runt 6 år. Blöjor bör tas bort under behandlingsförsöken. I en del fall räcker det att föräldrarna tar upp barnet när de själva lägger sig för natten, detta vare sig påskyndar eller fördröjer torrheten.

Vätskekarensen brukar sällan hjälpa men inga stora vätskemängder ett par timmar före sänggåendet och alltid blåstömning innan man lägger sig.

Desmopressin (Minirin) munsönderfallande tablett 120 mikrogram, starta med 2 tabletter till natten. Provförpackning om 30 st. Effekt ofta först efter 10 dagar. Om ingen effekt efter 2–3 veckor vid max medicinering avbryt behandling.

Vid bra effekt trappa ned med 60 mikrogram var 4:e vecka till minsta verksamma dos. Vid bra effekt kan även användas som tillfällig medicinering vid övernattningar, resor och liknande.

Hjälpmedel

Utprovning och förskrivning av engångs- eller flergångsunderlägg samt madrasskydd sker individuellt. Förskrivning av blöjor endast i undantagsfall efter basal utredning.

Förskrivning ska göras för max 3 månader i taget, 2 uttag.

(www.svenskaenures.se) om vanliga problem relaterade till urinblåsans funktion.

Indikation för remiss till specialist, barnläkare

- Sekundär nattväta
- Urininkontinens som upplevs besvärande
- Blåstömningsproblem (krystmiktioner eller färre än 3–4 miktioner/dag)
- Barn som önskar prova enureslarm
- Barn som inte svarat på desmopressin och har urgencyproblem

Remissens innehåll

- Anamnes
- Statusfynd
- Labprover
- Enurestyp, eventuell dagproblematik
- Tidigare behandlingsförsök och resultat

Utredning på barnmottagningen

- [Vätske- läckage- urinmätning](#) för 3 dygn
- Urinflödesmätning och residualurinkontroll
- Röntgenundersökning
- Njurfunktionsprov

Behandling på barnmottagningen

- Uroterapi
- Larmbehandling
- Medicinsk behandling: desmopressin, blåslugnande läkemedel, läkemedel mot förstoppning
- Utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel sker individuellt
Förskrivning ska göras för max 3 månader i taget, 2 uttag.

Observera att barn- och ungdomskliniken endast förskriver inkontinenshjälpmedel till barn som behandlas på enures- eller uroterapi-mottagning.

Neurogen blåsfunktionsstörning

Bakgrund

Neurogen blåsfunktionsstörning är definitionsmässigt en blåsdysfunktion som orsakas av en störd innervation av blåsa och/eller sfinkter. Nästan alla individer med ryggmärgsbråck (MMC= myelomeningocele) har neurogen blåsfunktionsstörning. Förutom vid olika neuralrördefekter och missbildningar (t.ex. analatresi) förekommer det i samband med ryggmärgsskador och sjukdomar i ryggmärgen. ”Den neurogena blåsfunktionsstörningen hos den växande individen är ett presumtivt progressivt tillstånd med uttalad risk för förändring och försämring av det patologiska mönstret över tiden” (Gladh & Mattsson, 1994).

Central skada, d.v.s. i ryggmärgen, leder till överaktivitet i både sfinkter och blåsmuskel medan skador perifert oftast ger minskad eller upphävd aktivitet. Vanligtvis medför spinal dysrafism en blandning av centrala och perifera nervskador. Alla nervbanor är inte utslagna, sensoriska banor dock ofta i större utsträckning än motoriska. Således är det svårt att avgöra skadetyp utifrån ryggmärgsbråckets läge och storlek (Bauer, 1977). Varje barn är i princip unikt med sin egen störningsbild, vilket motiverar en noggrann utredning och bedömning i varje enskilt fall. Nervskadan påverkar blåsmuskel och sfinkter från kraftfullt överaktiv till helt inaktiv. Dessutom kan alla funktionskombinationer förekomma.

Överaktiv blåsmuskel är dåligt relaxerad i lagringsfasen med hyperreflexi och/eller sänkt eftergivlighet och leder till höga lagringstryck. Samtidigt är i allmänhet blåsmuskelkontraktionen vid tömning abnorm och ineffektiv eller kan till och med helt saknas, med risk för ofullständig tömning.

Inaktiv blåsmuskel har en total areflexi med stor eftergivlighet och låga lagringstryck, med otillräcklig eller helt utebliven detrusorkontraktion vid tömning.

Överaktiv sfinkter står ständigt mer eller mindre kontraherad vilket är en fördel vid lagring av urinen men nackdel vid tömning.

Inaktiv sfinkter medför otillräcklig eller utebliven slutning av blåshalsen vilket ger mer eller mindre uttalat urinläckage.

Samspelet mellan blåsmuskel och sfinkter leder ofta till detrusorsfinkterdyssynergi, dvs. sfinkter sluts när blåsmuskeln kontraheras i stället för att som i normalfallet öppnas. Tillståndet leder till ökat tryck och försvårad tömning.

Effekten av neurogen blåsfunktionsstörning kan leda till dessa tre huvudproblem:

- Försvårad tömning
- Urinläckage
- Njurskador

Försvårad tömning av blåsan kan ha många orsaker, främst otillräcklig kontraktion i blåsmuskeln men också överaktivitet i sfinktern eller en dyssynergi i samspelet mellan blåsmuskel och sfinkter. Resultatet blir residualurin som är den viktigaste orsaken till urinvägsinfektion. En gradvis övertjänning av urinblåsan kan också medföra att uretärernas ventilfunktion sätts ur spel, reflux uppstår.

Urinläckage orsakas av defekt sfinkterfunktion eller höga blåstryck men också av så kallad overflow. Urinläckaget är för den enskilde ett betydande socialt hinder med påverkan på livskvaliteten.

Njurskador är vanligaste dödsorsaken vid neurogen blåsfunktionsstörning hos barn med ryggmärgsbräck. Urinvägsinfektion med eller utan samtidig blåsdysfunktion med höga blåstryck innebär stor risk för uppkomsten av njurskada och nedsatt njurfunktion.

Behandling

Att bekämpa höga tryck är det främsta målet när det gäller behandlingen av den neurogena blåsan. Höga tryck medför risk för skador på njurarna. Trycket skall inte överstiga 40 cm vatten (McGuire, 1981) och troligen bör trycket i blåsan endast undantagsvis överstiga 20–30 cm vatten (Houle, 1993). Redan över 20 cm vatten uppstår skador på blåsmuskeln med fibrosutveckling som följd. Högre tryck ger också trabekulering med risk för divertikelbildning. Även vid god sfinkterfunktion kan inkontinens uppstå som ett resultat av höga blåstryck.

Ren Intermittent Kateterisering (RIK)

En metod att rent, regelbundet och fullständigt tömma urinblåsan på dess innehåll. Via urinröret förs en engångskateter in i urinblåsan tills urinen börjar rinna. Efter avslutad tömning dras katetern sakta ut igen. Tömningsintervallet 3–4 tim. bör inte överskridas då risken för ökad bakterietillväxt och förhöjt blåstryck kan skapa förutsättningar för till njurarna uppåtgående infektioner. Det är viktigt att anpassa tömningen till den dagliga livsrytmen och gärna göra en extra tömning om man vet att det kommer att bli svårt att hålla tömningstiderna, se bilaga 1.

Kronisk asymtomatisk bakteriuri (ABU) är vanlig vid neurogen blåsfunktionsstörning och RIK. Regelbundna urinodlingar avslöjar konvertering av bakteriestam/typ oftast som indikation på bristande RIK-teknik. Vid symptomgivande UVI vid neurogen blåsfunktionsstörning ska alltid bristande RIK-teknik misstänkas.

