



Vidensafdækning af kommunernes praksis med forebyggelse af inkontinens

Udarbejdet af Oxford Research på vegne af Sundhedsstyrelsen, oktober 2019



Indhold

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Indledning | 1 |
| 2. | Vidensafdækningens hovedfund | 2 |
| 3. | Afgrænsning | 5 |
| 4. | Organisering af forebyggelsen | 7 |
| 4.1 | Fagpersoner, roller og kompetencer | 7 |
| 4.2 | Organisatorisk placering | 8 |
| 4.3 | Personaleressourcer | 9 |
| 4.4 | Velfungerende organisering af arbejdet | 10 |
| 5. | Opsporing af målgruppen | 12 |
| 5.1 | Metoder til opsporing i kommunerne | 13 |
| 5.2 | Barriere for opsporing | 16 |
| 6. | Udredning for inkontinens | 18 |
| 6.1 | Minimal care-princippet i kommunerne | 19 |
| 7. | Træning og forebyggende aktiviteter | 23 |
| 7.1 | Informationsmateriale | 23 |
| 7.2 | Aktiviteter for ældre, der selv kan træne hjemme | 24 |
| 7.3 | Assisteret træning med sundhedspersonale | 26 |
| 7.4 | Henvise til tilbud i lokalområdet | 32 |
| 8. | Afslutning af forløb og opfølgning af borgeren | 33 |
| 9. | Litteratur | 36 |

1. Indledning

Forekomsten af urininkontinens er stigende med alderen. Det anslås, at andelen stiger til at være hver anden kvinde over 75 år, der har gener i større eller mindre grad. Studier henvist til i den nationale kliniske retningslinje for behandling af urininkontinens hos ældre viser, at behandlingen af urininkontinens hos kvinder kun har en mindre effekt. Der er derfor behov for at sætte fokus på, hvordan urininkontinens hos ældre kan forebygges. Med forebyggelse menes, hvordan urininkontinens kan hindres, opspores og begrænses.

Sundhedsprofessionelle, plejepersonale, praktiserede læger og sygehuse møder ældre borgere. Kommunen kommer i visse situationer i borgerens hjem f.eks. gennem de lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg til ældre. Her er der mulighed for bl.a. at tale om forebyggelse af urininkontinens.

Formålet med vidensafdækningen er at afdække, hvordan kommunerne arbejder med forebyggelse af urininkontinens for derved at kunne pege på, hvad der fungerer godt - til inspiration for andre kommuner.

På baggrund af vidensafdækningen skal Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med relevante aktører, udvikle materiale hhv. henvendt til ældre borgere og sundhedspersonale i primærsektoren.

Undersøgelsesspørgsmål

- Hvordan arbejder kommuner med forebyggelse af urininkontinens blandt ældre primært kvinder?
- Hvor er det forebyggende arbejde med urininkontinens hos ældre forankret i kommunen?
- Opsporer kommunen målgruppen, og i så fald hvor og hvordan skabes kontakten?
- Hvordan udredes ældre for urininkontinens, og hvilke aktører er involveret i udredningen?
- Hvilke aktiviteter iværksætter kommunen for at hindre og begrænse urininkontinens hos ældre?
- Hvad kan ældre selv gøre for at hindre og begrænse urininkontinens?
- Hvordan motiveres og fastholdes ældre i træning og forebyggende aktivitet? Hvilken rolle spiller pårørende, og er der særlige opmærksomhedspunkter ved forskellige typer af ældre?
- Hvordan kan kommuner fremadrettet arbejde med og styrke forebyggelse af urininkontinens blandt ældre?

2. Vidensafdækningens hovedfund

Vidensafdækningen baserer sig på viden fra et omfattende litteraturstudie suppleret med afdækning af kommunal praksis både gennem interviews og dybdegående casestudier. Vidensafdækningen viser, at der er forskel på, hvor stort et fokus kommunerne har på forebyggelse af urininkontinens hos ældre.

Nogle af kommunerne i afdækningen har afsat flere ressourcer og har en proaktiv og opsøgende indsats af specialiserede kompetencer, der samarbejder på tværs. Selvsamme kommuner har åbne hold – og individuelle tilbud, som henvender sig til friske ældre, som kommer af sig selv ind fra gaden og superviseret forløb i hjemmet til skrøbelige ældre. Disse kommuner opsporer ældre tidligt og har oplevet et fald i antallet af ældre, der benytter ble. Dertil nævner repræsentanter fra kommunerne, at de har en oplevelse af at have sparet penge ved at reducere udgifter på andre områder f.eks. til bleer, mindre personaletid til håndtering af bleskift, lækager mv., færre ressourcer til hospitalet i forbindelse med udredning mv.

Kommuner, der har afsat begrænset ressourcer, f.eks. nævnes fem timer pr. uge, har kun mulighed for at håndtere de henvisninger (fra ældreplejen eller praktiserende læger) af borgere, der kan nås. Andre kommuner har ikke en forebyggende indsats målrettet urininkontinens blandt ældre.

Enkelte af kommunerne i afdækningen skiller sig ud i forhold til de andre, ved at have etableret et særdeles velfungerende arbejde omkring forebyggelse af urininkontinens blandt ældre. Her har man formået at organisere en opsporing, udredning, træning og opfølgning, der understøtter, at flere ældre forebygges og hjælpes med gener for urininkontinens, og dermed færre er i risiko for at skulle bruge bleer og andre hjælpemidler.

Opsporing af målgruppen

Nogle kommuner arbejder ikke med at opspore ældre i risiko for urininkontinens. Andre opsporer gennem forskellige tilgange og, baseret på vidensafdækningen, må det konkluderes, at flere kommuner med fordel kan arbejde mere systematisk i opsporingsarbejdet.

Opsporingen af ældre med urininkontinens sker enten ved, at borgere selv henvender sig til pleje- eller sundhedsfagligt personale om problematikken evt. sammen med en pårørende eller ved, at personalet henvender sig til borgere. Borgere opspores også hos almen praksis og på sygehuset.

I de fleste kommuner kommer borgere først i en proces med udredning og forebyggelse, når de selv henvender sig til f.eks. plejepersonale eller egen læge. Her arbejdes der således ikke opsøgende med at opspore borgere med

urininkontinens. Afdækningen viser, at kommunerne kan arbejde opsøgende via en række tiltag f.eks. gennem udbredelse af viden om urininkontinensproblematikken til, og eventuelt opkvalificere af pleje- og sundhedsfagligt personale, der er i kontakt med ældre og/eller udarbejdelse af informationsmateriale til hjemmesider, lægehuse, biblioteker mm. og i flere sprog for at ramme ældre med anden etnisk baggrund.

Udredning

Kommuner, der udreder ældre for urininkontinens, benytter minimal care princippet. Princippet er en simpel evidensbaseret procedure og netop den tilgang, som forskningen peger på som relevant at bruge. Det er dog forskelligt, hvordan kommunerne arbejder med princippet. Det er særligt fordelingen af de konkrete opgaver under udredningen, der kan være forskellig fra kommune til kommune.

Kommuner, der har specialiserede kompetencer til rådighed på området, gennemfører størstedelen af udredningen, hvor kommuner uden de nødvendige kompetencer til området henleder til, at det er den praktiserende læges opgave at udrede. Enkelte repræsentanter fra kommunerne har erfaret, at der i de situationer er risiko for, at ældre ikke henvender sig til egen læge om problematikken, at lægen ikke udfører en fyldestgørende udredning og blot henviser til kommunen om blebevilling.

Forebyggende aktiviteter

Der er en lang række aktiviteter, som ældre selv kan gøre for at forebygge urininkontinens. Det er øvelser, der kan laves i eget hjem og som ældre kan læse om i informationsmateriale og på hjemmesider. Øvelserne er de samme for kvinder og mænd. Evidensen på området er sparsom og divergerende i forhold til at påvise effekten af en given indsats. Dog er det påvist, at intensiv træning af f.eks. bækkenbund og knibekraft er effektiv, hvis træningen gøres dagligt og varigt. Stopper man træningen, stopper effekten. Et studie viser også, at superviseret og assisteret træning virker bedre både i forhold til at gøre øvelserne korrekt samt for fastholdelse af træningen. Udover træning er det påvist, at der er en række livsstilmæssige forhold, der har sammenhæng til urininkontinens f.eks. overvægt (læs mere i kapitel 7).

For skrøbelige ældre, med et plejebehov grundet f.eks. fysisk og/eller kognitiv funktionsnedsættelse eller demens, er assisterende opbygning af toiletvaner og træning en nødvendighed, i forbindelse med forebyggelse af urininkontinens. En række kommuner har opkvalificeret plejepersonalet i håndtering af målgruppen.

Flere ældre deltager i holdtræning, temaaftener o.l. hos kommunen f.eks. i sundhedshuset eller hos en civilsamfundsaktør. De ældre fremhæver det som yderst positivt at mødes med andre med lignende gener. Det fordrer

motivation og fastholdelse. Ved holdtræning skal man være opmærksom på nødvendigheden af at lave kønsopdelt hold og hold til ældre af anden etnisk baggrund.

Data og metode

Vidensafdækningen er gennemført af Oxford Research i perioden fra maj til august 2019. Oxford Research har inddraget læge og forsker Charlotte Graugaard-Jensen ved Aarhus Universitet som faglig sparringspartner. Afdækningen baserer sig på data fra telefoniske interviews med 25 kommuner, dybdegående casestudier af good practices i tre udvalgte kommuner samt litteratursøgning.

En selektion af kommuner, der blev valgt på baggrund af størrelse, geografisk spredning og fokus på området, blev udpeget til interview. Interviewpersonerne var nøglepersoner på kontinensområdet eller nøglepersoner for ældrepleje eller sundhedsområdet.

På baggrund af den samlede interviewdata blev der udpeget tre kommuner, der har gjort sig nogle særligt gode, effektive og/eller innovative erfaringer med forebyggelse af urininkontinens hos ældre primært kvinder. Kommunerne blev valgt, så de kunne belyse forskellige elementer f.eks. organisering af opsporing, typer af aktiviteter mm. Der blev gennemført casestudie hos kommunen inkl. interviews med et stort udvalg af relevante medarbejdere samt borger og evt. pårørende. Interviewene blev gennemført ansigt til ansigt.

Afdækning af praksis blev suppleret med en systematisk litteratursøgning af nyere forskning og litteratur på området. Søgningen blev gennemført på hhv. pubmed og cochrance databasen samt via Google. Der er også læst studier, der ligger på relevante hjemmesider på området f.eks. hjemmesiden for internationale studier om inkontinens samt Kontinensforeningens hjemmeside. De studier, der er med i rapporten, er primært inddraget der, hvor de kan supplere med ny viden eller perspektiver.

