

**Utredning och konservativ behandling av
urininkontinens och blåstömningsproblematik**

Gäller för: VO Kirurgi/urologi, VO Kvinnosjukvård Division Allmän- medicin	Godkänd av: Thomas Hallgren Richard Lindgren Karin Malmquist	Utarbetad av: Tvärprofessionell arbetsgrupp med representanter från respektive verksamhetsområde.	Revisionsansvarig: Verksamhetschef verksamhetsområde Kvinnosjukvård.
Utgåva: 2	Giltighetstid: 2013-04-01– 2016-03-31	Reviderad:	

Vårdprogram**Urininkontinens och blåstömningsproblematik****Utredning och konservativ behandling**

Vårdprogram

Innehållsförteckning

Urininkontinens och blåstömningsproblematik	1
Utredning och konservativ behandling	1
Innehållsförteckning.....	2
Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte	4
Mål	4
Definition	4
Diagnossättning enligt ICD-10:	5
Urininkontinens hos Kvinnor.....	6
Urininkontinens hos Män.....	9
Referenser	11
Bilagor.....	12

Sammanfattning

Urininkontinens, det vill säga besvär med ofrivilligt urinläckage är ett betydande problem för den drabbade individen, för anhöriga och inom sjukvården. Det är viktigt att identifiera de resurser som finns och att aktiva behandlingsformer utvecklas och implementeras nära patienten.

Detta är ett värmländskt vårdprogram för att underlätta handläggande av urininkontinens och för att förbättra samarbetet mellan primärvården och olika mottagningar inom sjukhusen.

Urininkontinens indelas efter etiologin i ansträngningsinkontinens, träningsinkontinens, blandinkontinens och överrinningsinkontinens. Framgångsrik behandling är ofta möjlig vid vårdcentralen i form av träningsmetoder, läkemedelsbehandling eller passiva metoder som olika hjälpmedel.

I fall av misstänkt bakomliggande malignitet eller otillräcklig behandlingseffekt remitteras till sjukhusspecialist för utredning och/eller behandling.

Urininkontinens är ett stort problem i folkhälsoperspektiv. I riket uppskattar man att 9 % av kvinnor och 3 % av män över 35 år önskar behandling. Sannolikt är prevalensen det dubbla. Kvinnor och män utreds vid vårdcentral för att fastställa inkontinensstyp, omfattning av problemet och orsaker.

Inkontinens hos män hör ofta ihop med LUTS-problematik (Lower Urinary Tract Symptoms) som ibland visar sig ha sin orsak i prostatahyperplasi. Behandlingen riktar sig mot grundorsaken och ibland behövs insatser av urolog som t.ex. biopsi av prostata eller annan urologisk åtgärd.

Inkontinens hos kvinnor kan ha gynekologiska orsaker och i utredningen ingår gynekologisk undersökning. Möjligheten av remittering till gynekolog för kirurgi skall även beaktas vid misstänkt cancersjukdom eller otillfredsställande behandlingsresultat.

För att underlätta handläggningen och jämställa utredning och behandling i länet ges riktlinjer, sammanfattade i en översiktlig flödesbeskrivning för utredning, behandling och remittering.

P.g.a olika kompetenser/resurser på primärvårdsenheterna kan remitterandet variera med hänsyn till vårdprogrammet på sid 8 och 10. Kunskap hos sjuksköterska/distriktsköterska/barnmorska i kombination med läkare kan fördjupa utredning och behandling i primärvården.

En uroterapi-mottagning kan underlätta flödet i denna vårdkedja.

I bilagor finns förslag på utredningshjälpmedel, träningsinstruktioner och patientinformation. Beträffande läkemedelsbehandling ges allmänna råd och hänvisas i övrigt till Landstinget i Värmlands terapirekommendationer.

Vårdprogram

Inledning:

Urininkontinens har negativt inflytande på många människors livskvalité. Enl. SBU-rapporten "Behandling av urininkontinens" 2000 önskar ca 10 % av kvinnor och 3 % av alla män över 35 år behandling för urininkontinens. Detta motsvarar drygt hälften av alla med urininkontinens. Många personer med dessa problem känner motstånd mot att söka hjälp och att över huvud taget prata om det. Det är dock viktigt att komma ihåg att besvären många gånger går att behandla med gott resultat.

Detta vårdprogram syftar till att förbättra omhändertagandet av män och kvinnor som söker sjukvården med besvär av urininkontinens. Det skall underlätta omhändertagandet och samarbetet mellan och inom primärvård, slutenvården och kommunernas hälso- och sjukvård. Vårdprogrammet har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av läkare (Kristina Aggeborn, Ann-Catherine Johansson), sjuksköterskor/distriktsköterskor/barnmorska (Marita Ahlén, Birgit Andersson-Backlund, Maria Eriksson, Madeleine Levin, Ingvor Åsberg,), och uroterapeuter (Jill Carnelid, Ingrid Sellström) från respektive division allmänmedicin, kirurg/urologkliniken och kvinnosjukvården, Landstinget i Värmland.

Syfte:

Syftet med Vårdprogrammet är att standardisera det grundläggande omhändertagandet, utredningen och behandlingen av urininkontinens och blåstömningsproblematik hos vuxna i Värmland, med syfte att minska besvär hos drabbade individer och skapa förutsättningar för en hög kvalitet i inkontinensvården.

Mål:

Målet är att alla patienter som söker för urininkontinens och blåstömningsproblem, skall utredas och behandlas enligt vårdprogrammet och det skall finnas en tydlig dokumentation på varje patient.

