

I sykehjem med ustyrlig avløp – kjørt løp!?

AV GISLE SCHMIDT OG SIRI SCMIDT ØVREGARD

Mer enn 50 prosent av sykehjemsbeboere er inkontinente for urin. Dette er historien om Kari og Bjarne. Om deres skam, fortvilelse, frykt for å bli avslørt og vegring for å søke hjelp.

I sykehjemmet handler det også om arbeids-

oppgaver, om ressursbruk og ikke minst om faglige utfordringer, kunnskap, holdninger.

Kari og Bjarne nærmer seg 70, er fortsatt i godt slag, men bind og bleier er på ny blitt en del av deres hverdag. Bjarne er en av de 10 prosent friske eldre menn som har urinlekkasje. Kari tilhører de 25 prosent friske kvinner med samme problem. Foreløpig er det ikke verre enn at de holder ut, men det er heller ikke et tema de deler med andre, heller ikke med sin lege.

Arnfinn Seim et.al. publiserte en interessant studie i BMJ i 1996 der de undersøkte og behandlet 105 kvinner med inkontinens hvorav 29 var over 70 år. Deres konklusjoner:

- Allmennleger kan behandle urininkontinens med enkle midler.
- Behandlingsalternativ: bekkenbunns trening, elektrostimulering, østrogen, antikolinerge medikamenter, blæretrening og bleier.
- Etter 12 mndr var de fleste kvinnene kvitt sitt lekkasjeprosjekt eller lekkasjen var mye mindre (1).

Årene går. Bjarne har fått skrellet ut sin prostata og anses ferdigbehandlet for sitt problem. Kari har fått konstatert litt fremfall, slappe og tynne slimhinner og hun har blitt anbefalt å bruke hormoner for det. Men urinlekkasje har blitt et



Siri Schmidt Øvregard

er stud.med., København, pleieass.vikar Langerud sykehjem, Oslo, legedatter.

Gisle Schmidt

er fastlege, Bogerud legesenter, Oslo.

økende problem for dem begge. Sjenerte og skamfulle holder de seg helst hjemme. Det har allikevel ikke vært naturlig verken for dem eller for deres leger, å ta problemet opp i sin fulle bredde. Forfallet har fortsatt og verre er det blitt etter hvert som Bjarne har fått et økende hukommelsesproblem. Kari har store problemer med førligheten, men er heldigvis klinkende klar i hodet.

Det blir for vanskelig å klare alt selv. De blir nødt for å tilkalle hjelp og fremmede pleiere inntar deres hjem, endog deres intimsfære. Og til slutt: sykehjem, ikke bare på grunn av ustyrlig urinlekkasje, Bjarnes demens er vel så avgjørende. Det samme gjelder Karis forflytningsproblemer og ustøhet.

Sykehjemslegen er ung og ny. Hun inngir tillit. Kari får god kontakt og lekkasjeprosjektet blir endelig tatt opp. Men både lege og pleiere gir bestemt inntrykk av at dette er naturlig og normalt slik situasjonen er blitt og at de må forsone seg med å være tilbake på bleiestadiet. Kari er fortvilet mens Bjarne er for glemsk og forvirret til å kunne bry seg på konstruktiv måte. Men han blir forbannet og

setter seg kraftig til motverge når fremmede pleiere uten forvarsel sjekker hans bleier eller drar ham inn på toalettet. Kari sier klart og tydelig fra når behovet oppstår – det kommer gjerne bardust og voldsomt, men hun blir oppgitt og lei seg når lekkasjen oftest kommer før hjelpen!

De har en datter som er lege og hun blir meget oppbrakt over tingenes tilstand. Hun hadde ikke forestilt seg at det var så ille på sykehjem! Mor og datter tar problemet nok en gang opp med sykehjemslegen: – Er det virkelig slik at alt kan skyldes demens, normale aldersforandringer og dårlig bemanning – og er det kun bleier størrelse XXL som er løsningen?

– Kanskje ikke – innrømmer sykehjemslegen.
– La meg se på saken.

Og ting skjer: De blir grundig utredet og undersøkt. Deres livshistorie og sykehistorie blir gjennomgått – legen og pleierne gjør seg faktisk kjent med dem, og ikke bare når det gjelder lekkasjeproblemene.