Søgningen blev primært afgrænset til at være nyere forskningsstudier, som er fem år eller yngre. Søgeordene fremgår af nedenstående tabel.

| Urininkontinens | Forebyggelse | Målgruppe |
|-----------------------|--------------|-----------|
| Urinary incontinence | Prevent | Elderly |
| Incontinence | Prevention | Old |
| Involuntary urination | Outreach | |
| Continence | | |

Søgningen gav adgang til en stor mængde studier uden relevans for afdækningen, hvor særligt studier, der fokuserede på kirurgiske eller medicinske behandlingsmetoder, blev frasorteret undervejs. Ligeledes blev studier, der fokuserede på genoptræning af patienter f.eks. hjertekar fravalgt.

Det samlede datagrundlag indgår i analysen. Opbygningen af analyse og afrapportering tager udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålene og afspejler trinene i det forebyggende arbejde fra opsporing og udredning til iværksættelse af aktiviteter og træning, der har til formål at hindre og begrænse urininkontinens blandt ældre. Sidstnævnte er opdelt på, hvad ældre selv kan gøre og hvad kommunen kan gøre. Viden fra litteratursøgningen er indført i bokse ved de emner, hvor litteraturen gav ny viden, der kan supplere den allerede eksisterende praksis.

3. Afgrænsning

Vidensafdækningen beskæftiger sig med urininkontinens blandt ældre, primært kvinder. Alderen er ikke afgrænset på forhånd, men anses af de fleste kommuner for at være 65-årige og ældre. Målgruppen af ældre består både af den mere friske ældre, der bor i eget hjem og ikke modtager hjælp fra kommunen, samt af skrøbelige ældre, der pga. mental eller fysisk svækkelse har et plejebehov.

Urininkontinens er defineret som ufrivillig vandladning i et sådant omfang, at det er et problem socialt og hygiejnisk¹. Urininkontinens optræder typisk i to typer: Stress-inkontinens er kendetegnet ved, at den ufrivillige vandladning finder sted, når der kommer uventet pres på blæren, f.eks. ved hoste, nys, dans, løb og lignende. Urgency-inkontinens er, når tissetrangen kommer pludseligt og er umulig at holde tilbage. Flere har begge problematikker, og der er i så fald tale om blandingsinkontinens².

Afdækningen fokuserer på målgruppen af ældre, primært kvinder. Da kommunerne i det kommunale arbejde på inkontinensområdet ikke skelner mellem, hvordan man opsporer henholdsvis ældre kvinder og ældre mænd, samt hvilke typer af aktiviteter og træning man iværksætter, håndteres beskrivelsen samlet i rapporten. Der er dog en forskel på dele af udredningen.

Årsagerne til urininkontinens hos kvinder og mænd kan i visse tilfælde være forskellige (læs mere i kapitel 7). Hos både kvinder og mænd har livsstil en indflydelse (overvægt, rygning), og desuden kan et overdrevent væskeindtag resultere i urininkontinens. Hos mænd kan urininkontinens skyldes tilstande i prostata (blærehalskirtlen). Med alderen vokser prostata, og dermed kommer trykken på urinrøret, og det kan være svært at komme ordentligt af med vandet. Hos kvinder skyldes urininkontinens typisk nedsunken livmoder eller slap bækkenbund efter graviditet og fødsel. Derudover kan for begge køn nævnes årsager som urinvejsinfektion, kræft, sygdomme i nervesystem eller demens.

Kontinensforeningen skønner, at op imod 10 pct. af befolkningen lider af urininkontinens³. Et dansk studie viser, at urininkontinens forekommer hos 16 pct. af alle danske kvinder i alderen 40-60 år, og at den procentvise andel stiger til 50 pct. for kvinder over 75 år⁴. I omegnen af 5 pct. af alle danske

¹ <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/oevrige-sygdomme/urininkontinens-hos-aeldre/>

² <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/oevrige-sygdomme/urininkontinens-hos-aeldre/>

³ www.kontinens.org

⁴ Møller et al. (2000): The prevalence of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 298-305

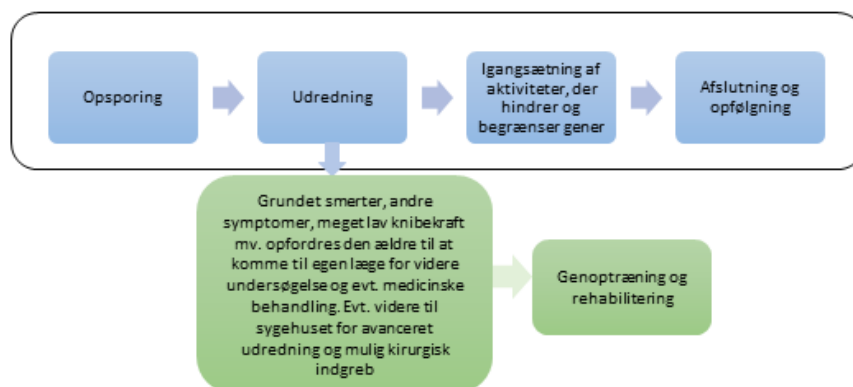
mænd over 20 år lider af urininkontinens, og problemet er mest udbredt hos mænd over 50 år⁵.

Det er svært at få præcise tal, da tilstanden er tabuiseret, og der er mange, som ikke opspores. I visse situationer henvender borgeren eller plejepersonalet sig først, når borgerens tilstand er rigtig slem, og vedkommende ønsker en blebevilling fra kommunen. Ofte søger borgeren også selv for indkøb af bleer.

Lider man af urininkontinens, er der risiko for, at man mistrives og isolerer sig fra sociale sammenhænge. Deltager man i forebyggende aktiviteter, er der dog gode muligheder for at hindre og begrænse gener eller helt at slippe for dem. Derfor har gode forebyggende indsatser samt gode initiativer til opsporing og udredning stort potentiale for at hjælpe mange borgere til bedre sundhed, trivsel og hygiejne.

Afgrænsning

Afdækningen beskæftiger sig med kommunale indsatser til forebyggelse af urininkontinens. Forebyggelse er afgrænset til at være aktiviteter, der hindrer urininkontinens hos ældre i at opstå samt aktiviteter, som opsporer og begrænser urininkontinens hos ældre tidligst muligt. Fokus er på primær-sektorens kommunale aktører værende hjemmepleje, plejehjem og forebyggelse. Afdækningen fokuserer altså ikke på patientrettet behandling herunder medicinsk eller på rehabilitering og genoptræning i forlængelse af kirurgisk indgreb.



Indsatserne kan betragtes som forebyggende i den forstand, at de har til formål, at færrest mulige borgere unødvendigt får hjælpemidler som f.eks. bleer eller kateter, og at inkontinensproblematikken ikke opstår eller forværres hos den enkelte.

⁵ www.kontinensforeningen.dk

4. Organisering af forebyggelsen

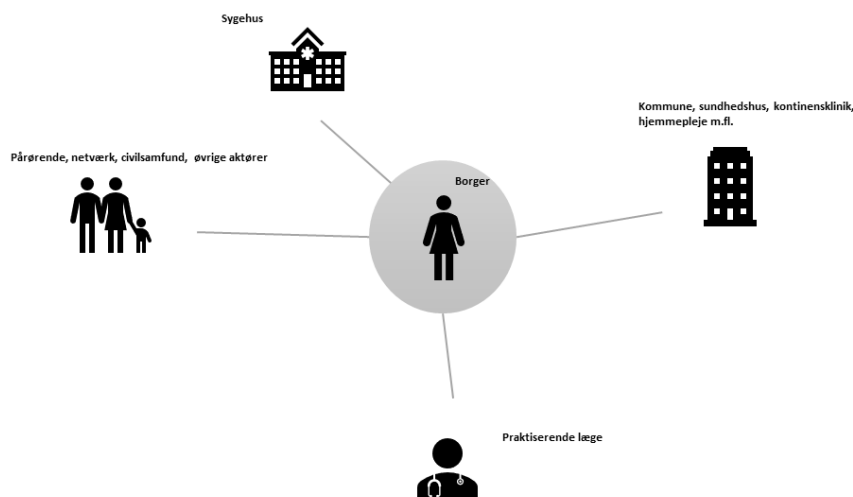
Formålet med kapitlet er at afdække kommunernes organisering af forebyggelse af urininkontinens blandt ældre. Afdækningen viser, at kommuner har organiseret indsatsen på forskellige måder og varierer grundet forskel i politisk fokus og personaleressourcer.

Nogle af kommunerne har afsat flere ressourcer og har en proaktiv samt op søgende indsats af specialiserede kompetencer, der samarbejder på tværs af forskellige fagprofessionelle aktører i arbejdet med at opspore og udrede ældre med urininkontinens. Samme kommuner har et tilbud, der på den ene side giver mulighed for, at ældre, som er friske nok til selv at henvende sig til tilbuddet, kan gøre det uden henvisning fra f.eks. egen læge og på den anden side tilbyder et superviseret forløb i hjemmet til den mere skrøbelige ældre.

Kommuner, der har afsat en begrænset personaleressource f.eks. fem timer om ugen, har kun mulighed for at håndtere de henvisninger (fra ældreplejen eller praktiserende læger) af borgere, der kan nås. Nogle kommuner har ikke en forebyggende indsats målrettet urininkontinens blandt ældre.

4.1 FAGPERSONER, ROLLER OG KOMPETENCER

Der er potentielt mange aktører involveret i arbejdet, både når det drejer sig om at opspore målgruppen i risiko for urininkontinens på de forskellige arenaer, hvor de befinder sig, og i forbindelse med udredning og igangsættelse af aktiviteter i et tværfagligt samarbejde mellem aktører.



Nogle kommuner har ansat en (eller flere) kontinenssygeplejerske som nøgleperson i kommunens kontinensindsats. Det er en sygeplejerske med en specialuddannelse indenfor kontinens. Kontinenssygeplejersken besidder

kompetencer indenfor opsporing, udredning og behandling/forebyggelse, og i nogle situationer er det kontinenssygeplejersken, der har til opgave at bevillige bleer og katetre.

I nogle kommuner samarbejder kontinenssygeplejersken med en fysioterapeut og eventuelt en ergoterapeut. Sygeplejersken tager sig af den overordnede udredning (væske- og vandladningsskema, måling af urinflow og residualurin mv.) og koordination af indsatsen. Fysioterapeuten står ofte for dele af udredningen, som indbefatter en palpation (forundersøgelse i underlivet) af borgerens knibekraft. Fysioterapeuten varetager endvidere holdtimer eller enkeltlektioner i træning af bækkenbunden og har desuden en primær rolle i forhold til at øge borgerens fysiske funktionsevne. Enkelte steder har man også tilknyttet en ergoterapeut, som har fokus på borgerens almindelige daglige livsførelse.

Medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecenteret er ofte centrale personer ift. opsporing af borgere med inkontinens. Hos personer, der modtager regelmæssige hjemmebesøg og ifm. de forebyggende hjemmebesøg blandt ældre, arbejder medarbejdere med at opspore borgere med inkontinens. I nogle kommuner tildeles en ansat rollen som kontinensnøgleperson, dvs. at de har udvidet fokus og evt. udvidet kompetence indenfor opsporing af beboere med inkontinens og handling herpå.