Definition:

Enligt ICS (International Continence Society) definieras urininkontinens som besvär med ofrivilligt urinläckage. Det kan finnas ett flertal tänkbara orsaker till urininkontinens, och det kan betecknas som ett symptom, ett kliniskt tecken, ett tillstånd eller en sjukdom.

Vårdprogram

Diagnossättning enligt ICD-10:

I primärvården:

- N39.4P Urininkontinens

I slutenvården:

- N 39.3 Stressinkontinens
- N39.4 Annan specifik urininkontinens,
- N39.4 A Trängningsinkontinens,
- N39.4 B Överfyllnadsinkontinens
- N39.4 C Blandinkontinens
- N39.4 D Inkontinens vid dysfunktionell och dyskoordinerad miktions
- R32.9 Icke specificerad urininkontinens

Vårdprogram

Urininkontinens hos Kvinnor

Urininkontinens förekommer hos ca 10 procent av alla kvinnor i Sverige och ökar linjärt med stigande ålder. Vid 70-års ålder beräknas förekomsten vara 21 procent (2).

Viktiga riskfaktorer för kvinnlig urininkontinens är genomgången graviditet, övervikt, gynekologiska operationer, defekt bindväv, kroniska luftrörssjukdomar, långvarig förstoppning och arbete som medför tunga lyft.

Kvinnors urininkontinens indelas vanligen i 4 undergrupper beroende på underliggande patogenes och klinisk bild.

1. Ansträngningsinkontinens (stressinkontinens)

Ett ofrivilligt urinläckage vid ökat buktryck, i frånvaro av detrusorkontraktion. Vanligtvis små urinläckage vid ex hosta, nysning.

Vanligaste formen för inkontinens hos kvinnor. Förekommer i alla åldrar. Ökad risk finns vid: tilltagande ålder, tidigare graviditet och förlossning, övervikt, kronisk hosta och förstoppning.

Graderas i:

- I läckage vid lyft, gymnastik, hosta
- II läckage vid promenad
- III läckage från sittande till stående.

(1, 2)

2. Trängningsinkontinens (urgeinkontinens)

Urinläckage som uppkommer i samband med trängning och som kan förekomma både natt och dag. Denna form av inkontinens beror på ofrivillig sammandragning av blåsmuskulaturen. Olika former av trängningsbesvär finns:

- Trängningar utan läckage = urgency.
- Trängningar med läckage = urgencyincontinence.
- Täta miktionser = frequency.

Begreppet överaktiv blåsa används på symtomkombinationen täta trängningar, täta miktionser och eventuellt urinläckage.

Vanligt förekommande hos äldre och hos personer med neurologiska sjukdomar oavsett ålder.

Vårdprogram

3. Blandinkontinens

Besvär både av trängnings och av ansträngningsinkontinens. Utredning får visa vilken komponent som är mest symtomgivande och denna behandlas därmed i första hand.

4. Överrinningsinkontinens

Uppstår när blåsan är utspänd av urin och slutningsmuskulaturen inte längre förmår hålla emot (2). Kännetecknas av ökad residualurin.

Vanliga orsaker är neurologisk sjukdom (t.ex. MS = multipel skleros, ryggmärgsbråck), prolaps, komplikation till gynekologiska operationer, farmaka (t.ex. antikolinergika, antidepressiva) eller alkoholmissbruk.

Flöde: Handläggning urininkontinens hos Kvinnan.

Patientens totala livssituation, symtombild och status avgör vilka åtgärder som är aktuella.

Basutredning

Anamnes (bil. 1) frågeformulär (bil 2).
U-prov: sticka, ev odling
Residualurin
Vattenkastnings-/läckagedagbok 2 dygn (bil 5, 6, 7, 8).
Gynekologiskt status
Neurologiskt status
ADL-funktion

Basbehandling

Justera vätskeintag: dygnsvolym urin max 2 lit
Se över mediciner
Behandla ev Urinvägsinfektion
Östrogen vaginalt till postmenopausala kvinnor
Optimera omgivningsfaktorer (ex arbetsterapeut)
Åtgärda kronisk hosta, obstipation
Förskriv hjälpmedel under utredningstiden

Ansträngnings-inkontinens

Läckage vid hosta/ansträngning

Bäckenbottenträning under ledning av sjukgymnast el specialtränad sjuksköterska i 3 månader (bil 10)

Överväg kontinensbåge (bil18) alt tablett Yentreve.

Utvärdera effekt av behandling efter 3-4 månader

Trängnings-inkontinens

Trängningar med eller utan läckage, ökad miktionsfrekvens, ofta nykturi

Uteslutande av malignitet vid

-kort anamnes

-hematuri, även mikroskopisk, spec hos rökare.

Blåstråning (bil 12)

Överväg antikolinergika (se rekommenderad lista)

Utvärdera/dosjustera efter 1-2 mån

Överrinnings-inkontinens

Kännetecknas av stor residualurinmängd

Överväg sanering av läkemedel.

Residualurin mer än 100 ml, remiss

Om stor residualurin: initiera blåstömningshjälp, helst med RIK alt KAD-behandling (bil 13, 14, 15, 17).