Förebygg uppkomsten av symptomgivande UVI genom:

- Regelbunden blåstömning med RIK
- Max 4 timmars tömningsintervall (dagtid)
- Självkateterisering. Om behov av assistans, begränsa antalet personer
- Undvik antibiotikaprofylax
- Behandla samtidig tarmfunktionsstörning (förstoppning)

Försenad kontinens på grund av kognitiva orsaker, habiliteringsverksamheten

Då ingen medicinsk orsak föreligger och barnet har en konstaterad funktionsnedsättning av kognitiv karaktär, ex. utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd, behöver inkontinens uppmärksammas tidigt. Bas- och fördjupande insatser inriktat på goda vanor, rutiner och beteende ges av Habiliteringsverksamheten.

Behandling ska ske enligt rapporten [Inkontinens vid utvecklingsstörning](#).

Habiliteringsverksamheten i Sörmland förskriver och ansvarar kostnadsfritt för inkontinens – och urologiska hjälpmedel till de funktionsnedsatta barn som har pågående habiliteringsinsatser inom verksamheten. Där barn med funktionsnedsättning inte har någon aktuell kontakt med habiliteringsverksamheten är det primärvården som sköter förskrivning och är kostnadsansvarig.

5. Urininkontinens hos kvinnor

Huvudtyper: Ansträngnings-, trängnings-, bland- och överrinningsinkontinens

Ansträngningsinkontinens

Vanlig form av inkontinens hos kvinnor. Förekommer både före och efter menopaus. Patienten läcker vid ökat buktryck till exempel vid hopp, hosta, lyft. Ofta droppar eller små skvättar urin, sällan stora läckage. Orsakas inte av trängningar. Kommer oftast dagtid. Riskfaktorer är genomgången graviditet, uttalad övervikt, gynekologiska operationer, svag bindväv, östrogenbrist, genomgången förlossning, ålder, kronisk hosta, kronisk förstoppning och sysselsättning som innebär ökad belastning på bäckenbotten.

Trängningsinkontinens – urgency, överaktiv blåsa

Läckage i samband med trängningar. Patienten blir plötsligt väldigt kissnödig, med normal eller en relativ liten mängd urin i blåsan. Ofta situationsberoende t ex öppna dörren, rinnande vatten, vila framför Tv: n. Ofta läckage av större mängder urin men mängden varierar. Förekommer ofta hos äldre och neurologiskt sjuka patienter, men även hos yngre. Urinläckage kan förekomma både dag och natt. Överaktiv blåsa definieras som täta trängningar med eller utan inkontinens, oftast med täta miktionser och nattliga miktionser. Nyttillkomna urinträngningar kan vara ett tidigt symptom på tumörsjukdom i urinblåsa eller äggstockar.

Blandinkontinens

Blandning av ansträngnings- och trängningsinkontinens. Blandinkontinens är den vanligaste formen av inkontinens hos kvinnor och utgör 50 %. Studier har visat upp till 70 % prevalens hos äldre i särskilt boende.

Överrinningsinkontinens

Ett läckage sekundärt till blåstömningssvårigheter och medföljande stora mängder residual urin. Vanligast hos patient med någon form av avflödeshinder. Observera att farmaka med antikolinerg och antidepressiv effekt kan bidra till urinretention. Även uttalad genital prolaps kan leda till överrinningsinkontinens. Diabetes med neuropati eller övertänjning av blåsan, till exempel orsakad vid operation eller förlossning, kan ge en svag blåsa med kronisk urinretention. De flesta med överrinningsbesvär har uttalade nedre urinvägsbesvär med täta miktionser och inkontinens.

Basal utredning (sjuksköterska, distriktssköterska eller barnmorska)

Urininkontinens är underbehandlat och ofta ett dolt problem där många drar sig för att söka hjälp. **Personer med urininkontinens bör i första hand omhändertas inom primärvården.**

Den basala utredningen syftar till att:

- Påvisa inkontinens
- Fastställa sannolik typ av inkontinens
- Ta ställning till behandlingsmål
- Erbjuder lämplig behandling, ex. bäckenbottenträning, prova lämpliga läkemedel

Basal utredning utförs inom primärvården och inkluderar:

- Anamnes, status
- Residualurinbestämning
- Mättningslistor, urin-, vätske- och läckagemätning
- Urinprov (nitur, leukocyter på urinsticka, eventuell urinodling)
- Läkarundersökning
- Hjälpmedel

Anamnes, status, mättningslistor, information om bäckenbottenträning samt mer skriftlig information kring urininkontinens kan hämtas från www.nikola.nu

I vissa fall behövs bedömning och behandling på kvinnokliniken eller annan klinik, exempelvis för operativa ingrepp eller andra mer specialiserade behandlingsmetoder.

Anamnes

[Anamnes](#) och [status](#)

Anamnesen avser att få en beskrivning av bakgrunden och omfattningen av inkontinensproblemen. Status beskriver personens situation med inriktning på de problem eller behov som är aktuella.

Astma/KOL	Hosta belastar bäckenbotten.
Diabetes mellitus	Risk för övertänjd blåsa pga. neuropati.
Gynekologi	Prolaps, myom, ovarialtumör, hysterektomi, atrofisk vaginit, förlossningsskada, försvagad bäckenbotten/bindväv.
Hjärta/kärl	Hjärtinkompensation.
Infektioner	Urinvägsinfektion, STI (sexuellt överförbara infektioner), uretrit.
Missbildningar/fistlar	Urogenital fistel efter strålbehandling.
Neurologi	Demens, stroke, multipel skleros, Parkinsons sjukdom, myelomeningocele, traumatisk ryggmärgsskada, tumör, diskbräck, medfödda eller förvärvade skador.
Urologi	Uretrit, blåstumör/sten, avflödes hinder. Makroskopisk hematuri ska föranleda remiss för cystoskopi.

Operationer	Buk-, rygg- och bäckenoperationer kan orsaka nervskador och ge besvär. Risk för övertänjd urinblåsa postoperativt.
Strålbehandling	Strålbehandling mot bäckenorgan kan ge fistelgång, stel urinblåsa.
Urinvägsinfektion	Kan vara orsak till trängningsinkontinens. Urinvägsinfektion ska alltid uteslutas. Upprepade infektioner kan orsakas av ofullständig blåstömning och/eller atrofiska slemhinnor hos postmenopausala kvinnor.
Förlossningssätt/ komplikationer	Kejsarsnitt, flerbarnsbörd, sätesbjudning. Sugklocka/tång, stort barn, snabbt förlossningsförlopp kan skada vävnad/muskulatur och analsfinkter. Risk för övertänjd blåsa vid post partum, kan förekomma speciellt vid epiduralblockad.
Menopaus år	Med avseende på slemhinneatrofi.

Mättningslista

Vald mättningslista förs under minst två dygn.

- [Alt 1 urinmätning dag/natt](#)
- [Alt 2 urin och dryckesmätning](#)
- [Alt 3 läckage och urinmätning](#)
- [Alt 4 dryckesmätning](#)

Residualurinbestämning

Kateterisering med ren teknik ger sällan infektion. Bestämning med ultraljud är att föredra. Viktigt är att patienten tömmer blåsan i lugn och ro alldeles före mätningen. Residualurin upp till 100 ml kan accepteras. Något större mängder kan accepteras hos äldre och storvuxna. En viktig undersökning vid misstanke på avflödes hinder och vid neurologisk sjukdom. Observera kvinnor med uppresandeläckage, kan ha stor mängd residualurin.

Urinprov

Urinsticka med niturtest och urinodling tas på morgonurin.

Patientens totala livssituation och symtombild avgör vilken eller vilka utredningar som är aktuella.