Borgerens egen læge har ansvaret for lægefaglige opgaver i forbindelse med udredning og behandling af inkontinens. Det består af en gynækologisk undersøgelse, dyrkning af urin, undersøgelse af associerede sygdomme og livsstilsfaktorer, samt vurdering af om borgeren skal henvises til hospitalet med henblik på mere avanceret udredning og behandling.

4.2 ORGANISATORISK PLACERING

Indsatsen omkring opsporing, udredning og igangsættelse af aktiviteter til at hindre og begrænse urininkontinens blandt ældre, er i kommuner enten organiseret indenfor forebyggelse eller ældrepleje; Kontinensnøglepersonen er enten placeret i en større stab og afdeling eller mere synligt i en kontinensklinik i f.eks. sundhedshuset eller tæt på målgruppen i hjemmepleje eller plejecentre.

Når indsatsen er placeret indenfor forebyggelsesområdet, har kontinensområdet en naturlig snitflade til og velfungerende samspil med kommunens samlede forebyggelsesområde. Her sparrer kontinensnøglepersonen med fagpersoner fra andre forebyggende tilbud, hvis det er nødvendigt f.eks. ift. overvægt, alkohol og rygning. Det er muligt at tilrettelægge en helhedsorienteret indsats til borgeren i et sammenhængende forløb. Er indsatsen placeret i kommunens sundhedshus er der også mulighed for samarbejde med andre sundhedsprofessionelle i huset f.eks. praktiserende læge.

De ældre, som selv henvender sig til det kommunale tilbud f.eks. i sundhedshuset for at få hjælp, er relativt ressourcestærke og motiveret til aktivt at forebygge inkontinens. Der er dog en risiko for, at man ikke får fanget de mere skrøbelige ældre, der ikke selv henvender sig i tilbuddet. Det afhjælper nogle kommuner ved at have en udekørende funktion, hvor kontinenssygeplejersken besøger borgere bl.a. på forebyggende hjemmebesøg. Her er der mulighed for at opspore skrøbelige ældre.

En kontinensindsats, der er placeret indenfor ældrepleje, har en mere direkte adgang til målgruppen af ældre. Her har kontinensnøglepersonen i tæt samarbejde med plejepersonale og hjemmepleje mulighed for tidligt at opspore borgeren i risiko for inkontinens. Her er der dog situationer, hvor personalet ikke får håndteret andre forebyggelsesrelaterede problemstillinger som overvægt og rygning - som man med fordel ser ved en organisering indenfor forebyggelsesområdet.

4.3 PERSONALERESSOURCER

Det varierer om kommunerne afsætter personaleressourcer til forebyggelse af urininkontinens blandt ældre, og hvor mange ressourcer der afsættes. Nogle af kommunerne har afsat ressourcer bredt set til hele inkontinensområdet herunder til at opfange den yngre målgruppe med nybagte mødre. Andre har målrettet ressourcer til ældreområdet. Ved forebyggelse af inkontinens håndteres både urin – og afføringsinkontinens.

Cirka en fjerdedel af de adspurgte kommuner har én person siddende på kontinensområdet enten i en fuldtids- eller deltidsfunktion. I kommuner med færrest ressourcer nævner enkelte, at de ikke aktivt kan opspore ældre, da de risikerer at få flere henvendelser, end der er ressourcer til at håndtere. Der er ikke adgang til et åbent tilbud, hvor borgeren kan komme ind fra gaden, men blot håndtering af henvisninger fra ældrepleje, praktiserende læger eller hospital. Nøglepersonen tager sig af udredning, træningsplan og træning, og når borgerens forløb afsluttes, er der ingen praksis for opfølgning.

Blandt den resterende trefjerdedel af de adspurgte kommuner, er der afsat flere ressourcer til området. Enkelte af kommunerne skiller sig ud ved at have afsat relativt flere ressourcer end de øvrige kommuner. Her er etableret et solidt og velfungerende fokus på forebyggelse af inkontinens blandt ældre.

Repræsentanter fra disse kommuner nævner, at de har sparet penge ved at lave en målrettet forebyggende indsats. Med indsatsen har de kunnet reducere udgifter på andre områder f.eks. til bleer, mindre personaletid til håndtering af bleskift, lækager, færre ressourcer til hospitalet i forbindelse med udredning mv. Én kommune nævner konkret, at det lykkedes dem at spare 30 pct. på udgifter til kontinenshjælpemidler på en ca. 2-årig periode.

4.4 VELFUNGERENDE ORGANISERING AF ARBEJDET

Enkelte af kommunerne i afdækningen skiller sig, som nævnt i ovenstående, ud i forhold til de andre, ved at have etableret et særdeles velfungerende arbejde omkring forebyggelse af urininkontinens blandt ældre. Her har man formået at organisere en opsporing, udredning, træning og opfølgning, der understøtter, at flere ældre forebygges samt hjælpes med gener for urininkontinens – og færre bruger bleer og andre hjælpemidler.

Indsatsen er placeret synligt i en kontinensklíník i sundhedshuset eller tæt på målgruppen i hjemmepleje eller plejecenter, og der er etableret samarbejde og aftalt systematiske arbejdsprocedurer på tværs af forskellige aktører omkring borgeren.

Kommunen har typisk ansat en til flere kontinenssygeplejersker, som opsporer, udreder og koordinerer indsatsen. Hertil er der etableret et tværfagligt team bestående af kontinenssygeplejerske, fysioterapeut og evt. ergoterapeut. Der er endvidere en udekørende funktion, hvor f.eks. sygeplejersken deltager på forebyggende hjemmebesøg o.l.

Teamet har løbende dialog og samarbejde med forskellige aktører, der understøtter opsporing af målgruppen. Herunder underviser teamet, personalet i hjemmepleje og plejecentre i opsporing og indledende udredning for urininkontinens i kontakten med de ældre. Teamet har endvidere en løbende dialog med de praktiserende læger omkring forskellige målgrupper f.eks. demente, og har i visse situationer en aftale med hospitalet omkring snitfladen mellem borgerrettet forebyggelse og patientrettet behandling ud fra vurdering af borgerens symptomer og knibekraft.

For at undgå, at en borger bevilliges ble uden udredning, har kommunen en procedure, som sikrer udredning inden der bevilliges bleer og andre hjælpemidler til urininkontinens. Der er endvidere en systematisk opfølgning på blebevilling.

For de ældre hvor det vurderes, at der er behov for at iværksætte en støttende indsats, tilbyder kommunen holdundervisning for de mere friske ældre, som selv kan henvende sig uden henvisning (åbent tilbud) og hvor undervisningen i f.eks. bækkenbundtræning også giver mulighed for socialt samvær med ligesindede. Udover gruppeaktivitet tilbydes der individuelle forløb, f.eks. superviseret bækkenbundtræning, til skrøbelige ældre. Indsatsen foregår gerne i hjemmet og koordineres sammen med plejepersonale, kontaktperson, demenskoordinator og pårørende.

Case: Eksempel på kommunal organisering af indsats til forebyggelse af urininkontinens herunder målrettet ældre

I Randers Kommune har man oprettet en kontinensklíník, der står for udredning og opfølgning. Klinikken tager sig både af borgere, hvor man skal hindre og begrænse urininkontinens og patienter, der har været igennem et forløb på sygehuset og skal genoptrænes. Klinikken er forankret i et af kommunens sundhedshuse centralt i kommunens hovedby. Her er ansat fire kontinenssygeplejersker hvoraf tre er udekørende og en er fast i klinikken. Videre har klinikken et flow-toilet og en blærescanner til brug i udredningen. Derudover er der tilknyttet to fysioterapeuter, som er bevilget timer til arbejdet med klinikkens brugere.

Der kan være lang vej fra borgeren og ind til kontinensklinikken. Dels er inkontinens tabubelagt, og det kan være svært at tage kontakt, og dels er der mange, der ikke ved, at de kan få professionel hjælp, til at forebygge deres problemer. Denne problematik er der sat stærkt ind overfor i kommunen, hvor man strukturerer kontinensarbejdet, så det kommer så tæt på borgeren som muligt. Det gøres via følgende:

- ❖ Klinikken holder åbent med tilgang af såvel nye som velkendte borgere. De kan komme ind og høre nærmere samt aftale tid for en eventuel udredning. Klinikken er lokaliseret i sundhedscentret, hvilket giver en god synergieffekt til andre forebyggelsesområder.
- ❖ Der er fra kontinensklinikken side lagt et stort arbejde i at opbygge gode professionelle relationer til sundhedspersonalet i kommunen, praktiserende læger og på det nærmeste sygehus. Meningen er, at alle de andre faggrupper ved hvad klinikken kan, og hvornår det er relevant for dem, at henvise deres borgere hertil.
- ❖ Der er blandt plejepersonale, som tager sig af kommunens ældre borgere uddannet et stort korps af inkontinensvejledere. Vejlederne er sosuhjælpere og -assistenter, der har fået en grundlæggende viden om inkontinens, opsporing og mulig træning. Deres kolleger kan spørge dem til råds, og vejlederne kan sende borgere ind til kontinensklinikken. Det er relevant at inddrage plejepersonalet, fordi de kommer helt ud i de ældre borgeres hjem.
- ❖ Klinikken tre kontinenssygeplejersker er udekørende i løbet af ugen. De kan således tage den indledende snak med borgerne ude i borgerens eget hjem. Det gør barrieren for at møde op til udredning på klinikken mindre. Videre har de tid og frihed til at tage ekstra initiativer – og har f.eks. taget mailkontakt til kommunens frivillige foreninger, om at komme forbi.
- ❖ Der er et kommunalt forankret akutteam, som har en transportabel blærescanneren. Den gør det muligt at udrede borgere, der ikke selv har mulighed for at komme ind på klinikken. Noget der er særligt relevant i kommuner med et stort opland.

5. Opsporing af målgruppen

Kapitlet afdækker, hvilke metoder kommunerne bruger til at opspore ældre, der enten har eller risikerer at få urininkontinensproblemer. Opsporingen dækker over forløbet, hvor borgeren opspores og kommer ind i systemet samt sættes i gang med en udredning, som en konkret træningsplan planlægges ud fra.

Opsporing dækker primært over opsporing til primære forebyggende indsatser (for borgere, der risikerer at udvikle urininkontinens) og opsporing til sekundær forebyggelse (for borgere, der har udviklet urininkontinens, men for hvem det er muligt at begrænse tilstanden tidligt).

Opsporingen er vigtig, fordi den er det første skridt mod en udredning og en eventuel indsats, som kan hjælpe borgeren med at forebygge eller håndtere problematikken. Opsporing er endvidere vigtig, da det med opsporing er muligt at sætte ind tidligt, mens problemet endnu er lille.

Studier om opsporing

Der foreligger ikke studier, der beskriver konkrete metoder eller systematikker til opsporing af ældre, der har risiko for at blive eller være urininkontinente. Sundhedsstyrelsens model for god kontinenspleje i plejebolig⁶ fremhæver vigtigheden af, at personalet systematisk opsporer. Her er udarbejdet tre skemaer, som personalet kan bruge til afdækning af henholdsvis urininkontinens, urinvejsinfektion og borgerens funktionsevne.