Bland-inkontinens:

Behandla alltid den dominerande komponenten först

Remittera vid:

Oklar diagnos
Blåstömningssvårigheter, residualurin
Misstanke på malignitet – remiss till urolog
Kort anamnes på urinrängningar.
Hematuri
Neurologisk sjukdom/skada
Invalidiserande läckage
Otillräcklig behandlingseffekt

Remiss ska innehålla följande uppgifter:

Tidigare sjukdomar, ev operation, antal förlossningar
Nuvarande sjukdomar och mediciner
Inkontinensanamnes: läckagestorlek, frekvens, tidigare utredningar och behandlingar
Vattenkastnings-/läckagedagbok
Allmäntillstånd
Urinsticka/odling, Residualurin
Gynekologiskt och neurologiskt status
Vidtagna åtgärder och dess resultat
Patientens förväntningar

Remissvar till inremitterande angående utförd åtgärd. Ange behov av uppföljning exempelvis av behandling!

Vårdprogram

Urininkontinens hos Män

Urininkontinens hos män under 70 år är mindre vanligt än hos kvinnor p.g.a de anatomiska förutsättningarna. Prevalensen hos yngre män är 2-3 % och ökar till 7-10 % vid 70-årsålder. Därefter ses en kraftig ökning. Generellt anses urininkontinens förekomma ungefär 3 gånger så ofta hos kvinnor som hos män (2).

De två viktigaste kända riskfaktorerna för manlig inkontinens är prostatabesvär och genomgången radikal prostatectomi (2).

1. Ansträngningsinkontinens (stressinkontinens)

Ett ofrivilligt urinläckage vid ökat buktryck, frånvaro av detrusorkontraktion.

Hos män är det nästan alltid ett iatrogen tillstånd. Kan förekomma efter kirurgi för godartad prostataförstoring hos någon procent eller radikal prostatectomi p.g.a cancer. Läckaget kan här vara övergående. Drabbar sällan yngre män såvida de inte har missbildning i urinröret, bäckenskada eller neurologisk sjukdom (5).

2. Trängningsinkontinens (urgeinkontinens)

Urinläckage i samband med urinrängning, som kan förekomma både natt och dag. Denna form av inkontinens beror på ofrivillig sammandragning av blåsmuskulaturen. Olika former av trängningsbesvär finns:

- Trängningar utan läckage = urgency.
- Trängningar med läckage = urgencyincontinence.
- Täta miktionser = frequency.

Begreppet överaktiv blåsa har använts på symtomkombinationen täta trängningar, täta miktionser och ev. urinläckage.

Vanligt förekommande hos äldre och hos personer med neurologiska sjukdomar oavsett ålder. Friska yngre män med prostatit och uretrit kan även drabbas av dessa symtom.

3 Överrinningsinkontinens

Uppstår när blåsan är utspänd av urin och slutningsmuskulaturen inte längre förmår hålla emot (2).

Kännetecknas av residualurin och ev urinrängningar.

Vanliga orsaker är avflödes hinder, i de flesta fall prostatahyperplasi.

Förekommer även vid neurologiska sjukdomar (t.ex MS = multiple skleros, ryggmärgsbråck), farmaka (t.ex antikolinergika, antidepressiva) eller alkoholmissbruk.

Flöde: Handläggning urininkontinens hos Mannen.

Patientens totala livssituation, symtombild och status avgör vilka åtgärder som är aktuella.

Basutredning

Anamnes (bil 3), frågeformulär (bil 4)
U-prov: sticka, ev odling
Residualurin
Vattenkastnings-/läckagedagbok 2 dygn (bil 5, 6, 7, 8)
Tidsmiktion (bil 9)
Läkarundersökning: neurol och rectal status
prostatapalpation och ADL-funktion

Basbehandling

Justera vätskeintag: dygnsvolym urin max 2 lit
Se över mediciner
Behandla ev UVI
Optimera omgivningsfaktorer (ex arbetsterapeut)
Förskriv hjälpmedel under utredningstiden

Ansträngningsinkontinens

Läckage vid hosta/ansträngning

Bäckenbottenträning under ledning av sjukgymnast el specialtränad sjuksköterska i 3 månader (bil 11)

Behandling ev med tabl Yentreve

Utvärdera effekt av behandling efter 3-4 månader

Trängningsinkontinens

Trängningar med eller utan läckage, ökad miktionsfrekvens, ofta nykturi, malignitetsmisstanke vid kort anamnes, hematuri

Blåstråning (bil 12)

Överväg antikolinergika (se rekommenderad lista)

Utvärdera/dosjustera efter 1-2 mån

Överrinningsinkontinens

Kännetecknas av stor residualurinmängd

Överväg sanering av läkemedel.

Residualurin mer än 2-300 ml, remiss

Om stor residualurin: initiera blåstömningshjälp, helst med RIK alt KAD-behandling (bil 13,16,17)

Remittera till urologiklinik vid:

Oklar diagnos
Blåstömningssvårigheter, residualurin
Misstanke på malignitet
Kort anamnes på urinträngningar
Hematuri (även mikroskopisk) speciellt hos rökare
Neurologisk sjukdom/skada
Invalidiserande läckage
Otillräcklig behandlingseffekt

Remiss ska innehålla följande uppgifter:

Tidigare sjukdomar, ev operationer
Nuvarande sjukdomar och mediciner
Inkontinensanamnes: läckagestorlek, frekvens, tidigare utredningar och behandlingar
Vattenkastnings-/läckagedagbok
Allmäntillstånd
Tidsmiktion
Urinsticka/odling, Residualurin
Status: AT, rectal/neurologstatus
Vidtagna åtgärder och dess resultat
Patientens förväntningar

Remissvar till inremitterande angående utförd åtgärd. Ange behov av uppföljning exempelvis av behandling!