Läkarundersökning

Om gynekologisk läkarundersökning inte är genomförd sedan länge bör sjuksköterska initiera detta. Angeläget med snar läkarbedömning vid snabbt påkommen inkontinens utan säker genes.

Hjälpmedel

Utprovning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter fullständig basal utredning. Läckagemätning rekommenderas innan förskrivning av hjälpmedel för att lämpligt skydd ska förskrivas. Alla läckage under 8 gram behöver inte vara ett urinläckage utan kan vara en flytning. Förskrivning ska göras för max 3 månaders förbrukning i taget, 2 uttag.

Fördjupad utredning, distriktsläkare – primärvård

Anamnes

Komplettera och utvärdera anamnes, gå igenom utredningsresultaten.

Status

Allmän status: AT, Cor, Pulm, BT, buk och neurologstatus.

Mättningslistor

Mättningslistor utvärderas utifrån normalvärden.

- Miktionsvolym är 2 till 5 dl
- 4 - 8 miktionser per dygn
- 12–20 dl urin per dygn

Utifrån urinmättningslista, läckagemätning och vätskelista får man information om total urinmängd, totala vätskeintaget, mängd urinläckage, blåskapacitet och miktionsfrekvens.

Gynekologisk status

Med avseende på knipförmåga, prolaps, atrofiska slemhinnor och bäckentumör.

Labprover

Urinsticka, klamydiaprov, kreatinin och blodsocker utvärderas. Urinodling vid behov. I regel kan diagnos sättas efter dessa utredningar.

Behandling primärvård

Patientens totala livssituation och symtombild avgör vilken eller vilka behandlingsmetoder som är aktuella.

Ansträngningsinkontinens – behandling primärvård

Patientinformation och egenvårdsråd

- Informera om huvudtyper av inkontinens och om bäckenbottenträning
- Initiera gynekologisk undersökning
- Behandla ev. urinvägsinfektion

Bäckenbottenträning

Utgör första steget i behandlingen, [bäckenbottenträning](#) initieras av sjuksköterska, distriktssköterska, barnmorska, uroterapeut eller läkare. Vid utebliven förbättring hänvisa patient till sjukgymnast/uroterapeut för individuell bäckenbottenträning. Vaginala kulor kan användas som hjälp till att knipa rätt eller som komplement till bäckenbottenträning. Efter 2–4 månaders optimal träning utan tillfredsställande resultat skrivs remiss till kvinnokliniken för ställningstagande till vidare handläggning.

Farmakologisk behandling

Hos postmenopausal patient med ansträngningsinkontinens kan lokal behandling med östrogen prövas om det inte finns kontraindikation, till exempel tidigare gyn/bröstmalignitet.

Ett läkemedel av SNRI-typ (Yentreve) finns och kan användas efter noggrant övervägande.

Kontinensbåge

Utprovning görs av uroterapeut eller läkare med specialkompetens. Kan vara ett behandlingsalternativ även för den äldre patienten

Elektrostimulering eller biofeedback

Kan i vissa fall hjälpa patienten att knipa på rätt sätt och utförs av uroterapeut.

Kirurgiska metoder

Kan utföras vaginalt, via buksnitt eller med laparoskopisk teknik. Den vanligaste operationsmetoden i Sörmland är Tension Free Vaginal Tape (TVT), det är en s.k. slyngmetod. Ingreppet sker med lokal anestesi och utförs ofta som dagkirurgi. Mindre invasiva ingrepp finns t.ex. bulkingmedel som injiceras i urinröret. Vilken metod som passar bäst bestäms efter utredning av specialist.

Hjälpmedel

Utprovning och förskrivning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter fullständig basal utredning. Läckagemätning rekommenderas innan förskrivning av hjälpmedel för att lämpligt skydd ska förskrivas. Alla läckage under 8 gram behöver inte vara ett urinläckage utan kan vara en flytning. Förskrivning för max 3 månaders förbrukning i taget, 2 uttag.

Trängningsinkontinens – behandling primärvård

Patientinformation och egenvårdsråd

- Informera om huvudtyper av inkontinens och om bäckenbotten- och blåsträning
- Initiera gynekologisk undersökning
- Behandla ev. urinvägsinfektion

Genomgång av vätskelista och urinmättningslista samt eventuell justering.

Bäckenbottenträning

Utgör första steget i behandlingen, [bäckenbottenträning](#) initieras av sjuksköterska, distriktssköterska, barnmorska, uroterapeut eller läkare. Vid utebliven förbättring hänvisa patient till sjukgymnast/uroterapeut för individuell bäckenbottenträning. Vaginala kulor kan användas som hjälp till att knipa rätt eller som komplement till bäckenbottenträning. Efter 2-4 månaders optimal träning utan tillfredsställande resultat skrivs remiss till kvinnokliniken för ställningstagande till vidare handläggning.

Blåsträning

[Blåsträning sinstruktion](#)

Använd gärna urin- och vätskemättningslista och läckagetest, för att utvärdera effekten av blåsträningen. Initieras av sjuksköterska, distriktssköterska, barnmorska, uroterapeut eller läkare. Som mål anges minst 2–3 timmars intervall för att minska tömningsfrekvenserna till 7-8 ggr/dygn.

Toaletträning

Patienten ges möjlighet att regelbundet tömma blåsan på toaletten efter [toalettschema](#). Metoden har visat effekt speciellt hos den äldre patienten.

Genomgång och eventuell sanering av läkemedelsintag

Sedativa, antidepressiva eller diuretika kan bland annat bidra negativt till inkontinens.

Farmakologisk behandling

Sammandragning av urinblåsan och blåstömning sker genom överföring av nervimpulser med acetylkolin som signalsubstans till kolinerga receptorer i urinblåsans vägg.

Antikolinerga farmaka blockerar dessa receptorer så att blåsans kontraktioner minskar.

De antikolinerga effekterna kan innebära muntorrhet och viss ökad risk för konfusion.

Utvärdering av effekt och biverkningar är därför angeläget.

Vid för kraftiga biverkningar under antikolinergbehandling kan beta3 receptoragonisten mirabegron vara ett alternativ. Effekten vid överaktiv blåsa är inte bättre än hos antikolinergika.

Östrogenbehandling bör ges som lågdosöstrogen lokalt till de flesta kvinnor som passerat menopaus. Slemhinnor stärks och blir mindre mottagliga för olika stimuli som utlöser trängningar. Hastigt uppkommande, tilltagande eller terapiresistenta urinträngningar bör utredas vidare med cystoskopi, utan fördröjning, för att utesluta malignitet.

Elektrostimulering

Syftet med elektrostimulering är att lugna blåsan genom att hämma nervernas reflexmekanism. Det är ett komplement till andra behandlingsmetoder och utförs av uroterapeut.

Akupunktur

Syftet med behandlingen är att dämpa de sensoriska impulserna från blåsan.

Installationshandling

Behandling för att minska urinträngning. Epitelskyddande vätska läggs in i urinblåsan av uroterapeut efter samråd med läkare.

Hjälpmedel

Utprovning och förskrivning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter fullständig basal utredning. Läckagemätning rekommenderas innan förskrivning av hjälpmedel för att lämpligt skydd ska förskrivas. Alla läckage under 8 gram behöver inte vara ett urinläckage utan kan vara en flytning. Förskrivning för max 3 månaders förbrukning i taget, 2 uttag.

Blandinkontinens – behandling primärvård

Patientinformation och egenvårdsråd

- Informera om huvudtyper av inkontinens och om bäckenbotten- och blåsträning.
- Initiera gynekologisk undersökning
- Behandla ev. urinvägsinfektion

Genomgång av vätskelista, urinmättningslista

samt eventuell justering.