Forskningsstudier understreger vigtigheden af opsøgende arbejde og viser, at mange går alene med deres symptomer på urininkontinens uden at involvere pårørende eller sundhedsprofessionelle.

Et større dansk studie blandt ca. 20.000 kvinder viser, at cirka hver anden ikke involverer deres partner eller andre nære relationer, når de oplever symptomer på urininkontinens. Derudover er det tre ud af fire, der ikke kontakter sundhedsprofessionelle med inkontinensproblematikker. Studiet peger på vigtigheden af, at der arbejdes opsøgende ift. at hjælpe kvinder med urininkontinens⁷.

Et amerikansk studie viser endvidere, at den primære mekanisme bag at opsøge sundhedsprofessionelle er graden og varigheden af inkontinensproblematikkerne og ikke, som man kunne formode, demografiske karakteristika som uddannelse, socioøkonomi og etnicitet⁸. Studier af årsagerne til kvindernes tavshed viser, at barriererne for at søge hjælp er en følelse af skam samt en opfattelse af, at inkontinens er en naturlig del af det at blive ældre og, at der ikke findes behandlingsmuligheder⁹.

⁶ Sundhedsstyrelsen (2016): Model for god kontinenspleje i plejebolig.

⁷ Raasthøj et al. (2018): Urinary incontinence among women — which personal and professional relations are involved? A population-based study. *Int Urogynecol J*. 2018 Nov 5.

⁸ Waetjen et al. (2015): Factors associated with seeking treatment for urinary incontinence during the menopausal transition. *Obstet Gynecol*. 2015 May; 125(5):1071-9.

⁹ Visser et al. (2012): Systematic screening for urinary incontinence in older women: Who could benefit from it? *Scand J Prim Health Care*. 2012 Mar; 30(1):21-8.

5.1 METODER TIL OPSPORING I KOMMUNERNE

Nogle kommuner arbejder ikke med at opspore ældre med risiko for urininkontinens. Andre opsporer gennem forskellige tilgange, og det må konkluderes, at det langt fra er alle steder, at der anvendes systematiske metoder i opsporingsarbejdet. Opsporingen af ældre primært kvinder med urininkontinens sker enten ved, at borgeren selv henvender sig til det sundhedsfaglige personale om problematikken (evt. sammen med en pårørende), eller ved, at det sundhedsfaglige personale henvender sig til borgeren. Borgere opspores også hos almen praksis og på sygehuset.

5.1.1 Borgeren henvender sig selv

I de fleste kommuner kommer borgerne først i en proces med udredning og forebyggelse, når de selv henvender sig til f.eks. plejepersonale, egen læge eller en anden aktør. Her arbejdes der således ikke opsøgende med at opspore borgere med urininkontinens.

Afdækningen viser, at selvom kommuner ikke arbejder direkte opsøgende, kan de tage en række tiltag, der fremmer, at borgere henvender sig og får den relevante hjælp.

Vidensdeling blandt pleje – og sundhedsfagligt personale

Mange kommuner har succes med at lade kontinensnøglepersoner udbrede en grundlæggende viden om inkontinensproblematikker blandt det øvrige pleje – og sundhedsfaglige personale. Det kan f.eks. være gennem temadage med de praktiserende læger, deltagelse på uddannelsesdage for plejepersonale, uddannelse af inkontinensvejledere i hjemmeplejen mv.

Den grundlæggende viden om problematikken sikrer dels, at alle sundheds- og plejepersonaler er opmærksomme på, at urininkontinens i mange tilfælde kan bedres og ikke behøver at blive mødt med en blebevilling, og dels at alle aktørerne ved, hvor borgerne skal vises hen for den rette hjælp og/eller behandling.

Særligt plejepersonalet, der færdes i borgernes hjem, kan spille en vigtig rolle, fordi de kan opdage problemet hos borgere, der ikke selv søger hjælp. Der er således gode erfaringer med de sosuhjælpere og -assistenter, der har modtaget en grundlæggende opkvalificering inden for inkontinens. Det er typisk enten kontinenssygeplejerskerne eller bleleverandøren, der står for opkvalificeringen.

Case: Opsporing på plejehjem

I Københavns Kommune er der en tværgående organisering for opsporing, udredning og behandling af urininkontinens blandt ældre. Opsporingen er afhængig af en lang række aktører. De aktører, der opsporer, er sygeplejersker, som foretager forebyggende besøg hos ældre, samt hjemmeplejen, personale på plejehjem og praktiserende læger. Når en borger viser tegn på urininkontinens, kontaktes sygeplejekoordinatoren, som herefter kontakter kontinenssygeplejersken. Kontinenssygeplejersken kommer derefter på besøg hos borgeren.

Idet opsporingen er afhængig af aktører med kontakt til borgeren, kan der være stor forskel på den umiddelbare indsats over for borgeren. På et plejehjem er det tydeligt, hvor stor en betydning frontpersonalet kan have for forebyggelsen og håndteringen af urininkontinens.

På plejehjemmet har man en række tiltag, der tilsammen er med til at forebygge urininkontinens:

- Udpegning af bleansvarlige i hver afdeling
- Uddannelse af bleansvarlige og øvrigt personale
- Faste møder i kredsen af bleansvarlige
- Fast kontakt til kontinenssygeplejerske
- Fast kontakt til bleleverandør

Kontinenssygeplejersken har undervist plejepersonalet på et 30 minutters kursus. Et forholdsvis kort kursus, men ifølge kontinenssygeplejersken giver det et stort udbytte:

Jeg er begyndt at undervise personalet, og de kan se meningen i at forebygge urinvejsinfektion. Vi skal bare finde tiden og måden at lære dem det på, og de vil det rigtigt gerne (plejepersonalet). Man kan nå meget på 30 min. og give dem nogle bullets, som de kan arbejde efter. Det har givet bonus, de steder jeg har været, det er meget imponerende, og de er meget motiverede for det.

På kurset får personalet kompetencerne til at vurdere, hvilket behov borgeren har for hjælp. De bleansvarlige er med til at holde det øvrige personale til ilden og hjælpe dem med at finde den rigtige ble. På et af kommunens plejehjem (som er besøgt i forbindelse med afdækningen) arbejder de ud fra tre principper i deres arbejde:

1. Borgeren har ret til at gå på toilettet.
2. Borgeren skal have en så lille ble som muligt.
3. Borgeren skal have mulighed for at sove mindst 6 timer i døgnnet.

Med de tre principper in mente arbejder personalet systematisk med at forebygge urinvejsinfektion og holde eventuel inkontinens på så lavt et niveau som muligt. Såvel kontinenssygeplejerske som plejehjemsleder forklarer, at det giver personalet en faglig stolthed at kunne hjælpe med at forebygge urininkontinens og urinvejsinfektioner. Plejehjemslederen forklarer, hvordan indsatsen er afhængig af flere aktører:

Hverken sygeplejersken med specialviden eller sosu-assistenter og -hjælpere kan undværes. Der skal være nogen, der inspirerer de bleansvarlige i huset. Viden skal holdes i spil, og der skal findes løsninger på svære spørgsmål. Det er et vigtigt punkt og vigtigt, at der er samarbejde, og at dag-, aften- og nattevagter har samme kultur, og aftaler overholdes (...) Nogen skal tage en beslutning om, at det er vigtigt, det er ledelsens rolle, og så drypper det nedad. Der er hele tiden nogen, der spørger ind, og vi skal vise, at det er interessant, og at jeg og afdelingslederen interesserer os.

Kontinensklivnikker i sundhedshuse

Nogle kommuner har gode erfaringer med at placere en kontinensklivnik med en eller flere kontinenssygeplejersker i et sundhedshus med læger, fysioterapeuter, blodprøvetagning mv. Ved at formidle viden om inkontinens til de andre faggrupper kan de være med til at opspore borgeren samt henviser til rette behandling, når borgeren alligevel er i sundhedshuset i en anden forbindelse.

Information til borgerne

Endvidere foregår der også en række forskellige oplysende aktiviteter, som skal klæde borgerne på til at henvende sig, hvis de får problemer med urininkontinens. Det er f.eks. oplysningsmateriale i form af pjecer, der ligger på sundhedshuse, lægehuse og biblioteker. Det er også online-tilgængelig information på kommunens hjemmeside og sundhed.dk. I forhold til at nå ældre af anden etnisk baggrund viser studier om forebyggelse målrettet denne målgruppe af ældre, at det er en fordel, hvis der laves informationsmateriale på en række forskellige sprog^{10 11}.

Pårørende

For nogle borgergrupper er det ofte de pårørende, der opdager, at borgeren har en inkontinensproblematik, og retter henvendelse til læge/inkontinensklivnik eller får den pårørende til at søge hjælp. Det er særligt ved de svagere grupper af ældre, at dette er tilfældet, f.eks. borgere med demens. Det kan eksempelvis være pårørende til borgeren med inkontinens, der opdager, at der ofte lugter af urin. Den brede information gennem f.eks. sundhedspersonale, pjecer og anden information klæder således også de pårørende på til at opdage inkontinensproblemer hos deres nærmeste.

5.1.2 Kommuner opsøger ældre

Kommunernes opsøgende arbejde foregår hovedsageligt i forbindelse med de lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg. Her spørges bl.a. ind til, om borgeren oplever problemer med urininkontinens. Det er oftest en kontinenssygeplejerske, der er med på besøgene.

Derudover har nogle kommuners kontinenteams ressourcer til at tage ud og holde oplæg for borgere på kommunens seniordage, på plejehjem og i idrætsforeninger. Herved skabes en generel opmærksomhed blandt borgerne, og det skaber samtidig synlighed om kommunens tilbud på området. Det er også en god mulighed for at målrette arbejdet blandt forskellige befolkningsgrupper. F.eks. oplever kontinenssygeplejersker, at kvinder med

¹⁰ SIF (2012): Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner – En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser

¹¹ Ældreforum (2013): Ældre af anden etnisk baggrund – viden og inspiration om indsats.

anden etnisk baggrund end dansk sjældent selv henvender sig. Esbjerg Kommune har gjort sig gode erfaringer med at nå denne gruppe ved at holde oplæg og uddele pjecer i lokalforeninger for netop denne gruppe kvinder.

Studier om forebyggelse målrettet ældre med anden etnisk baggrund end dansk

Studier om forebyggelse målrettet ældre af anden etnisk baggrund viser, at etniske foreninger og caféer, moskéer, hjemmet og offentlige rum som parker, biblioteker og indkøbscentre er ofte benyttede mødesteder, hvor det er muligt at opspore ældre. Dog er der store variationer imellem forskellige etniske grupper. Mændene syntes generelt at have et større netværk, mens mange kvinder især har taget sig af hjemmet og derfor har haft begrænset kontakt uden for familien.

Anbefalinger til sundhedspersonale der arbejder med ældre med indvandrerbaggrund, handler om at tage sig tid til at lytte til borgerens historie og være åben og modtagelig for, at der er forskellige måder at se verden på. Herudover at være opmærksom på sprogbarrierer og inddrage pårørende, der ofte er brobyggere mellem sundhedspersonale og ældre^{12 13}.