Vårdprogram

Referenser:

1. Stach-Lampinen, B.(2008). Urinary incontinence in woman. *EBM Guidelines* (online) (8.8.2008)(ebm 00236). Duodecim Medical Publications Ltd.
2. SBU.-rapport nr 143 (2000). Behandling av urininkontinens. Stockholm: SB offset AB.
3. Landstinget i Värmland och Värmlands kommuner. Produktkatalog för inkontinenshjälpmedel. Simonsen Material AB
4. Hellström, A., Lindehall, B. (2006). Uroterapi. Lund: Studentlitteratur.
5. Norlén L, Siltberg, H. (Red). (2003). Hålla Tätt. En bok om urininkontinens och överaktiv blåsa. 19 ledande specialister om diagnos, behandling och psykologi vid urininkontinens. Pfizer AB.
6. Socialstyrelsen (1997). Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 Systematisk förteckning. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.

<p>ALLMÄN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuella sjukdomar: • Aktuella symtom: • Genomgångna operationer/strålbeh. • Pågående medicinering • Social anamnes + ADL-funktion • Alkoholvanor • Rökning/hosta • Förstoppning • Fysisk aktivitet 	
<p>GYNEKOLOGISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gynekologiska besvär • Gyn.operationer/strålbehandling • Graviditeter/förlossningar/komplikationer • Menstruation alt menopaus 	
<p>UROLOGISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sängvätning • Recidiverande UVI 	
<p>NEUROLOGISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurologiska sjukdomar/symtom • Ryggsmärtor • Kraftnedsättning • Känselbortfall • Tarm och sexualfunktion 	
<p>MIKTIONSANAMNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekvens • Nycturi • Tömningssvårigheter • Urinstråle: normal/svag/stilande/varierande • Styra vattenkastningen 	
<p>INKONTINENSANAMNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Läckage vid urinträngning/ansträngning/efter miktions/i sömn/vid samlag/utan anledning • ”Tyst” läckage 	

FRÅGEFORMULÄR till kvinnlig patient

Var vänlig och fyll i detta frågeformulär och ta det med till mottagningsbesöket. Om någon fråga är oklar, behöver Du inte fylla i den.

Ifyllt datum:.....

Namn:.....Personnr:.....

Yrke/sysselsättning:.....

Längd:.....Vikt:.....

Antal förlossningar:.....

Läkemedel:

.....

Östrogenbehandling:

Rökare nej.....ja.....f.d.....

Tidigare Operationer:

.....

Diabetes nej.....ja

Astma nej.....ja.....

Hjärt/kärlbesvär nej..... ja.....

Ryggbesvär nej.....ja.....beskriv hur.....

Avföringsbesvär nej.....ja.....beskriv hur.....

Överkänslighet nej.....ja..... Beskriv hur.....

Andra sjukdomar/besvär

.....

Aktuellt problem.....

Vårdprogram

FRÅGEFORMULÄR till kvinnlig patient (forts)

Bilaga 2 (2/2)

- Hur många gånger kissar Du på en dag? mindre än 7 ggr mer än 7 ggr
- Hur många gånger kissar Du under natten?gånger
- Känner Du ofta starka trängningar till att kissa? Ja Nej Ibland
- Läcker Du i samband med dessa trängningar? Ja Nej Ibland
- Läcker Du innan du hunnit fram till toaletten? Ja Nej Ibland
- Vaknar Du av trängningar nattetid? Ja Nej Ibland
- Läcker Du urin under natten? Ja Nej Ibland
- Läcker Du urin vid t.ex. skratt, hosta, nysning? Ja Nej Ibland
- Läcker Du urin vid promenad? Ja Nej Ibland
- Läcker Du urin vid samlag? Ja Nej Ibland
- Hur stor mängd urin läcker Du per gång? inget droppar skvätt stor mängd
- Hur ofta läcker Du? enstaka tillfällen flera gånger/vecka dagligen
- Använder Du inkontinensskydd? Ja vilket Nej
- Känner Du att du tömt blåsan när du kissat? Ja Nej
- Måste Du krysta för att tömma blåsan? Ja Nej
- Känner Du sveda/smärta när Du kissar? Ja Nej
- Får Du ofta urinvägsinfektioner? Ja Nej
- När började Dina urinbesvär?.....år
- Någon speciell händelse som utlöste Ditt problem?.....
- Är du tidigare behandlad för urinbesvär? Ja Nej
- Har du berättat för någon om Ditt problem? Ja Nej
- Hur påverkar det Dig i Ditt liv? Undviker du t.ex något?

.....

.....

Sätt ett kryss på nedanstående linje hur mycket Du upplever att Dina besvär påverkar Dig.

Inte alls		måttligt					helt handikappad			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

.....

<p>ALLMÄN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuella sjukdomar: • Aktuella symtom: • Genomgångna operationer/strålbehandling • Pågående medicinering • Social anamnes + ADL-funktion • Alkoholvanor • Rökning/hosta • Förstoppning • Fysisk aktivitet • Heriditet prostata cancer 	
<p>UROLOGISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sängvätning • Recidiverande UVI 	
<p>NEUROLOGISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurologiska sjukdomar/symtom • Ryggsmärtor • Kraftnedsättning • Känselbortfall • Tarm och sexualfunktion 	
<p>MIKTIONSANAMNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekvens • Nycturi • Startsvårigheter • Tömningssvårigheter • Urinstråle: normal/svag/stilande/varierande • Styra vattenkastningen 	
<p>INKONTINENSANAMNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Läckage vid urinträngning/ansträngning/efter miktions/i sömn/vid samlag/utan anledning • "Tyst" läckage 	15

Frågeformulär till manlig patient

Var vänlig och fyll i detta frågeformulär och ta med till mottagningsbesöket.
Sätt ett kryss för det alternativ som är riktigt. Om någon fråga är oklar, behöver Du inte fylla i den.