Bäckenbottenträning

Utgör första steget i behandlingen, bäckenbottenträning initieras av sjuksköterska, distriktssköterska, barnmorska, uroterapeut eller läkare. Vid utebliven förbättring hänvisa patient till sjukgymnast/uroterapeut för individuell bäckenbottenträning. Vaginala kulor kan användas som hjälp till att knipa rätt eller som komplement till bäckenbottenträning. Efter 2–4 månaders optimal träning utan tillfredsställande resultat skrivs remiss till kvinnokliniken för ställningstagande till vidare handläggning.

Toaletträning

Patienten ges möjlighet att regelbundet tömma blåsan på toaletten enligt [toalettschema](#). Metoden har visat effekt speciellt hos den äldre patienten.

Blåsträning

[Blåsträningsinstruktion](#)

Använd gärna urin- och vätskemättningslista och läckagetest, för att utvärdera effekten av blåsträningen. Initieras av sjuksköterska, distriktssköterska, barnmorska, uroterapeut eller läkare. Som mål anges minst 2–3 timmars intervall för att minska tömningsfrekvenserna till 7-8 ggr/dygn.

Genomgång och eventuell sanering av läkemedelsintag

Sedativa, antidepressiva eller diuretika kan bland annat bidra negativt till inkontinens.

Farmakologisk behandling

Sammandragning av urinblåsan och blåstömning sker genom överföring av nervimpulser med acetylkolin som signalsubstans till kolinerga receptorer i urinblåsans vägg.

Antikolinerga farmaka blockerar dessa receptorer så att blåsans kontraktioner minskar.

De antikolinerga effekterna kan innebära muntorrhet och viss ökad risk för konfusion.

Utvärdering av effekt och biverkningar är därför angeläget.

Vid för kraftiga biverkningar under antikolinergbehandling kan beta3 receptoragonisten mirabegron vara ett alternativ. Effekten vid överaktiv blåsa är inte bättre än hos antikolinergika.

Östrogenbehandling bör ges som lågdosöstrogen lokalt till de flesta kvinnor som passerat menopaus. Slemhinnor stärks och blir mindre mottagliga för olika stimuli som utlöser trängningar. Hastigt uppkommande, tilltagande eller terapiresistenta urinträngningar bör utredas vidare med cystoskopi, utan fördröjning, för att utesluta malignitet.

Elektrostimulering

Syftet med elektrostimulering är att lugna blåsan genom att hämma nervernas reflexmekanism. Det är ett komplement till andra behandlingsmetoder och utförs av uroterapeut.

Akupunktur

Syftet med behandlingen är att dämpa de sensoriska impulserna från blåsan.

Operation

Eventuell operation kan göras för att bota ansträngningskomponent genom vaginal slyngoperation eller periuretral injektionsbehandling. Observera att trängningskomponenten oftast inte blir bättre.

Hjälpmedel

Utprovning och förskrivning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter fullständig basal utredning. Läckagemätning rekommenderas innan förskrivning av hjälpmedel för att lämpligt skydd ska förskrivas. Alla läckage under 8 gram behöver inte vara ett urinläckage utan kan vara en flytning. Förskrivning för max 3 månaders förbrukning i taget, 2 uttag.

Överrinningsinkontinens – behandling primärvård

Då patienten har överfull blåsa sätt på läkarordination KAD (Kateter à demeure). Katetern ska vara öppen minst en vecka, därefter används ibland kateterventil kombinerat med s.k. blåsträning. Det vetenskapliga underlaget för blåsträning är bristfälligt.

Remittera alltid patienten till specialist, - urolog, gynekolog eller neurolog för vidare diagnos och åtgärd.

Ren Intermittent Kateterisering (RIK)

En metod att rent, regelbundet och fullständigt tömma urinblåsan på dess innehåll, se bilaga 4.

Indikation för remiss till specialist urolog/gynekolog/neurolog

- Cancersjukdom misstänks i urinvägar eller könsorgan
- Symptomgivande framfall föreligger samtidigt som inkontinens
- Inkontinens som är förenad med upprepade urinvägsinfektioner
- Patienten har svårt att tömma blåsan eller har stor residualurin, - mer än 100 ml
- Patienten har tidigare genomgått strålbehandling eller kirurgi i lilla bäckenet på grund av sjukdom eller inkontinens
- Patienten svarar inte på behandling
- Patienten har plötslig debut av urinläckage, utan påvisbar orsak
- Bedömning för eventuell kirurgisk behandling
- Patienten har smärtor, misstänkt fistel, neurologisk sjukdom eller ryggmärgsskada
- Symtom och undersökningsfynd inte stämmer
- Patienten önskar specialistbedömning

Krav på innehåll i remiss

Observera att ofullständig remiss kommer att prövas för komplettering och i så fall återsändas.

- Anamnes inklusive duration av besvär samt bakgrundsanamnes
- Allmän status
- Vätske- och urinmättningslista för två dygn
- Aktuell medicinering
- Gynekologisk status inklusive residualurin
- Laboratorieprover inklusive urinanalys
- Given behandling och resultat
- Knipförmåga bäckenbotten

Remiss till kvinnokliniken

- Operationsfall. Kvinnor som trots bäckenbottenträning i minst 2–4 månader har betydande ansträngningsinkontinens (stressinkontinens)
- El-stimulering
- Betydande trängningar, trängningsinkontinens eller blandinkontinens trots antikolinergika mer än tre månader
- Snabbt uppseglande symptom eller oklara undersökningsfynd i synnerhet vid misstanke om malign sjukdom

Remiss till urolog

- Kvinnor med neurogen inkontinens
- Misstanke om sjukdom i blåsan
- Makroskopisk hematuri
- Recidiverande UVI
- Interstitiell cystit
- Blåscancer
- Ställningstagande till specialistbehandlingar, t ex Botox.

Remiss till neurolog

- Vid remiss till neurolog ska alltid neurologstatus bifogas.

6. Urininkontinens hos män

Huvudtyper: Ansträngnings-, trängnings- och överrinningsinkontinens

Ansträngningsinkontinens

Män kan vara ansträngningsinkontinenta men detta är alltid ett iatrogen tillstånd, man har en postoperativ inkontinens efter kirurgi för godartad prostataförstoring (TURP) eller radikal prostataektomi för cancer. Vid TURP kan man få en skada på sfinktern och bli permanent inkontinent. Risken är liten, mindre än 1 %. När man opererar bort hela prostatan på grund av cancer (radikal prostatektomi) påverkas oftast slutmuskulaturen och patienten är ansträngningsinkontinent en tid och några förblir inkontinenta.

Trängningsinkontinens

Trängningsinkontinens är vanligt hos män över 75 år. Det rör sig om en funktionsrubbing som ibland har uppenbara orsaker, till exempel stroke, Parkinsons sjukdom eller en del av normalt åldrande. Blåsan har tre funktioner, uppsamling av urin (reservoar), tömning och kontinens. Den inkontinens som vi förknippar med den åldrande blåsan kännetecknas av bristande reservoarfunktion (överaktiv) och dålig muskelkontroll (sfinktersvaghet). Inkontinenta patienter som har en känd sjukdom eller skada i centrala nervsystemet lider av så kallad bristande cerebral hämning. Detta är den absolut vanligaste orsaken till inkontinens hos äldre. Trängningsinkontinens kan också bero på tillstånd som ger lokal irritation, till exempel urinvägsinfektion, blåssten, blåstumör eller dålig tömning.