I enkelte kommuner har man mulighed for at lave åbne konsultationer, hvor kontinensklinikken har åbent for henvendelse uden henvisning og tidsbestilling i et bestemt tidsrum. Her oplever personalet, at borgerne er glade for muligheden for at komme forbi, stille spørgsmål og evt. komme i videre behandling. Flere kommuner udtrykker et ønske om at tilbyde denne mulighed til borgerne. Det opleves som mindre forpligtende, og borgeren kan kigge ind, når vedkommende alligevel befinder sig i sundhedshuset, hvor klinikkerne typisk er lokaliseret.

5.2 BARRIERE FOR OPSPORING

Der er identificeret en række barrierer for effektiv opsporing af borgere. Barriererne er generelle og gælder således ikke blot målgruppen af primært ældre kvinder, men alle borgere med risiko for inkontinensproblematikker.

Den største barriere er, at urininkontinens er tabubelagt. Borgere med urininkontinens venter ofte længe med at søge hjælp, fordi det opleves som pinligt at gå til sin egen læge med. Det er de fagprofessionelles oplevelse, at mange borgere i starten forsøger at hjælpe sig selv med (ofte ikke effektivt udførte) bækkenbundsøvelser eller ved selv at købe trusseindlæg eller bleer. Derfor får mange først kvalificeret udredning og hjælp, når problemet har udviklet sig.

¹² SIF (2012): Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner – En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser

¹³ Ældreforum (2013): Ældre af anden etnisk baggrund – viden og inspiration om indsats.

En anden stor barriere er manglende viden om problematikken blandt andre fagprofessionelle, der ikke direkte arbejder på området. Kontinensnøglepersoner oplever det som et problem, når sosuhjælpere og -assistenter, praktiserende læger og andet sundhedspersonale ser blebevillinger som den bedste løsning på inkontinensproblematikker. Selvom borgeren reelt er opsporet, kommer vedkommende ikke den rigtige vej videre i systemet til udredning og forebyggelse, men ender i stedet med en blebevilling. Denne problematik ses imødekommet i de kommuner, hvor det er kontinensteamet, der sidder med blebevillinger, som kun bevilges, hvis mulighed eller motivation for træning eller anden indsats ikke er til stede eller er afprøvet uden bedring. Her er det dog samtidig vigtigt at være opmærksom på, at nogle kan vælge træningen fra, fordi de ikke kan få en ble i den periode, udredningen foregår, selvom de reelt har problemer med inkontinens.

Den sidste større barriere for opsporing er manglende ressourcer. Nogle kommuner arbejder ikke med opsporing og tager kun de borgere ind til udredning og forebyggelse, som selv henvender sig. Det begrundes enten med, at der ikke er ressourcer til at kommunikere tilbuddet, eller at det er dyrt, hvis tilbuddet bliver for populært. Det kan dog blandt flere kommuner i af-dækningen modsat påvises, at en øget indsats med forebyggelse og opsporing har ført til en besparelse i bleforbruget, mindre personaletid til håndtering af bleskift, lækager, færre ressourcer til hospitalet i forbindelse med udredning mv., der samlet set har gjort området billigere i drift. Der er altså en økonomisk gevinst for kommunerne, hvis de sætter ind med primære, forebyggende indsatser.

6. Udredning for inkontinens

Udredning består af en række fokuserede aktiviteter, der har det formål at fastslå, om borgeren har risiko for at blive eller er urininkontinent, herunder årsagen, typen og graden af urininkontinens hos ældre. Udredningen er således vigtig for at fastslå, hvad der skal til for at hindre og begrænse generne.

Studier om udredning

Der er ikke identificeret studier, som kan give ny viden om, hvordan udredningen af urininkontinens blandt primært ældre kvinder med fordel kan tilrettelægges. I litteraturen henvises til minimal care-princippet.

Minimal care-princippet er en systematisk metode til udredning og behandling af inkontinens og er baseret på minimal, relevant og primært ikke-kirurgisk behandling med mindst muligt forbrug af ressourcer¹⁴.

Princippet dækker over en bred vifte af metoder, der ligeledes anbefales til udredning af inkontinens efter internationale kliniske retningslinjer¹⁵. De kommuner, der arbejder med forebyggelse af urininkontinens, benytter minimal care-princippet, og deres praksis er i overensstemmelse med den eksisterende evidens på området.

En udredning af urininkontinens består typisk af:

- Optagelse af anamnese, hvor der spørges ind til vandladningsvaner, udløsende faktorer mv.
- 2-3 døgn væske- og vandladningsregistrering.
- Blevejningstest.
- Urinundersøgelse.
- Undersøgelse for evt. residualurin (f.eks. ved blærescanning).
- Hos kvinder gynækologisk undersøgelse (måling af knibekraft, tjek for nedsynkning mv.).
- Hos mænd rektalundersøgelse (fokus på forandringer ved prostata).
- Analyse af data i samarbejde med praktiserende læge.

En udredning kan f.eks. bestå af tre samtaler, hvor de indledende undersøgelser foretages første gang, og der udleveres væske/vandladningsskema. Anden gang tales væske/vandladningsskemaet igennem, og der gives vejledning i forhold til væskeindtag og toiletvaner. Ved tredje samtale følges op

¹⁴ Sander et al. (2000): Evaluation of a Simple, Non-surgical Concept for Management of Urinary Incontinence (Minimal Care) in an Open-Access, Interdisciplinary Incontinence Clinic. *Neurourol Urodyn.* 2000;19(1):9-17.

¹⁵ Nambiar et al. (2018): EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol.* 2018 Apr;73(4):596-609.

på, om der er sket en forbedring, og hvis det drejer sig om stress-inkontinens sendes borgeren evt. videre til bækkenbundstræning eller til nærmere udredning hos egen læge.

6.1 MINIMAL CARE-PRINCIPPET I KOMMUNERNE

De kommuner, der arbejder med forebyggelse af urininkontinens hos ældre, bruger minimal care-princippet som rettesnor for udredningen. Kontinenssygeplejersker er ofte uddannet i princippet fra et diplommodul, de har taget.

Udredningen sker typisk forud for sekundær forebyggelse, hvor formålet er at begrænse en urininkontinens-problematik, der allerede er opstået, tidligst muligt.

Kommunerne henviser generelt til minimal care-princippet, når der spørges ind til udredning, men det er forskelligt, hvordan kommunerne arbejder med princippet. Det er særligt fordelingen af de konkrete opgaver under udredningen, som kan være forskellig fra kommune til kommune.

Kommuner, der har en kontinensklinik, står for størstedelen af udredningen, og almen praksis og hospitalet inddrages kun, hvis der er brug for mere avanceret udredning. I kommuner med færre ressourcer til området antages det, at færre ældre udredes og dermed forebygges. Det formodes endvidere, at udredningen i højere grad sker, når borgeren henvender sig til egen læge og bliver henvist til sygehuset på grund af omfattende urininkontinens.

Kommuner med kontinensklinik har udstyr til at lave blærescanning, og der er både ansat sygeplejersker, som står for anamnese, væske- og vandladningsskema mv., og en fysioterapeut, som tester knibekraften. Nogle steder laves der også en urinundersøgelse. I visse situationer oplever disse kommuner, at de praktiserende læger ikke har lavet en udredning, f.eks. fordi de har meget travlt, og de er derfor glade for at kunne sende borgerne til udredning på klinikken.

Det skal nævnes, at alle kommuner henviser tilbage til egen læge, hvis de har mistanke om sygdom, der kræver yderligere udredning eller behandling.

Netop fordi urininkontinens kan være et symptom på andre sundhedsproblemer (f.eks. overvægt eller KOL), har nogle kommuner succes med en tværfaglig udredning. Det er f.eks. tilfældet i nedenstående case, hvor kommunens sundhedspersonale samarbejder om en tværfaglig udredning med fokus på alle relevante problematikker.

Case: Esbjergmodellen fra Esbjerg Kommune

Esbjergmodellen er en model for tværfaglig koordination på sundhedsområdet. Den indebærer, at borgere får en koordinator, når de kommer i berøring med sundhedsområdet i kommunen, som afholder en startsamtale med borgeren. Koordinatoren forholder sig ikke kun til det konkrete problem, som er anledning til borgerens henvendelse, men har en helhedsorienteret tilgang, som har fokus på at afdække de problematikker, som har betydning i borgerens liv, og som har indflydelse på borgerens sundhed.

Til start samtalen inddrager koordinatoren et samtalehjul, som sikrer, at de kommer "hele vejen rundt". Esbjerg Kommune har en række sundhedstilbud, og den tværfaglige koordination bidrager til, at borgeren bliver henvist til de relevante tilbud.

Modellen har betydning for både opsporing og udredning af inkontinens. Opsporing sker, når fx en borger, der er på et KOL-træningshold, har en samtale, hvor det afdækkes, at der også er et inkontinensproblem, og borgeren derfor bliver henvist til nærmere udredning og tilbud om bækkenbundstræning. Modellen understøtter udredning og indsats, fx ved at en borger, der kommer med et inkontinensproblem, hvor overvægt har betydning, også kan blive udredt ift. overvægten og få hjælp til at komme ned i vægt.

Man får en anderledes samtale ved at bruge værktøjet. For eksempel med en kvinde med KOL og inkontinens. Det, det handler om, er en tænkning og mindset bag. Det handler om borgerens problematikker (kommunal kontinenskoordinator).

6.1.1 Væske- og vandladningsskema

Et væske- og vandladningsskema benyttes i udredningen til at kortlægge ældres væskeindtag og urinmængde samt vandladningsfrekvens over en periode på et par dage. Skemaet kan synliggøre, om ældre f.eks. drikker for meget og dermed kan forebygge urininkontinens ved at mindske væskeindtaget, hvilket har en betydning særligt ved urgency-inkontinens.

6.1.2 Særlige redskaber til udredning

Nogle kommuner har særligt udstyr til brug ved udredningen. Udstyret kan betyde, at borgerne udredes en del hurtigere, end de ellers ville blive. Almen praksis har typisk ikke udstyret, og alternativet kan derfor være en undersøgelse på hospitalet.

Cirka halvdelen af de interviewede kommuner har en eller flere blærescannere. Blærescanneren, der er en ikke-invasiv måling af urinvolumen i blæren,

| Klokken | Væskeindtag | | | | | | Vandladning | | Udfyldes kun hvis du bliver våd. Sæt kryds udfor hvornår | | | | |
|---------|-------------|------------|--------|--------|------------------------|-------|-------------|-----------|--|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| | Alm. glas | Stort glas | Kop | Krus | Suppe, yoghurt o lign. | Andet | Kl. | Urin i ml | Kl. | Lidt våd ved vandladningstrang | Meget våd ved vandladningstrang | Lidt våd ved host, løft, bevægelse | Meget våd ved host, løft, bevægelse |
| Kl. | 200 ml | 300 ml | 150 ml | 250 ml | 200 ml | ml | Kl. | Urin i ml | Kl. | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | |
| Sum | | | | | | | | | | Stod op kl: | Gik i seng kl: | Type af bind/ble: | |

anvendes til at undersøge, om der er residualurin¹⁶ i blæren efter vandladning. Den er enkel at anvende og kan tages med ud i borgerens eget hjem eller plejehjem, da den kan pakkes i en taske.