Ifyllt datum.....

Namn..... Personnummer.....

Läkemedel:

.....
.....

Tidigare operationer:

.....
.....

Diabetes nej..... ja.....

Hjärt/kärlbesvär nej..... ja.....

Ryggbesvär nej..... ja..... beskriv.....

Avföringsbesvär nej..... ja..... beskriv.....

Överkänslighet nej..... ja..... beskriv

Andra sjukdomar/besvär

.....
.....
.....
.....

Vårdprogram

Läckagetest

Bilaga 7

Namn: _____

Kvantifiering = mätning av storleken på ditt urinläckage.

Föd.data: _____

Metod:

- Använd en gramvåg t ex brevvåg
- Fyll i klockslag och skyddets vikt när Du sätter på och tar av det.

Datum: _____ (år - månad - datum)

Dag 1	Vikt gram före	Skydd på klockan	Skydd av klockan	Vikt gram efter	Orsak till läckaget	Skyddets viktökning

Datum: _____ (år - månad - datum)

Dag 2	Vikt gram före	Skydd på klockan	Skydd av klockan	Vikt gram efter	Orsak till läckaget	Skyddets viktökning

Läckage totalt under 2 dygn	
-----------------------------	--

TIDSMIKTIONSSCHEMA

Namn: _____

Föd.data: _____

Mäter vattenkastningsförmågan. Man mäter det antal sekunder det tar att kissa en dl urin.

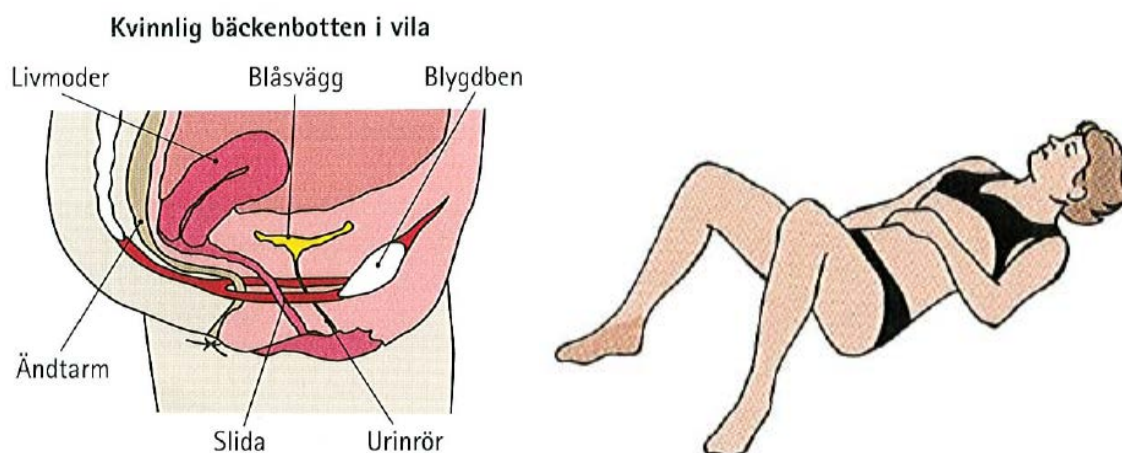
METOD:

- Använd tidtagarur eller klocka med sekundvisare och ett decilitermått.
- Urinblåsan skall vara välfylld
- För decilitermättet in i strålen då det börjar rinna. Kontrollera samtidigt tiden.
- När decilitermättet är fyllt, kontrollerar Du tiden igen. Sedan kissar Du färdigt.
- Denna mätning bör Du göra 6-10 ggr, helst vid olika tidpunkter på dygnet.

Datum	Klockslag	Antal sekunder för den första dl urin	Ev kommentar

Bäckenbottenträning för kvinnor

Bäckenbotten är en muskelplatta som stödjer underlivsorganen. Den hjälper Dig att kontrollera urin, gaser och avföring.



Hitta rätt muskler

- Ligg avslappnad på rygg – gärna med en hand på magen
- Koncentrera Dig på att hitta de rätta musklerna
- Knip försiktigt ihop slutmuskeln runt ändtarmen
- Knip framåt runt slidan och urinrörsmynningen
- Knip uppåt – inåt så att du får en känsla av att något lyfts upp inom Dig.

Börja att göra denna rörelse med liten kraft och håll kvar knipet i ca 2 sekunder. Slappna av och upprepa knipet 10 gånger. Andas lugnt och känn efter med en hand på magen att bukmusklerna är avslappnade.