Överrinningsinkontinens

Detta tillstånd kallar vi också för paradoxal inkontinens (att läcka för att man inte kan kissa) eller ischuria paradoxa. Besvär från nedre urinvägarna hotar normalt inte hälsan men påverkar livskvaliteten, men kronisk retention med överfull blåsa under lång tid kan ge uremi och livshotande infektioner. Några av dessa patienter har en tyst retention, de söker inte med besvär från nedre urinvägarna utan på grund av allmänsymtom sekundära till uremi. Diabetes med neuropati kan ge en svag blåsa med en kronisk retention. De flesta med överrinningsbesvär har uttalade nedre urinvägsbesvär med startsvårigheter, dålig stråle, täta miktationer och inkontinens.

Nattligt läckage är ett viktigt symptom som kan tyda på överrinningsinkontinens. Patienter med denna grad av tömningsrubbing är inte vanliga men det är viktigt att de omhändertas adekvat. Inkontinenta patienter får inte lämna en sjukvårdsinrättning där de sökt för vattenkastningsbesvär med odiagnostiserad kronisk retention! Indikationer för mätning av residualurin bör vara mycket liberala. Stora retentioner finner man också ofta genom bukpalpation/perkussion. Infektionsrisken med engångstappning av urinblåsan är liten.

Basal utredning, primärvård

Urininkontinens är underbehandlat och ofta ett dolt problem där många drar sig för att söka hjälp. Personer med urininkontinens bör i första hand omhändertas inom primärvården.

Den basala utredningen syftar till att:

- Påvisa inkontinens, exempelvis läckagemätning
- Fastställa sannolik typ av inkontinens
- Ta ställning till behandlingsmål
- Erbjuder lämplig behandling ex bäckenbottenträning, prova lämpliga läkemedel

Basal utredning utförs inom primärvården och inkluderar:

- Anamnes, status
- Residualurin
- Tidsmiktion
- Mättningslistor
- Urinprov (nitur, leukocyter på urinsticka, eventuell urinodling)
- Läkarundersökning
- Hjälpmedel

Anamnes

Anamnes och status

Anamnesen avser att få en beskrivning av bakgrunden och omfattningen av inkontinensproblemen. Status beskriver personens situation med inriktning på de problem eller behov som är aktuella.

Allmänmedicinsk anamnes vid inkontinens samt Symptombedömning vid prostatabesvär (I-PSS)

Astma/KOL	Hosta belastar bäckenbotten.
Diabetes mellitus	Risk för övertänjd blåsa pga. neuropati.
Hjärta/kärl	Hjärtinkompensation.
Infektioner	Urinvägsinfektion, STI (sexuellt överförbara infektioner), uretrit.
Missbildningar/fistlar	Urogenital fistel efter strålbehandling.
Neurologi	Demens, stroke, multipel skleros, Parkinsons sjukdom, myelomeningocele, traumatisk ryggmärgsskada, tumör, diskbräck, medfödda eller förvärvade skador.
Urologi	Prostataförstoring, prostatit, uretrit, blåstumör/sten, avflödes hinder. Makroskopisk hematuri ska föranleda remiss för cystoskopi.

Operationer	Buk-, rygg- och bäckenoperationer kan orsaka nervskador och ge besvär. Risk för övertänjd urinblåsa postoperativt.
Strålbehandling	Strålbehandling mot bäckenorgan kan ge fistelgång, stel urinblåsa.
Urinvägsinfektion	Kan vara orsak till trängningsinkontinens. Urinvägsinfektion ska alltid uteslutas. Upprepade infektioner kan orsakas av ofullständig blåstömning.

Tidsmiktion

[Tidsmiktionslista](#)

Ett värde på mindre än 10 sekunder för första deciliteren indikerar att avflödeshinder inte föreligger.

Mättningslista

Vald mättningslista förs under två-tre dygn.

- [Alt 1 urinmätning dag/natt](#)
- [Alt 2 urin och dryckesmätning](#)
- [Alt 3 läckage och urinmätning](#)
- [Alt 4 dryckesmätning](#)

Urinprov, residualurin

Urinsticka med niturtest på morgonurin. Residualurin mäts företrädesvis med ultraljud, t ex. BladderScan eller liknande. Patientens totala livssituation och symtombild avgör vilken eller vilka utredningar som är aktuella.

Läkarundersökning

Om läkarundersökning inte är genomförd bör sjuksköterskan initiera detta. Angeläget med snar läkarbedömning vid snabbt påkommen inkontinens utan säker genes.

Hjälpmedel

Utprovning och förskrivning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter fullständig basal utredning. Förskrivning för max 3 månaders förbrukning i taget, 2 uttag.

Fördjupad utredning

Anamnes

Komplettera och utvärdera anamnes med hjälp av formulären Allmänmedicinsk anamnes och [Symptombedömning vid prostatabesvär \(I-PSS\)](#)

Status

Allmän status: AT, Cor, Pulm, BT, bukpalpation/perkussion och rektalpalpation. Neurologstatus.

Mättningslistor

Mättningslistor utvärderas utifrån normalvärden.

- Miktionsvolym är 2 till 5 dl
- 4 - 8 miktionser per dygn
- 12–20 dl urin per dygn

Utifrån urinmättningslista, läckagemätning och vätskelista får man information om totala vätskeintaget, mängd urinläckage, blåskapacitet och miktionsfrekvens.

Labprover

Urinsticka, niturtest, kreatinin, blodsocker och prostataspecifikt antigen (PSA) utvärderas. Observera! Regionala vårdprogrammet för prostatacancer angående utvärdering av PSA i samband med urinvägsinfektion mm. Provtagning med PSA är inte obligat vid utredning av inkontinens. Observera också risken för att man hamnar på ett stickspår i utredningen.

Residualurinbestämning

Viktigt att patienten tömmer blåsan i lugn och ro alldeles före mätning. Gränsen är mer än 200 ml. Något större mängder kan accepteras hos äldre och storvuxna. Viktig undersökning vid misstanke på avflödes hinder och vid neurologisk sjukdom. Mindre än 5 % av patienterna utvecklar symtomatisk infektion efter tappning. Inträffar detta är tillståndet lätt att behandla. Residualurin varierar mellan olika mätningar, ibland +/- 100 ml. Två residualurinbestämningar är att rekommendera.

I regel kan diagnos sättas efter dessa utredningar och lämplig vårdnivå bestämmas.

Behandling

Behandling av manlig ansträngningsinkontinens initieras och sköts i första hand av urologen då genesen vanligen är sekundär till urologiska ingrepp. Patientens totala livssituation och symtombild avgör vilken eller vilka behandlingsmetoder som är aktuella.

Ansträngningsinkontinens

Ansträngningsinkontinens är nästan alltid ett postoperativt tillstånd. Om patienten inte redan är omhändertagen av urolog eller kirurg bör patienten remitteras.

Bäckenbottenträning

Efter radikal prostatektomi (op. för cancer) instrueras patienten i [bäckenbottenträning](#). Många är kontinenta sex månader efter operationen och mer än 90 % är kontinenta efter ett år.

Hjälpmedel

Utprovning och förskrivning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter utredning. Initialt efter operation, gärna för en månad i taget.

Trängningsinkontinens

Bäckenbottenträning

Remiss till urologmottagning för individuell [bäckenbottenträning](#).

Blåsträning

[Blåsträningsinstruktion](#)

Använd gärna urinmättningslista och läckagetest, för att utvärdera effekten av blåsträningen. Blåsträning initieras av uroterapeut eller läkare. Som mål anges minst 2–3 timmars intervall, för att minska tömningsfrekvenserna till 7-8 ggr/dygn.

Blåsträning

[Blåsträningsinstruktion](#)

Använd gärna urinmättningslista och läckagetest, för att utvärdera effekten av blåsträningen. Blåsträning initieras av sjuksköterska, distriktssköterska, barnmorska, uroterapeut eller läkare.