Enkelte kommuner har desuden et flowtoilet. Det kan måle, hvordan urinen strømmer, dvs. strålens hastighed og størrelsen af vandladningen. Det kan sige noget om, hvor meget og hvordan man tisser, f.eks. hvor stort et tryk der er på strålen. Disse informationer er med til at sige noget om, hvad problemet bunder i (en slap blære vil f.eks. ikke levere så stort et tryk, og man vil ved en efterfølgende blærescanning typisk kunne se residualurin).

Der er enkelte kommuner, som anvender en ”intelligent ble” (TENA Identifi) i nogle udredninger. Den har en sensor, som indsamler og sender data til en computer, om hvornår der kommer urin i bleen og hvor meget. Dette kan anvendes for borgere, der ikke kan udfylde væske- og vandladningsskema, eller som supplement til at vurdere, hvilken form for inkontinens der er tale om, og hvordan man evt. kan ændre toiletvanerne for at minimere problemet.

6.1.3 Udredning og bleer

Kommunerne fortæller generelt, at det er en forudsætning for, at borgeren kan få bevilget bleer, at der er foretaget en fuld udredning. Det betyder ofte, at egen læge skal involveres og give en vurdering, der peger på, at bleer er den bedste mulighed for borgeren. Udredningen initieres ofte af en ansøgning om blebevilling.

I flere af kommunerne i undersøgelsen er en forudsætning for, at en borger kan få en blebevilling, at denne har gennemgået en udredning af problemet og har været igennem et forebyggelsesforløb – f.eks. bækkenbundstræning, faste toilettider eller medicinsk behandling (af urgency-inkontinens).

Ofte kan en forudsætning for bevillingen også være, at andre muligheder er afprøvet, særligt bækkenbundstræning. I de kommuner, hvor man tilbyder gratis træning, vil der derfor først kunne bevilges bleer, hvis borgeren har deltaget i et træningsforløb, og det ikke har haft tilstrækkelig virkning.

¹⁶ urin, der bliver tilbage i blæren efter fuldstændig vandladning.

6.1.4 Pårørendes rolle i udredningen

De pårørende har sjældent en rolle i udredningen af urininkontinensproblematikker. Nogle borgere vælger dog at tage en pårørende med til de udredende samtaler, f.eks. for at hjælpe med at huske detaljer om problemet i hverdagen eller til at hjælpe med at spørge ind. Pårørende kan også være behjælpelige ift. at udfylde væske- og vandladningsskema ifm. udredningen. Der er ikke fundet noget særligt fokus på inddragelse af pårørende. Det er udelukkende op til borgeren, om denne ønsker at inddrage pårørende i udredningen.

7. Træning og forebyggende aktiviteter

Kapitlet gennemgår, hvordan de kommuner, som arbejder forebyggende, i praksis forebygger urininkontinens blandt ældre. Afdækningen er delt op i en række underafsnit, der uddyber, hvilket informationsmateriale kommuner benytter, hvilke aktiviteter den friske ældre selv kan lave derhjemme for at hindre og begrænse gener, og hvordan sundhedspersonalet kan assistere skrøbelige og plejekrævende ældre.

Undervejs i kapitlet er der indsat bokse, der viser nyere forskning og litteratur inden for de emner, hvor der er supplerende viden.

7.1 INFORMATIONSMATERIALE

Sundhedspersonalet i kommunerne benytter sig af forskellige digitale løsninger og informationsmateriale, som kan give borgeren viden om inkontinens eller hjælpe med at fastholde de gode vaner og lave øvelserne.

Ofte har kommunerne enten selv udarbejdet pjecer til brug i deres arbejde, eller også benytter de sig af materiale fra leverandører af hjælpemidler. Pjecerne kan både indeholde information om kontinensklubbens tilbud, information om, hvad inkontinens er, og om, hvad borgeren kan gøre i sin hverdag for at lette problemerne, f.eks. ved at træne sin bækkenbund. Pjecerne kan være tilgængelige i sundhedshuse, på apoteker, hos praktiserende læger, diætister, rygestopvejledere m.fl. I flere kommuner har personale i hjemmeplejen og ved de forebyggende hjemmebesøg også informationsmateriale om inkontinens eller kontinensklubben med ud til borgeren.

Personalet oplever, at det er godt at kunne give borgerne noget konkret med hjem, da det ikke er alle borgere, som kan gå på nettet. Borgerne giver ligeledes udtryk for, at det er rart at få materiale med hjem. Flere af kommunerne efterspørger ensartet og relevant materiale, der kan bruges på tværs af landet, da flere er afhængige af det materiale, som firmaerne producerer. Der kan derfor med fordel produceres nationalt materiale om inkontinens og behandlingen her.

Til de borgere, som benytter internettet og/eller har smartphones, findes der forskellige apps og digitale løsninger. Flere af kommunerne bruger disse løsninger som en del af hjemmetræningen, da de kan hjælpe ældre med at huske at komme på toilettet og med at beregne væskeindtag samt guide ældre igennem bækkenbundsøvelser. Sundhedspersonalet fortæller, at de ældre er glade for de digitale løsninger. Eksempelvis kan en alarm, sat til hver tredje time, hjælpe borgeren med at huske at gå på toilettet.

7.2 AKTIVITETER FOR ÆLDRE, DER SELV KAN TRÆNE HJEMME

Der er en lang række ting, man som ældre selv kan gøre for at hindre og begrænse urininkontinens. Det er særligt for ældre, der er friske nok til selv at holde overblikket over bl.a. væskeindtag og toilettidspunkter, og som har fysik til at lave træning.

Hvis ældre oplever problemer, er det vigtigt at blive udredt først, da de forskellige typer af urininkontinens kræver forskellige indsatser. Udredningen er ligeledes med til at udelukke alvorlige medicinske årsager til inkontinensen. Nogle borgere, der endnu ikke er udredt, oplever at have lavet øvelser over længere perioder, uden at der er sket fremskridt. Dette kan skyldes, at det er den forkerte type øvelse, som er blevet udført. Det er derfor en fordel, hvis borgeren indledningsvis kan blive instrueret af sundhedspersonalet og derefter selv stå for at udføre indsatsen.

Blæretræning og klokkeslætsvandladning ved urgency-inkontinens

Der kan være to årsager til at starte blæretræning. Den ene er en ”nervøs” blære, som vil tømmes hele tiden, selvom mængden af urin er lille. Den anden er det modsatte en ”sløv” blære. Her vil blæren sjældent tømmes, og mængden af urin er stor (op til en liter). Ved begge årsager består blæretræningen primært i at følge tidspunktet for hver vandladning og måle, hvor stor vandladningen er. Ved ”nervøs” blære skal der arbejdes med at forlænge tiden mellem toiletbesøg, mens man modsat skal gå på toilettet ca. hver tredje time, hvis man har en tendens til at have en ”sløv” blære. Generelt kan man med fordel gå regelmæssigt på toilettet f.eks. hver tredje time.

Forebyggelse gennem blæretræning

Den nationale kliniske retningslinje fra Sundhedsstyrelsen konkluderer, at blæretræning som enkeltstående indsats bør overvejes nøje, da der er evidens for, at effekten ved en enkeltstående indsats er sparsom¹⁷.

Blæretræning skal vedligeholdes. Internationale kliniske retningslinjer peger på, at blæretræning er effektiv til at hindre og begrænse urininkontinens, men at effekten ophører, hvis træningen ikke vedligeholdes¹⁸. Det påpeges endvidere, at træningens effekt øges, jo højere intensitet den har¹⁹.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2016): National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder.

¹⁸ Burkhard et al. (2016): European Association of Urology: Guideline of urinary incontinence in adults.

¹⁹ Burkhard et al. (2016): European Association of Urology: Guideline of urinary incontinence in adults.

Dobbelt vandladning og justering af væskeindtag

Efter endt toiletbesøg kan man gå lidt rundt og derefter prøve igen. På denne måde er man mere sikker på at komme af med hele blærens indhold.

Man skal også være opmærksom på tidspunktet for og mængden af den væske, man indtager. Hvis man f.eks. oplever, at man skal på toilettet flere gange om natten, kan det være en idé at undlade at indtage væske efter kl. 18. Inkontinens kan også skyldes typen og mængden af den væske, der indtages. Man anbefaler, at ældre drikker 1.5 liter væske om dagen²⁰.

Bækkenbundstræning og venepumpeøvelser ved stress-inkontinens

Kvinder og mænd i alle aldre kan have glæde af at styrke bækkenbunden. Øvelsen går ud på at løfte op og ind omkring urinrør, skede og endetarm, nøjagtigt som hvis man prøver at stoppe urinstrømmen, når man tisser. Sammentrækningen kan holdes i 6-8 sek. og gerne gentages flere gange i træk med korte pauser imellem. Øvelsen kan med fordel laves tre gange om dagen og i forskellige positioner, hvis ældre har fysikken og mobiliteten til det. Bækkenbundsøvelser kan suppleres med venepumpeøvelser for blodcirkulation i underlivet, hvilket forbedrer effekten af knibeøvelser. Laver man venepumpeøvelser inden bækkenbundsøvelserne, bliver det lettere at knibe. Læs mere på bl.a. hjemmesiden knib.dk.

Studier om betydningen af livsstilsændringer

Der er ingen evidens for, at nedjustering af koffeinindtag har en effekt på urininkontinens, men det kan potentielt forbedre symptomer, frekvens og akuthed²¹. Til gengæld viser studier, at moderat fysisk aktivitet nedsætter risikoen for urininkontinens blandt midaldrende og ældre kvinder²².

Der er stærk evidens for, at overvægt er en risikofaktor for urininkontinens, og at vægttab mindsker risikoen for urininkontinens, særligt for borgere med stress-inkontinens²³²⁴²⁵. Et amerikansk studie af 1.475 kvinder over 70 år viste, at kvinder, der over en 3-årig periode reducerede deres BMI eller fedtprocent med ≥ 5 pct. havde lavere risiko for stress-inkontinens, men ikke for urgency-inkontinens²⁶.

²⁰ Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og DTU (2015): Anbefalinger for den danske institutionskost

²¹ <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>

²² <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>

²³ Burkhard et al. (2016): European Association of Urology: Guideline of urinary incontinence in adults.

²⁴ Sundhedsstyrelsen (2016): National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder.

²⁵ Imamura et al. (2013): Conservative treatment options for women with stress urinary incontinence: clinical update. *Br J Gen Pract.* 2013 Apr; 63(609): 218–220.

²⁶ Suskind et al. (2016): Urinary Incontinence in Older Women: The Role of Body Composition and Muscle Strength: From the Health, Aging, and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Jan;65(1):42-50.