Utredningen

Registrering av væskeinntak/diurese inkludert veiing av bleier kan være nyttig for å kartlegge type og grad av inkontinens, samt følge effekt av behandling. Bør gjøres over flere døgn – ikke nødvendigvis påfølgende. Dansk selskap for almenmedisin (DSAM) har utarbeidet en veileder for utredning og behandling av inkontinens der man også finner et nyttig registreringskjema (3).

Vanlig undersøkelse av urin.



Resturin. Det kan være aktuelt å avklare om infravesikal obstruksjon (prostata, større prolaps) foreligger samtidig med en overaktiv blære. Grensen for patologisk grad av resturin hos gamle er ikke absolutte. Noen eldre kan f.eks. ha 100 ml residualurin uten at dette fører til problemer av typen residiverende urinveisinfeksjoner (3).

Ved uttalt grad av *obstruksjon* kan overløps inkontinens spesielt hos den demente pasient være vanskelig å skille fra annen type lekkasje.

Gjennomgang av medisiner. Uhensiktsmessig og unødvendig medisinerer kan utløse eller forverre urininkontinens. Det gjelder særlig hurtigvirkende diuretika, ataraksika, sovemidler og antikolinergika.

Når så elendigheten er målt og veid, kartlagt og diagnostisert, er det tid for behandling.

Behandling

Riktig drikkemengde. Mange gamle er instruert til å drikke rikelig og kan overdrive med opptil tre til fire liter pr. døgn. For de fleste rekker halvannen liter. Kaffe om kvelden kan forverre nattlig diurese.

Declive ødemer som samler seg gjennom en passiv, stort sett sittende dag, tømmer seg gjerne om natta. Dette kan avhjelpes med en liten diuretikadose fem til seks timer før legetid. Støttestrømper kan også være til en viss nytte.

Obstipasjon kan forstyrre blærefunksjon og forverre inkontinens.

Faste *do-tider*, særlig for demente, på dagtid kan medføre lengre perioder med tørre bleier. Det er selvsagt også viktig å legge godt til rette for toalettbesøk ved behov, både ved assistanse og ved å lette tilgjengelighet: god belysning, god passasje og lignende.

Østrogenbehandling bør alltid inngå i behandling av inkontinens av postmenopausale kvinner. Administrasjonsform bør avgjøres av hva som er akseptabelt og mest praktisk for kvinnen selv. Anbefalt dose er tre mg oestriol per os daglig i to til tre uker, deretter en til to mg per os/ 0.5 intravaginalt daglig i to til tre uker, og så samme dose to til tre ggr i uka (1, 3).

Program for blæretrening kan utarbeides på bakgrunn av registrering: faste dobesøk, holde igjen, knipe, forsøke å tenke på andre ting dersom og når behov melder seg utenom programmet. Effekten viser seg ofte etter relativt kort tid.

Bekkenbunnstrening kan være verd å forsøke, selv hos gamle, men krever sterk motivering, vilje og evne til langvarig oppfølging. Målet er å understøtte og øke sfinkterfunksjonen. At kontraksjonene gjennomføres på riktig måte, kan behandleren kontrollere med to fingre i vagina og derved hjelpe den gamle til en bedre fornemmelse av sin anatomi. Et passende treningsprogram kan være at bekkenbunnens muskler kontraheres uten bruk af bukpressen, for eksempel 20 ggr à seks sek. to til tre ggr daglig. Det tar tid å bygge opp slapp muskulatur og man kan ikke vente full effekt før etter ca. tre mndr. Treningen må siden fortsette med samme intensitet dersom effekten skal vedvare (3).

forts.

Tolteridin (Detrusitol) er en muskarin reseptor antagonist med relativ selektivitet for urinblære men med typiske antikolinerge bivirkninger. Anbefalt dose er 1,4–2,8 mg daglig. Som generell regel anbefales stor grad av forsiktighet ved bruk av antikolinerge midler til gamle med redusert terskel for å utvikle konfusjon. Effekten er ofte beskjedent.

Ringpessar kan avhjelpe ubehag ved fremfall og inkontinens som følge av dette. For å finne fram til riktige ringpessar, må man prøve seg fram. Pessaret passer, når det sitter mellom symfysens underkant og cervix/vaginaltopp uten å gi plager eller å falle ut. Pessar kan tilpasses hos >70 prosent uten problemer, og >80 prosent vil kunne bruke pessar ett år etter. Med et oppfølgingsprogram med skylling av pessar og kontroll av vaginalvegg for erosjoner hver tredje til sjette måned ser man knapt komplikasjoner ved pessarbruk (4.5).