Som mål anges minst 2–3 timmars intervall, för att minska tömningsfrekvenserna till 7–8 ggr/dygn.

Toaletträning

Patienten ges möjlighet att tömma blåsan efter [toalettschema](#).

Genomgång och eventuell sanering av läkemedelsintag

Sedativa och diuretika kan bland annat bidra till inkontinens.

Läkemedel med antikolinerg effekt, främst psykofarmaka och antidepressiva kan bidra till urinretention och risk för överrinningsinkontinens.

Farmakologisk behandling

Sammandragning av urinblåsan och blåstömningen sker genom överföring av nervimpulser och acetylkolin som signalsubstans till kolinerga receptorer i urinblåsans vägg. Antikolinerga farmaka blockerar dessa receptorer så att blåsans kontraktioner minskar. Antikolinergika ger kliniskt små eller måttliga effekter. De antikolinerga effekterna kan innebära muntorrhet och viss ökad risk för konfusion. Utvärdering av effekt och biverkningar är därför angeläget.

Vid för kraftiga biverkningar under antikolinergbehandling kan beta3 receptoragonisten Mirabegon vara ett alternativ. Effekten vid överaktiv blåsa är inte bättre än hos antikolinergika. Erfarenhet av behandling för patienter med hjärtkärlsjukdom är dock begränsad. Se rekommenderad läkemedelslista.

Medicinering bör alltid pågå i 6 veckor. Efter 3 - 6 månader bör utsättande övervägas.

Cystoskopi

Tilltagande eller terapiresistenta urinträngningar ska utredas vidare med cystoskopi för att utesluta malignitet.

Elektrostimulering

Syftet med elektrostimulering är att lugna blåsan genom att hämma nervernas reflexmekanism. Det är ett komplement till andra behandlingsmetoder.

Akupunktur

Syftet med behandlingen är att dämpa de sensoriska impulserna från blåsan.

Hjälpmedel

Utprovning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter fullständig basal utredning. Läckagemätning rekommenderas innan förskrivning av hjälpmedel för att lämpligt skydd ska förskrivas. Förskrivning för max 3 månaders förbrukning i taget, 2 uttag.

Överrinningsinkontinens

Då patienten har överfull blåsa sätt på läkarordination KAD (Kateter à demeure). Katetern ska vara öppen minst en vecka, därefter används ibland kateterventil kombinerat med s.k. blåstråning. Det vetenskapliga underlaget för blåstråning är bristfälligt.

Remittera alltid patienten till specialist, urolog eller neurolog för vidare diagnos och åtgärd.

Ren Intermittent Kateterisering (RIK)

En metod att rent, regelbundet och fullständigt tömma urinblåsan på dess innehåll. Via urinröret förs en engångskateter in i urinblåsan tills urinen börjar rinna. Efter avslutad tömning dras katetern sakta ut igen. Tömningsintervallet 3–4 timmar bör inte överskridas då risken för ökad bakterietillväxt och förhöjt blåstryck kan skapa förutsättningar för till njurarna uppåtgående infektioner. Det är viktigt att anpassa tömningen till den dagliga livsrytmen och gärna göra en extra tömning om man vet att det kommer att bli svårt att hålla tömningstiderna, se bilaga 4.

Indikation för remiss till specialist urolog/neurolog

Alla inkontinenta män under 65 år ska bedömas av urolog eller kirurg.

Indikationer:

- Patienten har stor residualurin vid upprepade tillfälle, det vill säga mer än 200 ml
- Svårbehandlade infektioner
- Förhöjt kreatinin eller PSA. Vid PSA-stegring ska 2 prover tas enligt [Nationellt vårdprogram prostatacancer](#)
- Ansträngningsinkontinens. Postoperativa besvär efter prostataoperation
- När symtom och undersökningsfynd inte stämmer
- Patienten har smärtor, neurologisk sjukdom eller ryggmärgsskada
- Patienten önskar specialistbedömning
- Makroskopisk hematuri
- Ställningstagande till specialistbehandlingar till exempel Botox
- Vid remiss till neurolog ska alltid neurologstatus bifogas

7. Urininkontinens hos äldre personer

Huvudtyper: Ansträngnings-, trängnings-, bland och överrinningsinkontinens

Bakgrund

Samtliga huvudtyper av urininkontinens förekommer hos äldre personer. Inkontinensbesvär sammanfaller ofta med försämring av det allmänna hälsotillståndet. Neurologiska blås störningar som efter stroke eller vid demens med nedsatt hämning av miktionsreflexen, är vanligare i denna grupp. Likaså överflyllnadsinkontinens samt diabetesneuropati med nedsatt blåsfyllnadskänsla är vanliga. Låggradig urinvägsinfektion eller atrofiska slemhinnor till följd av lokal östrogenbrist kan ge cystitliknande symtom med läckageproblem. Många äldre har ökad risk för obstipation vilket kan öka risken för urinläckage.

Vid nocturi kan en lätt hjärtinsufficiens med vätskeretention dagtid vara orsaken. Det förekommer även att patienter som haft akut hjärtsvikt står kvar på för stora diuretikadoser allt för länge. Tillfällig förvirring, förorsakade av till exempel ett läkemedel som hypnotikum, sedativum eller en plötslig förändring i personens närmiljö, kan även ge upphov till övergående inkontinensbesvär. En annan orsak kan vara olämpliga yttre förhållanden, till exempel avlägset belägen toalett.

Basal utredning (*sjuusköterska särskilt boende, distriktssköterska*)

Basal utredning är en primär och enkel utredning som krävs för att kartlägga inkontinensproblemen. Utredningen måste individanpassas och etiska avgöranden är viktiga när det gäller att avgöra omfattning och inriktning. Utredningen bör innefatta dryckes- och urinmättningslista. Har patienten kända inkontinensbesvär sedan tidigare, kanske det går att få ta del av den utredningen. Inför förlängning av inkontinenshjälpmedelsförskrivning ska bedömning göras så att rätt produkt används.

Den basala utredningen syftar till att:

- Påvisa inkontinens, exempelvis läckagemätning
- Fastställa sannolik typ av inkontinens
- Ta ställning till behandlingsmål
- Erbjuder lämplig behandling, ex bäckenbottenträning, prova lämpliga läkemedel

Basal utredning inom kommunal verksamhet inkluderar:

- Anamnes, status
- Residualurinsmätning x 2
- Tidsmiktion (män)
- Urinmättningslista, eventuell dryckeslista
- Läckagemätning
- Urinsticka
- Eventuell urinodling
- Blodprov (blodsocker, kreatinin)
- Läkarundersökning
- Hjälpmedel

Anamnes, status

[Anamnes](#) och [status](#)

Anamnesen avser att få en beskrivning av bakgrunden och omfattningen av inkontinensproblemen. Status beskriver personens situation med inriktning på de problem eller behov som är aktuella.

Astma/KOL	Hosta belastar bäckenbotten.
Diabetes mellitus	Risk för övertänjd blåsa pga. neuropati.
Gynekologi	Prolaps, myom, ovarialtumör, hysterektomi, atrofisk vaginit, förlossningsskada, försvagad bäckenbotten eller bindväv.
Hjärta/kärl	Hjärtinkompensation.
Infektioner	Urinvägsinfektion, uretrit, STI (sexuellt överförbara infektioner).
Missbildningar/fistlar	Urogenital fistel efter strålbehandling.
Neurologi	Demens, stroke, multipel skleros, Parkinsons sjukdom, myelomeningocele, traumatisk ryggmärgsskada, tumör, diskbräck, medfödda eller förvärvade skador.
Urologi	Prostataförstoring, prostatit, uretrit, blåstumör/sten, avflödes hinder. Makroskopisk hematuri ska föranleda remiss för cystoskopi.