Der er svag til ingen evidens for, at rygestop forbedrer symptomer på urininkontinens, men det anbefales stadig at tilbyde rygestopkurser til borgere med urininkontinens, der ryger²⁷. Det hænger sammen med, at borgere som ryger i højere grad hoster, hvilken kan medføre lækage. Der er evidens for blandt kvinder, at det kan reducere lækager, hvis man krydser benene og bøjer sig forover, når man hoster²⁸.

7.3 ASSISTERET TRÆNING MED SUNDHEDSPERSONALE

Indsatser, der involverer sundhedspersonale, er langt hen ad vejen de samme, som borgeren selv har mulighed for at udføre. Indsatserne er ofte en hjælp til selvhjælp, som kræver, at borgeren laver nogle ændringer i sin hverdag. Involvering af sundhedspersonalet er med til at sikre, at indsatserne udføres optimalt, og personalet kan hjælpe med at fastholde borgerens motivation. Det er særligt ældre, som er mere skrøbelige eller har brug for mere pleje, f.eks. demente, der får hjælp til øvelser. Mere friske ældre træner typisk derhjemme og går i visse situationer til holdtræning i et kommunalt tilbud eller i idrætsforening o.l.

Sundhedspersonalet i kommunerne giver ofte udtryk for, at det er vigtigt for indsatsen, at personalet, der er i kontakt med ældre, er motiveret og kan se fordelene ved, at ældre ikke skal have hjælpemidler. Erfaringen er, at borgeren med den rette hjælp og færre hjælpemidler oftest kan få markant øget livskvalitet.

Der er nogle af kvinderne, som melder tilbage, at de har fået et helt nyt liv, efter de har fået træning og viden, for der er nogle af dem, som virkelig er bænnet i hverdagen (fysioterapeut).

7.3.1 Superviseret bækkenbundstræning

En stor andel af de kommuner, som arbejder forebyggende med urininkontinens blandt ældre, tilbyder superviseret bækkenbundstræning i kombination med teoretisk undervisning om kroppen og inkontinens. Supervisionen gives til ældre, der har brug for ekstra hjælp til øvelserne.

²⁷ Burkhard et al. (2016): European Association of Urology: Guideline of urinary incontinence in adults.

²⁸ <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>

Superviseret bækkenbundstræning

Et review over en række studier viser, at effekten af superviseret bækkenbundstræning er større, end hvis borgeren selv laver træningen derhjemme. Det forklares med, at en superviseret træning gør, at træningen bliver gennemført korrekt og holdes ved lige²⁹.

Både borgere og personale oplever, at træningen har en gavnlig effekt. Sundhedspersonalet erfarer, at træningen hjælper mange ældre til enten at undgå at bruge bleer eller til at blive fri for bleerne. Særligt har borgerne givet udtryk for glæden ved, at en forholdsvis simpel indsats kan gøre en stor forskel. En af borgerne fortæller, at hun i starten tænkte, at hvis det bare var træning, der skulle til, så ville hun gerne deltage. Ligeledes fortæller personalet, at mange gerne vil have vejledning til, hvad de kan gøre, og er glade for de råd, de får med.

Jeg anede ikke, at der var sådan nogle øvelser, som jeg kunne gøre. Men nu laver jeg dem hver dag, hvad enten jeg er hjemme eller andre steder. Det handler om vaner, det er bare en vane (borger, der har været på bækkenbundshold).

Formatet af træningen er meget forskelligt fra kommune til kommune. Oftest er det dog enten en kommunal eller privatansat fysioterapeut, som står for at afvikle holdene. Tidsperioden for forløbet varierer ligeledes mellem kommunerne, men afhænger i høj grad også af borgerens tilstand. Der er dog overordnet enighed om, at træningen er en længerevarende proces, og nogle kommuner har derfor forløb, der varer 3-6 mdr. Derefter er det vigtigt, at borgeren fortsætter med træningen derhjemme, evt. assisteret af plejepersonalet.

Individuel og holdtræning

Nogle kommuner tilbyder kun enten individuel træning eller holdtræning, andre begge dele.

Ved den individuelle træning er der ofte færre konsultationer, og den ældre udfører selv hjemmetræning. En af fordelene ved den individuelle træning er endvidere, at fysioterapeuten kan fokusere på den enkeltes problemstillinger og evner.

²⁹ Hay-Smith et al. (2018): Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Review).

I kommuner med holdtræning får borgerne en individuel samtale med fysioterapeuten, før de starter på holdet. I nogle kommuner benytter de den individuelle konsultation til at skræddersy holdtræning til borgerne, for på denne måde at få størst mulig effekt af træningen.

Kurserne og måden, vi gør det på, synes jeg er noget, vi gør særlig godt. Vi får tilbagemeldinger om, at borgerne får noget med, som de ikke vidste før. Bevidstheden om problemet flytter også noget (kommunal kontinenssygeplejerske).

De fleste kommuner giver ingen tydelig forklaring på, hvorfor de udbyder det ene frem for det andet, men enkelte kontinenssygeplejersker forklarer, at de stoppede med at afholde holdtræning, da det krævede for meget planlægning, eller fordi fremmødet var for lille.

Overordnet set bliver holdene dog udpeget af de fleste kommuner og borgere som det, de synes fungerer særligt godt i deres forebyggende indsats.

Det er en lille ting at sætte i gang, men det har en stor gevinst. Hvis der findes sådan et tilbud, og man kan få det, så skal man tage det. Jeg synes, at det er et vigtigt tilbud (borger, der har været på bækkenbundshold).

Åbent tilbud eller henvisning

Udover træningens format er det også forskelligt, om tilbuddene er åbne eller kræver henvisning.

Hvis tilbuddet er i kommunalt regi, er det i de adspurgte kommuner gratis at deltage, men nogle træningstilbud kræver en henvisning enten fra egen læge eller fra kontinenssygeplejersken. Henvisningen er med til at øge sandsynligheden for, at de borgere, der modtager bækkenbundstræning, oplever forbedringer og ikke forgæves forsøger at træne gener væk, der evt. kræver kirurgisk behandling. Kommuner, der tilbyder åbne bækkenbundshold, fremhæver det dog som en fordel, at folk kan komme ind fra gaden, da det gør hjælpen lettere tilgængelig.

Kontinenssygeplejersker i kommuner, der ikke tilbyder bækkenbundshold, henviser til private fysioterapeuter for bækkenbundstræning. De påpeger, at flere borgere ikke tager imod tilbuddet, da de ikke kan eller vil betale for træningen.

Kønsopdelte hold

Inkontinens er et tabubelagt emne, hvorfor flere kommuner påpeger fordelene ved at have kønsopdelte hold. Enkelte kommuner har måtte lukke deres bækkenbundstræning, da der ikke mødte nok op, hvilket de bl.a. tilskriver blufærdighed og tabu om inkontinens. Derfor er det også vigtigt at få skabt en tryk og afslappet atmosfære for de borgere, der deltager i holdene. F.eks. fortæller en fysioterapeut, at hun sørger for, at borgerne får grinnet til træningen, som et led i at løse stemningen op.

7.3.2 Assisteret, tidsbestemt toiletbesøg

I flere kommuner forsøger kontinensnøglepersoner at gøre personalet i ældreplejen opmærksomme på, hvordan de kan hjælpe ældre med at hindre og begrænse urininkontinens. En af de indsatser, som plejepersonalet i særlig grad kan være med til, er assisteret, tidsbestemt toiletbesøg for de ældre, der enten fysisk eller mentalt ikke er i stand til selv at komme på toilettet. Dette gøres ved at identificere de tidspunkter på dagen, hvor det oftest går galt, evt. ved brug af en ”intelligent ble”, og sørge for, at ældre kommer på toilettet inden da.

Assisteret, tidsbestemt toiletbesøg

Assisteret, tidsbestemt toiletbesøg anbefales særligt til ældre med påvirkede kognitive funktioner. Som navnet på indsatsen indikerer, kræver det, at plejepersonale eller pårørende kan hjælpe ældre med at komme på toilettet til en bestemt tid. Litteraturen peger på, at assisteret, tidsbestemt toiletbesøg er en effektiv måde at nedbringe antallet af inkontinensepisoder blandt ældre^{30 31}.

Kontinensnøglepersoner fremhæver, at faste toilettider er en nem og effektiv måde for ældre at holde sig tør på. En af ulemperne er, at dette kan opfattes som ekstra arbejde af plejepersonalet, hvorfor de i nogle tilfælde foretrækker at give borgeren ble på i stedet. Derfor lægger flere kontinensnøglepersoner over for plejepersonalet vægt på, at indsatsen markant kan forøge borgerens livskvalitet og nedbringe risikoen for urinvejsinfektioner, med henblik på at øge personalets motivation.

7.3.3 Opmærksomhed ved særlige målgrupper

I det forebyggende arbejde har personalet øje for nogle særlige målgrupper, som enten kan være særligt svære at opspore og træne, eller som kan have øget risiko for problemer med urininkontinens.

³⁰ Eustice et al. (2000): Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD002113.

³¹ Claudia et al. (2015): Quality of life in women with urinary incontinence. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.61 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2015.

Flere af de kommunale medarbejdere påpeger, at særligt mændene kan være svære at nå ud til. Medarbejdernes argumenter herfor er, at urininkontinens er særligt tabubelagt blandt mænd, hvorfor de ikke får søgt hjælp i tide.

Samme udfordring gør sig gældende for både mænd og kvinder af anden etnisk baggrund, hvor der også kan være nogle sprogmæssige og kulturelle barrierer.

Vi deler det meget op i indsatser til mænd og kvinder, fordi der ofte skal mere til for at få mændene herved, så der må vi være kreative i vores metoder (kommunal kontinenssygeplejerske).

Kommunerne fremhæver, at når borgere med demens oplever inkontinensproblemer, er det en stor hjælp at inddrage pårørende eller plejepersonale i indsatsen. De fleste kommuner arbejder ikke systematisk med denne målgruppe. En demensdiagnose er derfor ikke altid ensbetydende med, at borgeren automatisk får bevilget bleer, da assisteret kløkkelslætsvandladning stadig kan hjælpe en borger med demens.

Jeg vil gerne høre, hvad udfordringerne er, og hvorfor det er svært for dem. Vi gør ikke noget bestemt, men jeg prøver at møde dem, hvor de er. Jeg ved godt, at de ikke kan det hele (kontinenssygeplejerske om håndteringen af borgere med demens).

Risikoen for urininkontinens er størst hos borgere, der har KOL, diabetes, alkoholproblemer, kræft eller hjertekarsygdomme, eller som er rygere eller overvægtige. For nogle grupper, f.eks. overvægtige, kan problemerne forebygges og afhjælpes via livsstilsændringer. I tilfælde hvor borgeren har en anden sygdom, der ligger til grund for problemerne, fremhæver kommunerne vigtigheden af at have tæt sparring med praktiserende læger og evt. sygehuset.