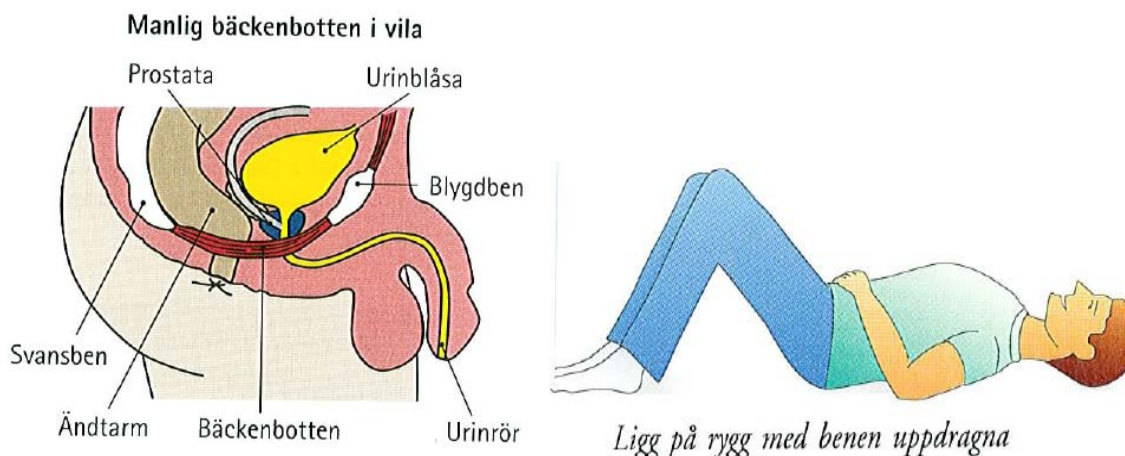
Styrketräning

- När Du känner att Du börjar hitta rätt muskler gör Du knipet hårdare och håller det längre ca 5 sekunder.
- Upprepa 10 gånger = 1 träningspass
- Utför träningspasset 4 gånger dagligen.

Efter flitigt tränande i 4-6 månader bör Du känna resultat.

Bäckenbottenträning för män

Bäckenbotten är en muskelplatta som stödjer underlivsorganen. Den hjälper Dig att kontrollera urin, gaser och avföring.



Hitta rätt muskler

- Ligg avslappnad på rygg – gärna med en hand på magen
- Koncentrera Dig på att hitta de rätta musklerna
- Knip försiktigt ihop slutmuskeln runt ändtarmen
- Knip framåt runt urinrörsmynningen som om Du behövde kissa men inte fick lov.

Börja att göra denna rörelse med liten kraft och håll kvar knipet i ca 2 sekunder. Slappna av och upprepa knipet 10 gånger. Andas lugnt och känn efter med en hand på magen att bukmusklerna är avslappnade.

Styrketräning

- När Du känner att Du börjar hitta rätt muskler gör Du knipet hårdare och håller det längre ca 5 sekunder.
- Upprepa 10 gånger = 1 träningspass
- Utför träningspasset 4 gånger dagligen.

Efter flitigt tränande i 4-6 månader bör Du känna resultat.

BLÅSTRÄNING

Syfte:

Blåsträning betyder att man övar upp den centralnervösa hämningen d.v.s. man blir ”herre över sin blåsa”.

Patienten skall öka sin blåsvolym genom att undvika blåstömning vid trängningskänsla.

Metod:

Patienten skall vara välmotiverad till behandlingen.

- UNDERVISNING är därför viktig. Den skall leda till ökad förståelse för de nedre urinvägarnas funktion och miljömässiga faktorer som har betydelse. Undervisningen kan kombineras med både skriftlig och muntlig information.
- BLÅSTRÄNINGSPROGRAM med schemalagda miktionser och systematisk förlängning av intervallen skall användas. Patienten skall tömma urinblåsan efter ett i förväg uppgjort schema. Om urinträngningar kommer före utsatt tid, skall patienten hålla tillbaka eller hämma trängningskänslan, för att skjuta upp miktionsen. Vätskeintaget bör regleras så att patienten inte tömmer mer urin än 1,5 – 2 liter/dygn. I samband med att intervallerna ökar mellan miktionserna, så hjälper patienten till att öka sin blåskapacitet. Kommer då att kunna öka sina miktionsvolymerna. Om det är svårt för patienten att blåsträna, så kan ett blåsdämpande läkemedel användas som tillägg vid träningen.
- STÖD OCH POSITIV FÖRSTÄRKNING behövs under blåsträningsperioden.
- Om patienten inte når resultat efter att ha tränat flitigt i 2 veckor, avbryts behandlingen.
I annat fall fortsättning i 12 veckor. Följ upp med miktionslista.

Exempel på blåsträningsprogram finns hos läkemedelsföretag.

RIK = Ren Intermittent Katetrisering (ett sätt att tömma urinblåsan).

Urinvägarnas funktion

De övre urinvägarna består av njurar och urinledare.

Njurarnas uppgift är att frigöra kroppen från avfallsprodukter. Dessa utsöndras med urinen. Funktionen är livsviktig för kroppen. Från njurarna pumpas urin hela tiden genom urinledarna till urinblåsan. Urinen är normalt fri från bakterier.

De nedre urinvägarna består av urinblåsa och urinrör.

Urinblåsan kan liknas vid en muskelsäck som fungerar som en behållare för urinen. När den fylls är blåsmuskel helt avslappnad. Urinröret är då sträckt och slutmuskeln sammandragen.

Blåsan kan tömmas helt då man själv bestämmer. Vid tömningen bildar blåsans botten tillsammans med urinröret en ”tratt”. Blåsmuskeln drar ihop sig och urinen rinner ut genom ”tratten”. Detta innebär ett komplicerat samspel mellan nerver och muskler, vilka styrs av centra i hjärna och ryggmärg.

RIK kan användas vid ofullständig blåstömning

Då blåsan misslyckas med att tömma sig fullständigt, finns urin kvar som kallas residualurin. Denna urin kan ibland fungera som en växtplats för bakterier. Om slutmuskeln inte kan öppna sig då blåsmuskeln drar ihop sig blir trycket i blåsan högt. Risk finns då att urin pressas tillbaka mot njurarna via urinledarna. Detta kallas för reflux och ökar risken för att bakterier når upp till njurarna.

Regelbunden och fullständig blåstömning minskar risken för högt blåstryck och ökad bakterietillväxt.