Operationer	Buk-, rygg- och bäckenoperationer kan orsaka nervskador och ge besvär. Risk för övertänjd urinblåsa postoperativt.
Strålbehandling	Strålbehandling mot bäckenorgan kan ge fistelgång, stel urinblåsa.
Urinvägsinfektion	Kan vara orsak till trängningsinkontinens. Urinvägsinfektion ska alltid uteslutas. Upprepade infektioner kan orsakas av ofullständig blåstömning och/eller atrofiska slemhinnor hos postmenopausala kvinnor.

Urinmättningslista, dryckeslista

Urinmättningslista, dryckeslista används i utredningssyfte och ger information om dygnsvolym urin, antal miktationer, största/minsta volym, medelvolym, urinvolyms fördelning mellan dag och natt, och ev. förekomst av urinläckage samt vätskeintag. Listorna bör föras under minst två dygn.

Vägning av inkontinensskydd

För de vårdtagare som använder inkontinenshjälpmedel är det lämpligt att göra läckagemätning, dels i utredningssyfte, förnyad utprovning samt vid utvärdering av inkontinenshjälpmedel. Testet ger ett objektivt mått på läckagets omfattning och bör föras under minst två dygn. Varje skydd vägs före och efter användandet. Tidpunkten för bytet registreras liksom ev. kommentarer som till exempel läckage vid sidan om hjälpmedlet.

Mättningslistor

Vald mättningslista förs under minst två dygn.

- [Alt 1 urinmätning dag/natt](#)
- [Alt 2 urin och dryckesmätning](#)
- [Alt 3 läckage och urinmätning](#)
- [Alt 4 dryckesmätning](#)

ABU - asymtomatisk bakteriuri

Hos 18 – 50 % av äldre kvinnor förekommer ABU. Enbart illaluktande urin är inte indikation för infektionsbehandling. Urinsticka tas endast i de fall patient har symtom såsom ökade urinträngningar, sveda, smärta, makroskopisk hematuri eller feber. Koncentrerad urin kan vara illaluktande och åtgärdas med ökat vätskeintag.

Urinodling, blodprov, residualurinsmätning

Ordineras av läkare vid behov. Residualurin mäts alltid om det finns tillgång till ultraljud, t ex. Bladder Scan eller liknande, annars tappning enligt läkarordination.

Mättningslistor

Mättningslistor utvärderas utifrån normalvärden.

- Miktionsvolym är 2 till 5 dl
- 4 - 8 miktionser per dygn
- 12–20 dl urin per dygn

Utifrån urinmättningslista, läckagemätning och vätskelista får man information om totala vätskeintaget, mängd urinläckage, blåskapacitet och miktionsfrekvens.

Tolkning av miktionsstatus:

Täta miktionser kan bero på stort vätskeintag. Blåsvolymererna är då normala.

Täta miktionser med små blåsvolymer ses vid överaktiv blåsa eller avflödeshinder med residualurin.

Initiera läkarkontakt vid:

- Misstanke om urinvägsinfektion
- Makroskopisk hematuri
- Påtaglig förändring av vårdtagarens miktionsvanor eller urininkontinensens omfattning
- Äldre vårdtagare med behov av allmänmedicinsk undersökning
- Genomgång och eventuell sanering av läkemedelsintag

Behandling

Bäckenbottenträning

Bäckenbottenträning initieras av sjuksköterska eller distriktssköterska då den äldre med inkontinensbesvär är motiverad till träning, [bäckenbottenträning kvinnor](#), [bäckenbottenträning män](#).

Farmakologisk behandling

Hos äldre kvinna med inkontinens kan lokal behandling med östrogen prövas om det inte finns kontraindikation, t.ex. tidigare gyn/bröstmalignitet.

Vid annan farmakologisk behandling mot inkontinens bör försiktighet iaktas vid behandling av äldre.

Toalettschema

[Toalettschema](#)

Toalettschema används vid utredning för att kartlägga vårdtagarens toalettbesök. Om vårdtagaren inte ger uttryck för att behöva kissa är det lämpligt att starta kartläggningen med toalettbesök varannan timma. Vid förändring i vårdtagarens tillstånd måste ny kartläggning göras.

Toalettassistansschema

[Toalettassistansschema](#)

Toalettassistans innebär att vårdtagaren får hjälp till toaletten eller blir påmind om att gå på toaletten innan urinläckage uppstår.

Toalettassistans kan delas in i följande metoder:

– Schemalagda toalettbesök

Toalettbesök vid förutbestämda klockslag med intervaller på två till fyra timmar ofta kopplat till måltider.

– Vaneträning

Toalettbesök vid förutbestämda tider som är anpassade till vårdtagarens blåsfunktion. Vårdtagarens individuella vanor beaktas och en kartläggning sker av vårdtagarens individuella behov av att tömma blåsan med hjälp av toalettschemat.

– Uppmärksamhetsträning

Används till vårdtagare som kan lära sig känna blåsfyllnad och kan be om hjälp när behov uppstår. Signaler som föregår behov till blåstömning uppmärksammas och medvetandegörs för vårdtagaren. När vårdtagaren ber om hjälp måste personalen snabbt hjälpa vårdtagaren till toaletten. Om vårdtagaren inte klarar sina toalettbesök själv behöver vårdtagaren alltid toalettassistans. Målsättningen med toalettassistans är att vårdtagaren ska tömma sin urinblåsa och tarm på individuellt anpassade tider. Hos vissa vårdtagare kan det vara svårt att hitta lämpliga intervaller i miktionsmönstret. Det är ändå av värde att hjälpa vårdtagaren till toaletten på bestämda tider för att minska urinläckage och skapa regelbundna avföringsvanor. Förstopning kan vara en orsak till urinläckage hos äldre.

Positiv attityd hos personalen är en förutsättning för all toalettassistans.

Senior alert

Ett nationellt kvalitetsregister för personer över 65 år. Ca 80 % av de äldre som vårdas inom hemsjukvård eller särskilt boende, bedöms ha blåsdysfunktion/inkontinens så att de behöver använda inkontinenshjälpmedel och därför rekommenderas registrering.

www.senioralert.se

Hjälpmedel

Utprovning av lämpligt hjälpmedel görs av behörig förskrivare efter fullständig basal utredning. Läckagemätning rekommenderas innan förskrivning av hjälpmedel för att lämpligt skydd ska förskrivas. Alla läckage under 8 gram behöver inte vara ett urinläckage utan kan vara en flytning.

Inför förlängning av inkontinenshjälpmedelsförskrivning ska bedömning göras så att rätt produkt används.

Indikation för remiss till specialist (urolog, gynekolog eller neurolog)

- Nyttillkomna trängningar 3–6 månader
- Smärtsamma trängningar
- Blåstömningssvårigheter
- Makroskopisk hematuri
- Tidigare malignitet i underliv eller urinvägar

8. Läkemedel

På grund av farmakologiska effekter på urinvägarna eller via centrala mekanismer kan följande läkemedelsgrupper utgöra en belastning för patienter med inkontinens. Grunden i sammanställningen bygger på biverkningsrapporter från läkemedelsverket.