Man kommer sjelden helt utenom bruk av *bleier*. Svenske undersøkelser tyder på at kun 22 prosent av sykehjemspasienter hadde bleietyper som var tilpasset vannlatingsmønster og mengde. Tendensen var gjerne for store bleier hvilket i tillegg til generelt ubehag kan bidra til hudirritasjon og skade. Man mente dessuten å kunne påvise et potensiale for kostnadsreduksjon ned mot 30 prosent ved å benytte riktig tilpassing av bleier (7).

Det advares mot bruk av *permanentkateter*. Langtidsbruk øker risiko for bakteriuri, ofte med flere ulike mikrober samtidig. Det medfører også økt risiko for blæresten, kronisk uretritt, blærespasmer, hematuri, fisteldannelse og epidymitt. Ved økt bruk av permanentkateter i institusjoner kan man til og med se økt forekomst av andre infeksjoner som for eksempel pneumonier og sårinfeksjoner. Dersom man ikke kommer utenom bruk av permanent kateter vil suprapubisk kateter ofte være å foretrekke (6).

Sluttord

Og utrolig nok, det lysnet: Personalet var blitt trent og skjerpet. De gamle forsøkte på hvert sitt vis å innrette seg etter de råd og den oppfølging de fikk. De reduserte sin drikkemengde – Og så vi som trodde at rikelig drikke skulle være så sunt! De sluttet også med kaffe om kvelden men holdt fast ved sine små glass portvin, sov så godt på det.

Blåretningen var til god hjelp for Kari. Bedre do-rutiner var til nytte og glede for dem begge. Det ble forsøkt medisiner for å dempe deres overaktive blærer – men til liten nytte. Bjarne ble dessuten bare mer forvirret og utav seg. Kari var skeptisk til bekkenbunnstrening. Hun anså seg ferdig med

den slags etter å ha drevet knipeøvelser etter alle sine tre fødsler. Men sykehjemets iherdige fysioterapeut antydte at det kunne ha skortet på teknikken den gangen og at det kunne være bryet verdt med nytt forsøk. Hun gikk i gang med trening nok en gang etter nøye instruksjon. Hun var imidlertid usikker på nytten. Hun var også skeptisk til å få innsatt ringpessar – til å gå rundt med et stort fremmedlegeme i vagina, men hun ble positivt overrasket, og det hjalp, både på ubehaget ved framfall og på lekkasjen. Begges bleier var oftere tørre og de følte seg mer vel med bleier bedre tilpasset deres faktisk behov. Selv Bjarne virket nå mer tilfreds. Han var ikke lenger så trassig og motvillig. Legedattera hadde beklaget seg over Bjarnes manglende kontroll, rot med bleier, vått og illeluktende tøy og at han ikke hadde vært til å være i hus med. Hun hevdet at her måtte det vel være enklest med kateter. Men sykehjemslegen gikk ikke med på det – heldigvis for Bjarne. Og alt i alt, legedattera måtte også innrømme at her hadde det skjedd store forbedringer.

Det vanket rødvin og skryt til sykehjemslege og pleiere til jul. Dette hadde ikke bare handlet om avløp og lekkasjekontroll. Hele innsatsen var basert på at de to ble sett, problemene forstått, tatt alvorlig og satt i sammenheng. Lege og pleierstab hadde lært seg godt og målrettet lagarbeid. Når de først hadde måttet bite i det sure eplet, gitt opp eget hjem og installert seg i sykehjem, så var dette slett ikke så verst. Det var tydelig at sykehjemslegen også var fornøyd, ikke bare over å ha mottatt en flaske rødvin, men over å ha erfart at det nytter å legge seg i den faglige selen, også på et sykehjem!

Referanser

1. Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC, Hunskaar S.: Treatment of urinary incontinence in women in general practice. observational study. *BMJ* 1996; 312: 1959–62
2. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. Dansk selskab for almenmedicin, Bibliotek for Kliniske Vejledninger www.dsam.dk
3. Dansk selskab for geriatri. Klinisk vejledning i udredning og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter, Nr.10 2001 www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/2001-10/2001
4. Sandvig, Hogne: Treatment of female urinary incontinence – an annotated evaluation of non-surgical therapeutic options www.uib/isf/people/inkter.htm
5. Sulak PJ & al: Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. *J Reprod Med* 1993;38:919–23.
6. Wu V & al: A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol* 1997;90:990–94.
7. SBU Rapport Behandling av urininkontinens. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) Rapport nr. 143. 2000. www.sbu.se

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no