Viktigt att komma ihåg vid RIK-behandling

Töm blåsan regelbundet

Blåsan mår bäst av att tömmas regelbundet. Kateterisera dig det första du gör på morgonen. Om du har svårt att kissa eller har mycket kvar i blåsan så kateterisera dig med 3-4 timmars mellanrum under dagen. Töm också blåsan med kateter det sista du gör innan du lägger dig på kvällen.

Töm hellre en gång för mycket än en gång för lite.

Tips: om katetrarna tar slut så spara den senast använda: spola av den efter och före användandet. Det är bättre att tömma blåsan med en använd kateter än att hoppa över tömningen.

Töm tomt

Ge dig tid att tömma tomt. Kontrollera då och då att blåsan verkligen är tömd genom att krysta lätt eller ändra sittställning med katetern kvar på plats.

Töm Tarmen

En bra grundregel är att tömma tarmen regelbundet

RIK – Ren Intermittent Katetrering (instruktion till kvinnan.)

- Informera om varför RIK-behandling inleds.
- Dela ut användarguide som patienten ev. kan läsa igenom innan undervisningen.
- Förklara anatomi och fysiologi med hjälp av bilder.
- Visa en tappningskateter och låt patienten känna på materialet. Informera om att man inte kan skada sig med katetern, att den är mjuk och böjlig. Ibland kan en liten blödning uppstå om urinslemhinnan är skör.

Informera patienten om tappningsteknik

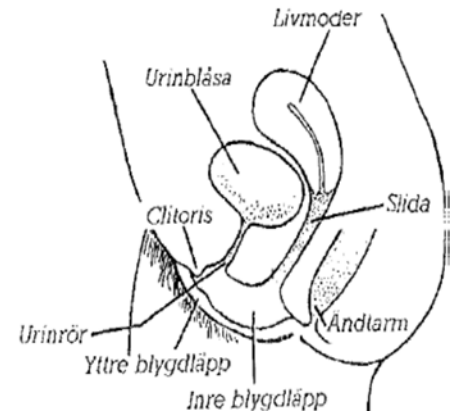
- Patienten skall tvätta underlivet morgon och kväll, dessutom vid avföring och om inkontinensskyddet är mycket vått.
- Tag fram tappningskatetern och ev spegel. Lämpligen används tappningskateter 15-20 cm, CH 12.
- Tvätta händerna.
- Öppna kateterfodralet och informera att patienten hemma fyller fodralet med vatten om katetern har en hydrogel yta. Är patienten osäker på om hon har rent vatten ex har egen brunn, bör hon använda kokt vatten. Katetern skall ligga i vatten 30-60 sek. före användning.
- Patienten försöker först kissa och därefter inta en bekväm kateteriseringsställning. Använd ev. en rakspegel som sätts under toaletsitsen och kan riktas så patienten ser urinrörsmynningen.
- Ibland kan det underlätta för patienten att se om hon sätter upp ena foten på en pall. Inga kläder skall finnas vid anklarna, eftersom det kan försvåra att röra sig.
- Patienten håller isär blygdläpparna med ena handen och fattar tag i katetern med andra handen. Tummen ovanpå och två fingrar under kateter för att få rätt vinkel.
- För in katetern i urinröret tills urin börjar rinna, för då in några cm till för att blåsan skall bli ordentligt tömd.
- Då urinen slutat att rinna böjer sig patienten lätt framåt eller ställer sig upp och drar lugnt ut katetern. Katetern får slängas i hushållsavfall.
- Patienten tvättar händerna.

Tappningsfrekvensen beror på residualurinens storlek. Därför bör patienten mäta den urin som kommer via katetern och notera mängden. Använd en plastskål som sättes ner i toaletten. Se särskild manual för kvinnor hur ofta hon skall tappa ut beroende på residualmängden. Oftast accepteras en residual-urin på max 100ml. Den tappade mängden bör ej överstiga 400 ml per gång. I så fall ökar man tappningsfrekvensen.

Ge patienten 25-50 st tappningskatetrar med sig hem och informera vart patienten kan vända sig om det inte fungerar. Följ upp patienten antingen via telefon eller mottagningsbesök hos ex. sjuksköterska. Förskriv tappningskatetrar till patienten.

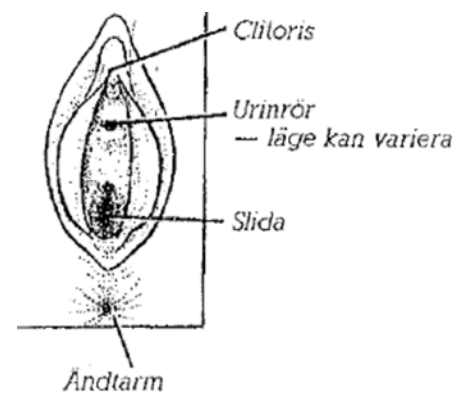
Urinrörets placering

Hos kvinnor är urinröret rakt och ~4-5cm långt. Placeringen på urinrörets mynning kan variera från strax bakom klitoris till nära slidmyningen.