Antidepressiva	Antidepressiva med antikolinerg effekt ex. tricykliskt antidepressiva kan ge urinretention och överrinningsinkontinens. SSRI kan orsaka problem. SNRI ex. Efexor Depot kan orsaka problem.
Blodtryckssänkande som blockerar alfaadrenerga receptorer	Ex. Karvedilol, kan bidra till ansträngningsinkontinens.
Centralstimulantia	Kan ge överaktiv blåsa hos barn.
Diuretika	Kan förvärra eller vara den utlösande faktorn tillsammans med andra riskfaktorer.
Hostdämpande	Efedrin stimulerar alfaadrenerga receptorer och kan bidra till överrinningsinkontinens.
Lokalbedövningsmedel	Kan orsaka problem om blockaden berör urinvägarna.
Neuroleptika	Kan ge upphov till inkontinens. Ska undvikas till äldre på vag indikation.
Opioider	Kan orsaka överrinningsinkontinens.
Sedativa, hypnotika	Kan orsaka förvirring, ökar risken för inkontinens hos äldre. Kan orsaka urinretention hos barn.
Ögondroppar	Glöm inte fråga patienten om ögondroppar. Ev. behandling med antikolinergika kan påverka behandling av glaukom med trång kammarvinkel.

Vårdprogram för urininkontinens i Sörmland

9. Referenser

Barnläkekonst Sörmland

Bauer SB, Labib KB, Dieppa RA, Retik AB. *Urodynamic evaluation of boy with myelodysplasia and incontinence. Urology. 1977; 10:354–62.*

Gladh G & Mattsson S. *Nationellt vårdprogram för barn med neurogen blås- och tarmstörning. Socialstyrelsen ISSN 1403-3348, 1994:7-12.*

Houle A-M, Gilmour RF, Churchill BM, Gaumond M, Bissonnette B. *What volume can a child normally store in the bladder at a safe pressure. J Urol. 1993; 149:561–4.*

McGuire EJ, Woodside JR, Borden TA, Weiss RM. *Prognostic value of urodynamic testing in myelodysplastic patients. J Urol 1981; 126:205–9.*

Nationella riktlinjer för medicinsk uppföljning vid ryggmärgsbräck, MMC
Svensk neuropediatrisk förening, december 2011.

NIKOLA Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting, www.nikola.nu

Rapporten Inkontinens vid utvecklingsstörning, *Föreningen Sveriges Habiliteringschefer, rikstäckande nätverk för habiliteringen i Sverige, 2009.*

Svenska enuresakademien, www.svenskaenures.se

Vårdprogram för prostatacancer, *Regionalt Onkologiskt Centrum i Uppsala/Örebroregionen, 2011.*

Deltagare i arbetsgrupp vårdprogram vid upprättande 2012

Ann Blom	Sektionschef Vesicentralen, Hjälpmedelscentralen
Karin Båverud	Barnmorska/uroterapeut, Kvinnokliniken Mälarsjukhuset
Mats Bäckarslöf	Projektledare, Landstinget Sörmland
Erika Bälldal	Medicinsk ansvarig sjuksköterska, Gnesta kommun
Annika Furuskog	Distriktssköterska, Eskilstuna kommun
Marie Landeblad	Distriktssköterska, VC Bagaregatan Nyköping
Torsten Lindeborg	Urolog, kirurg/urologkliniken Kullbergsgka sjukhuset/ Mälarsjukhuset
Ann-Sofie Magnusson	Barnsjuksköterska/uroterapeut, Barnkliniken Nyköping
Marie-Louise Nyman	Sjukgymnast/uroterapeut, Kvinnokliniken Kullbergsgka sjukhuset
Kristina Olsson	Distriktsläkare, VC Familjedoktorerna, Strängnäs
Ann-Britt Pantzar	Kvalitetshandläggare, Habilitering & Hjälpmedel
Monika Persson	Sjuksköterska, Katrineholms kommun
Diana Zach	Gynekolog, Kvinnokliniken Mälarsjukhuset
Eva Zetterström	Barnsjuksköterska, habiliteringsverksamheten Sörmland

Vårdprogram för urininkontinens i Sörmland

Deltagare i arbetsgrupp vårdprogramms revidering 2014

Ann Blom	Inkontinenssamordnare Vesicentralen, Hjälpmedelscentralen
Karin Båverud	Barnmorska/uroterapeut, Kvinnokliniken Mälarsjukhuset
Erika Bälldal	Medicinsk ansvarig sjuksköterska, Gnesta kommun
Annika Furuskog	Distriktssköterska, Eskilstuna kommun
Drita Hurtic	Specialistläkare, Kvinnokliniken Kullbergsga sjukhuset/Mälarsjukhuset
Marie Landeblad	Distriktssköterska, VC Bagaregatan Nyköping
Ann-Sofie Magnusson	Barnsjuksköterska/uroterapeut, Barnkliniken Nyköping
Hannelore Musch	Underläkare ST, VC Tunafors Eskilstuna
Marie-Louise Nyman	Sjukgymnast/uroterapeut, Kvinnokliniken Kullbergsga sjukhuset
Ann-Britt Pantzar	Kvalitetshandläggare, Rehabilitering & Hjälpmedel
Jenni Persson	Sjuksköterska/uroterapeut, Kirurgikliniken Mälarsjukhuset
Monika Persson	Sjuksköterska, Katrineholms kommun
Eva Zetterström	Barnsjuksköterska, habiliteringsverksamheten Sörmland

10. Länkar

[NIKOLAs hemsida \(www.nikola.nu\)](http://www.nikola.nu) - är arbetsredskapet i detta Vårdprogram:

[Anamnes](#)

[Anamnes \(Barn\)](#)
www.enuresakademin.se

[Status](#)

[Blåsträningsinstruktion](#)

[Bäckenbottenträning \(Kvinnor\)](#)

[Bäckenbottenträning \(Män\)](#)

[Dryckesmätning](#)

[Läckage och urinmätning](#)

[Urin- läckage- dryckesmätning \(Barn\)](#)

[Urin och dryckesmätning](#)

[Urinmätning dag/natt](#)

[Symptombedömning vid prostatabesvär \(I-PSS\)](#)

[Tidsmiktionslista](#)

[Toalettschema](#)

[Toalettassistansschema](#)

[Nationellt vårdprogram prostatacancer](#)

[Riktlinjer för analinkontinens](#)

11. Bilaga

Ren Intermittent Kateterisering, RIK – metoden

Händerna tvättas före och efter RIK

Själv-RIK

Plocka fram kateter, ev. glidslem och ev. nytt läckageskydd

Sitt i utprovad optimal sittställning eller stå upp

Man/Pojke

Med ena handen:

håll penis utåt/uppåt mot buken

Kvinna/Flicka

Med ena handen:

sära på blygdläpparna

Med andra handen:

För in katetern tills urinen börjar rinna.

När urinen slutat rinna förs katetern in ytterligare en liten bit.

Om urin börjar rinna igen, vänta tills urinen slutat rinna och dra sedan sakta ut katetern.

Om urinblåsan är svår att tömma, tryck över buken eller hosta med katetern kvar i blåsan.

Assisterad-RIK

Plocka fram kateter, ev. glidslem och ev. nytt inkontinensskydd

Låt personen sitta i utprovad optimal sittställning

Sitt framför personen eller på det sätt som ger bäst arbetsställning.

Man/Pojke

Med ena handen:

håll penis utåt/uppåt mot buken och med tummen underifrån nära penisroten.

Då känns kateterns väg in i blåsan.

Kvinna/Flicka

Med ena handen:

sära på blygdläpparna

Med andra handen:

För in katetern tills urinen börjar rinna.

När urinen slutat rinna förs katetern in ytterligare en liten bit.

Om urin börjar rinna igen, vänta tills urinen slutat rinna och dra sedan sakta ut katetern.

Om urinblåsan är svår att tömma, tryck över personens buk eller låt personen hosta med katetern kvar i blåsan.

Förbrukningsartiklar vid RIK

Katetrar för intermittent blåstömning finns i olika kvaliteter, typer, längder och Charrière (grovlek).