Risikogruppe

Det er veldokumenteret, at nogle borgergrupper har en særlig risiko for at få urininkontinens. Internationale kliniske retningslinjer peger dog på, at der mangler evidens for, at forbedringer inden for en associeret sygdom kan mindske risikoen for urininkontinens³².

³² <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>

7.3.4 Motivation og fastholdelse af ældre

Da indsatserne mod inkontinens i høj grad er ændringer for livet, er det afgørende, at kommunerne formår at motivere og fastholde ældre. Sundheds-personale og borgere har fremhævet en række faktorer, som kan fremme og hæmme borgerens motivation og fastholdelse.

Fremhæve positive gevinster og opleve hurtig effekt

En af de barrierer, som personalet nævner, at de støder på, er, at nogle borgere hellere vil have ble end at begrænse generne ved at træne, da træningen kan virke uoverskuelig. Her fokuserer personalet på at fremhæve de positive gevinster, der er ved at hindre og begrænse yderligere gener. Kontinenssygeplejersker fortæller, at det er vigtigt, at borgerne hurtigt oplever en effekt af træningen og kan se en ændring.

Informationsmateriale til hjemmet

Da ændringerne er for livet, forsøger personalet også at give råd til, hvordan borgerne kan gøre den forebyggende træning til en rutine. Pjecer eller andet informationsmateriale kan bruges til at minde borgeren om at lave øvelserne. Materialet er også nyttigt at give borgeren med hjem, da mængden af informationer ved konsultationen kan virke overvældende og svære at huske. Flere kommuner benytter materialet, der er udarbejdet af en privat leverandør af bleer.

Temaaftener og holdtræning for den friske ældre

Løbende opfølgning kan være en hjælp til at fastholde borgernes motivation for at lave øvelser mm. Opfølgning giver dertil mulighed for at sikre, at ældre borger laver øvelserne korrekt. Her kan temaaftener være en måde at følge op i afslappede og uformelle rammer. Flere borgere, der deltager på holdtræning, fremhæver den positive betydning, det har for fastholdelsen, når det sker i fællesskab og i et trykt miljø, hvor man åbent kan tale med andre om inkontinens.

Frafald i deltagelse i træning væk fra hjemmet

Nogle af kommunerne har oplevet, at de ældre mister modet og ikke møder op, hvis det er for besværligt eller dyrt at transportere sig hen til træningen. Personalet ser det derfor som en fordel, hvis de i de situationer har mulighed for enten at komme hjem til borgeren eller at give borgeren øvelserne med hjem. Både træningen og afstanden til træningen stiller nogle krav til ældres fysiske helbred, hvorfor nogle kommuner udtrykker bekymring for, at de kun får de friske borgere ind.

7.4 HENVISE TIL TILBUD I LOKALOMRÅDET

Det varierer meget fra kommune til kommune, både om personalet har kendskab til træningstilbud i lokalområdet, og om der er tilbud tilgængelige. Personale, der har kendskab til tilbud, giver udtryk for, at de af og til henviser borgere til lokale idrætsforeninger, gymnastikhold, aftenskoler eller daghøjskoler. Tilbud i lokalsamfundet kan være en måde at hjælpe borgere, som endnu ikke oplever problemer med inkontinens, eller borgere, hvis problemer ikke giver dem adgang til kommunale træningstilbud. Tilbuddene kan desuden være et supplement til hjemmetræningen, hvis der ikke tilbydes bækkenbundstræning i kommunen. Holdene er dog oftest ikke gratis at deltage på, og de er ikke nødvendigvis kun målrettet ældre med inkontinensproblemer.

8. Afslutning af forløb og opfølgning af borgeren

Følgende kapitel afdækker, hvad der sker i kommunerne, når borgerens forløb med udredning og eventuelle forebyggende aktiviteter afsluttes. Herunder afdækkes det, hvorvidt kommunerne følger op efter noget tid.

Det er forskelligt, hvordan borgerens situation er, når forløbet omkring forebyggelse af urininkontinens afsluttes. Nogle vil have gennemgået udredning og succesfuldt have løst problemet (f.eks. med bækkenbundstræning, som de efterfølgende skal vedligeholde). For andre har træningen kun virket i mild grad eller slet ikke. De vil ofte få bevilget bleer eller bind.

I de fleste kommuner er der ikke afsat ressourcer til opfølgning på borgeren, efter at forløbet formelt er afsluttet. Her består opfølgningen typisk i, at borgeren selv kan henvende sig igen, hvis problemet kommer tilbage eller forværres og at der spørges ind til problemet ved de forebyggende hjemmebesøg.

For de borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen, er det hjemmeplejens opgave at følge op. For borgere, som har modtaget en blebevilling, handler opfølgningen om at monitorere, om bleen fortsat har den rette størrelse. Plejepersonalet skal så rette henvendelse til kontinensnøglepersonen, hvis der opstår problemer, f.eks. hvis bleen lækker om natten. Herfra kan kontinensnøglepersonen enten bevilge en større ble eller prøve at mindske problemet ved igen at kortlægge væskeindtag og vandladning og ændre på ældres væskeindtag inden natten.

Få kommuner har opfølgende tiltag for borgere, der ikke er tilknyttet hjemmeplejen. Det kan f.eks. være inddragelse af pårørende ift. at overholde toiletider eller specifikke aftaler om at kontakte klinikken. I en kommune har man oprettet månedlige caféer, hvor mere friske ældre, som har afsluttet et forløb, kan komme og blive ”holdt til ilden” ift. at fortsætte træningen samt modtage ny viden på området og have mulighed for at stille spørgsmål (se boks).

Case: Kvindeforløb

I Esbjerg Kommune er der bækkenbundstræningshold for hhv. kvinder og mænd. Holdet mødes otte gange med en kontinenssygeplejerske og en specialiseret fysioterapeut. På holdet er der fokus på styret bækkenbundstræning, men også undervisning om inkontinens. Forløbene blev evalueret i 2015 med positive resultater.

Når holdene er afsluttet, bliver alle tidligere deltagere tilbudt at deltage i åbne caféaftener, som ligeledes er kønsopdelte.

Kvindeforløbene afholdes ca. seks gange om året. Kvinderne mødes og drøfter forskellige emner som nye behandlinger, hjælpemidler, kost og afføring samt hjælpemidler. Som regel er der også et element af træning.

Caféen afholdes i et lokale i det gamle rådhus, klokken 15-16:30. Der er direkte udgang fra lokalet, så det er nemt at komme ind. Der er frugt og småkager på bordet, og alle afleverer en 20'er i et syltetøjsglas som betaling for forplejningen. Denne aften deltager seks kvinder, men der plejer at komme flere. Derudover deltager både fysioterapeut og kontinenssygeplejerske.

Der er tre emner på dagsordenen:

- Gennemgang af tidligere emner
- Ønsker til kommende emner
- Træning.

Stemningen er hyggelig og åben. Meget hurtigt begynder kvinderne at tale om både gode erfaringer og personlige udfordringer. For eksempel taler de om, hvordan det kan være svært at styre tissetrangen, når man kommer hjem og tager nøglen frem. Der nævnes forskellige tips, fx at vippe med fødderne, holde på et bord eller tænke på noget andet. Deltagerne taler også om, hvordan og hvornår de træner bækkenbunden derhjemme. Deltagerne lærer både af hinanden og får faglige input fra fagpersonerne.

"Caféaftenerne er gode. Der er altid noget nyt".

"Ja, men det er også godt sådan en dag som i dag, hvor vi skal have genopfrisket det hele" (borgere på kvindeforløbene).

Caféaftenerne hjælper til at fastholde deltagerne i deres daglige træning og få nye input. De bidrager også til at nedbryde tabuet, idet kvinderne kan tale åbent om deres udfordringer. Det er tydeligt, at kvinderne både får udbytte af erfaringsudvekslingen med hinanden og input fra fagfolkene.

Det opfølgende arbejde er særligt vigtigt ift. de borgere, der har fået gavn af en træning og specifikke vaner. Det er et livslangt engagement, der skal lægges for at vedligeholde den bedre situation. Som med mange andre træningsindsatser falder motivationen dog for mange, når de umiddelbare gener er forsvundet. Der er dog stor sandsynlighed for, at problemet kommer tilbage, hvis man stopper træningen. Netop derfor er opfølgning vigtig.

Den største barriere for opfølgende arbejde er manglende ressourcer. Flere kommuner oplever, at området i forvejen er lavt prioriteret og ikke modtager tilstrækkelige midler. Derfor er der flere kommuner, der ikke har afsat ressourcer til at følge op på borgerne efter endt forløb.

En anden barriere, som personale tilknyttet kontinensarbejdet oplever, er, at andre fagpersoner mangler viden om inkontinens og forebyggelse. Har en

borger først fået en blebevilling, er oplevelsen mange steder, at plejepersonalets umiddelbare indskydelse, hvis bleen lækker, er at få en større ble til borgeren, i stedet for at følge op på den indledende udredning af problematikken og på ny afdække, om der er andre indsatsmuligheder.

9. Litteratur

Burkhard et al. (2016): European Association of Urology: Guideline of urinary incontinence in adults.

Claudia et al. (2015): Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol. 61 no. 2 São Paulo Mar./Apr. 2015.

Eustice et al. (2000): Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD002113.

Hay-Smith et al. (2018): Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD009508

Imamura et al. (2013): Conservative treatment options for women with stress urinary incontinence: clinical update. *Br J Gen Pract.* 2013 Apr; 63(609): 218–220.

Møller et al. (2000): The prevalence of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 298-305.

Nambiar et al. (2018): EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol.* 2018 Apr;73(4):596-609.

Raasthøj et al. (2018): Urinary incontinence among women—which personal and professional relations are involved? A population-based study. *Int Urogynecol J.* 2018 Nov 5.

Sander et al. (2000): Evaluation of a Simple, Non-surgical Concept for Management of Urinary Incontinence (Minimal Care) in an Open-Access, Interdisciplinary Incontinence Clinic. *Neurourol Urodyn.* 2000;19(1):9-17.

Statens Institut for Folkesundhed (2012): Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner – En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser

Sundhedsstyrelsen et al. (2015): Anbefalinger for den danske institutionskost. Komiteen for sundhedsoplysning.

Sundhedsstyrelsen (2016): Model for god kontinenspleje i plejebolig.

Sundhedsstyrelsen (2016): National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder.

Suskind et al. (2016): Urinary Incontinence in Older Women: The Role of Body Composition and Muscle Strength: From the Health, Aging, and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Jan;65(1):42-50.

Visser et al. (2012): Systematic screening for urinary incontinence in older women: Who could benefit from it? *Scand J Prim Health Care.* 2012 Mar;30(1):21-8.

Waetjen et al. (2015): Factors associated with seeking treatment for urinary incontinence during the menopausal transition. *Obstet Gynecol.* 2015 May;125(5):1071-9.

Ældreforum (2013): Ældre af anden etnisk baggrund – viden og inspiration om indsats.

Hjemmesider:

<https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/sygdomme/oevrige-sygdomme/urininkontinens-hos-aeldre/>
www.kontinens.org
www.kontinensforeningen.dk
<https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>
www.sst.dk