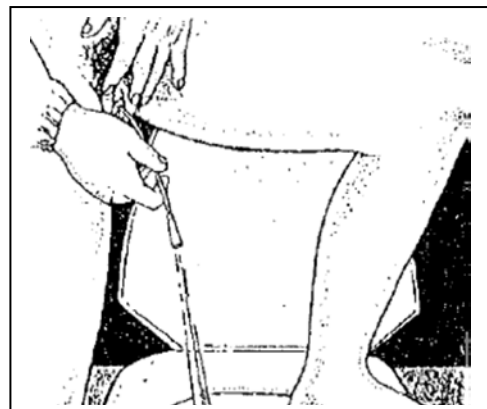
Förberedelser för urintappning

- Tvätta underlivet morgon och kväll, dessutom vid avföring och om inkontinensskyddet är mycket vått.
- Ta fram allt material, såsom kateter och eventuellt en spegel.
- Tvätta händerna.
Öppna kateterfodralet och fyll fodralet med vatten (om katetern har en hydrofil yta). Katetern skall ligga i vatten 30 sek. före användning. Om katetern ska gelas före användandet så öppna förpackningen.
Försök att kissa först och inta därefter en bekväm katetreringsställning, se nedan.
- Håll isär blygdläpparna med ena handen.
Fatta tag i katetern med andra handen. Doppa katetern i gel om den ej har hydrofil yta.
För in katetern i urinröret tills urin börjar rinna, för då in några cm till (för att blåsan skall bli ordentligt tömd).
- Sitt avslappnad och låt blåsan tömma sig ordentligt.
Då urinen slutar rinna, böj kroppen lite framåt eller ställ dig upp och dra lugnt ut katetern.
- Tvätta händerna.



Praktiska arbetsställningar vid katetrering

- Sitt långt bak på toalettstolen med särade ben. En rakspegel kan fästas under toalettstolsringen och ställas in i lämpligt läge.
- Stå med särade ben över toaletten, ev med en fot på toaletttringen. Rikta spegeln rätt.
- Sitt i sängen men ha ett ordentligt stöd för rygg. Använd en skål med låg kant att samla urinen i eller koppla en uppsamlingspåse till katetern.
- Om svårigheter att se urinröret, håll isär blygdläpparna och sätt pekfingeret intill slidöppningen. För katetern längs fingret, riktat lite uppåt. Eller lägg en klick gel på där urinrörsmynningen bör vara, då bildas en liten glipa i gelet vid urinrörsmynningen.



Vårdgivar-information

RIK- Ren Intermittent Kateterisering (instruktion till mannen).

- Informera om varför RIK-behandling inleds.
- Dela ut användarguide som patienten helst bör läsa igenom innan undervisningen.
- Förklara anatomi och fysiologi med hjälp av bilder.
- Visa en tappningskateter och låt patienten känna på materialet. Informera om att man inte kan skada sig med katetern, att den är mjuk och böjlig. Ibland kan en liten blödning uppstå om urinslemhinnan är skör.

Informera patienten om tappningsteknik

- Informera om underlivshygien och vikten av att tvätta under förhuden 1 gång per dag.
- Tag fram tappningskateter, 40mm, Ch 12 eller 14.
- Tvätta händerna.
- Öppna kateterfodralet och informera om att patienten hemma fyller fodralet med vatten. Är patienten osäker på vattenkvaliteten ex har egen brunn, bör han koka vattnet först. Katetern skall ligga i blöt 30-60 sek. före användning.
- Patienten försöker först kissa och därefter intar han en bekväm kateteriseringsställning. Han kan stå framför toaletten, sitta på toaletten eller sitta på en stol framför.
- Är han högerhänt, fattar han ett stadigt tag runt penis med vänster hand och böjer upp den mot buken. Med den andra handen för han försiktigt in katetern genom urinröret.
- Informera om att det kan kännas trångt i prostataområdet. Katetern kan glida lättare igenom på en lång utandning. Han får aldrig använda våld.
- På särskild ordination kan ibland kateter med Tiemannspets vara nödvändig. Viktigt är då att tippen på katetern pekar uppåt vid införandet.
- När urinen börjar rinna föres katetern in några cm till, för att blåsan skall bli ordentligt tömd, och penis böjs ner i normalt läge.
- Då urinen slutat att rinna böjer han åter upp penis mot buken och drar långsamt ut katetern. Man kan hålla för hålet för att undvika urinspill. Katetern får slängas i hushållsavfallet.
- Patienten tvättar händerna.

Tappningsfrekvensen beror på residualurinens mängd. Därför bör patienten mäta den urin som kommer via katetern och notera mängderna. Se särskild manual och lista som eventuellt skickas med patienten hem. På en man kan man acceptera lite större residualurinmängd än hos en kvinna. Den tappade mängden bör ej överstiga 400 ml per gång. I så fall ökar man tappningsfrekvensen.

Ge patienten 25-50 st tappningskatetrar med hem och information om vart han kan vända sig om det inte fungerar. Följ upp patienten antingen via telefon eller mottagningsbesök hos ex. sjuksköterska. Förskriv tappningskatetrar till patienten.

KONTINENSÅGE

Kontinensågen är ett hjälpmedel för kvinnor med ansträngningsinkontinens där bäckenbotten har blivit försvagad. Vissa kvinnor upplever en minskning av urinläckage då de använder tampong. Av den orsaken har kontinensågen tagits fram. Ågen finns upphandlad i Värmland och beskriven i produktkatalogen för inkontinenshjälpmedel.

Materialet är mjuk format polyuretanskum (latexfri) som skall blötas innan den förs upp i slidan.

Viktigt att den kommer rätt så att den något fjädrande funktionen sitter mot urinröret. Den appliceras med hjälp av en applikator. Kan användas upp till 16 timmar/dag. Är en engångsprodukt. Förskrivs som inkontinenshjälpmedel men är en stjärnmärkt produkt vilket betyder att läkare och uroterapeuter kan förskriva den. Finns i tre olika storlekar och skall provas ut.

