

Hva vet vi om dette temaet fra før?

Urininkontinensproblematikk er et vanlig problem blant pasienter på sykehjem. Kvaliteten på det arbeidet sykepleiere gjør er avhengig av god sykepleiefaglig utredning og behandling av problemet.

Hva tilfører denne artikkelen?

Manuskriptet bygger på en studie gjennomført på fire sykehjem i Trondheim hvor inkontinensproblematikk ble kartlagt.

Nøkkelord

- Urininkontinens
- Eldre
- Sykehjem
- Kartleggingsstudie

Mer om forfatterne:

Signe Nyrønning, fagutviklings-sykepleier
Søbstad helsehus, Undervisnings-sykehjemmet i Midt-Norge og Avd. for sykepleierutdanning, HiST.
Anne G. Vinsnes, professor

Avd. for sykepleierutdanning, HiST.
Bistilling ved UiS, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helse.
Arnfinn Seim, førsteamanuensis
NTNU, Det medisinske fakultet, Institutt for Samfunnsmedisin.

Kontaktperson: signe.nyrønning@trondheim.kommune.no

Bakgrunn: Urininkontinens er vanlig blant sykehjemspasienter, og problematikken er sammensatt. Dette skyldes at eldre ofte har nedsatt mobilitet og at de kan ha flere diagnoser og medisiner som påvirker inkontinensen. I arbeidet med å tilby sykehjemspasientene en god inkontinensomsorg, trenger vi mer kunnskap om inkontinensproblematikken på sykehjem.

Hensikt: Å kartlegge urininkontinensproblematikk på sykehjem, og se dette i relasjon til pasientenes hjelpebehov.

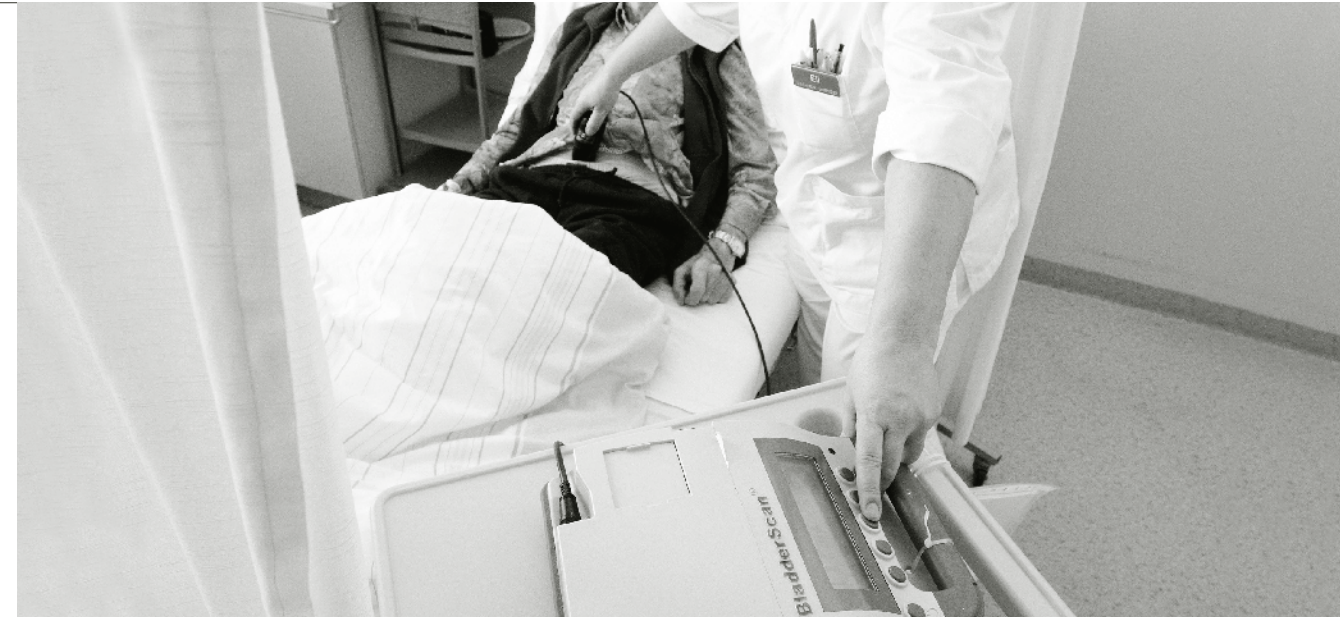
Materiale og metode: Studien

omfattet pasienter fra fire norske, ordinære kommunale sykehjem. Dataanalysen inkluderte 98 pasienter (svarprosent 81,7 prosent). Opplysninger om grad og frekvens av lekkasje samt miksjon og drikke, ble samlet inn ved hjelp av en drikke- og miksjonsliste og bleieveiings-test. Det ble foretatt anamneseopptak som ga opplysning om diagnose, hjelpemidler, medikamenter og grad av hjelpebehov i forhold til toalettfunksjon.

Resultater: Forekomsten av urininkontinens var 80,6 prosent (79 personer). I alt benyttet

90 (91,8 prosent) av pasientene hjelpemidler. Urininkontinens var ikke registrert som en medisinsk diagnose, men som et pleieproblem. Totalt hadde 80 (82,5 prosent) av pasientene behov for assistanse i forbindelse med toalettsituasjonen. Pasienter med urininkontinens hadde større døgndiurese, men lavere miksjonsfrekvens enn kontinente pasienter.

Konklusjon: Urininkontinens påvirker sykehjemspasientenes hverdag. Det er behov for gode rutiner, kunnskap og faglige ferdigheter på området.



» Kartlegging av urininkontinensproblematikk på sykehjem

Tekst: Signe Nyrønning, Anne G. Vinsnes, Arnfinn Seim
Foto: Erik M. Sundt

BAKGRUNN

Urininkontinens (UI) er blant annet definert som «... the complaint of any involuntary leakage of urine» [1]. Sykepleiere møter ofte pasienter med UI i sitt daglige virke. UI øker med stigende alder. Spesielt vanlig er UI blant eldre på sykehjem, hvor det er dokumentert en forekomst på 50–70 prosent blant sykehjemspasientene [2-9]. Selv om UI øker med

alderen ser man ikke på tilstanden som en normal aldersforandring. Inkontinensproblematikk hos eldre på sykehjem er ofte mer kompleks med hensyn til utredning og behandling, enn hos yngre med UI. Dette skyldes at sammensatt sykdomsbilde med flere aktive diagnoser, og dette er med på å forverre UI. Det er viktig at helsepersonell foretar en nøye utredning av pasientens inkontinensproblematikk for å kunne sette i verk adekvate behandlings- eller pleietilbud. Det er imidlertid dokumentert at hel-

sepersonell har manglende kunnskaper om UI, og at det foreligger manglende rutiner på kartlegging og oppfølging av pasienter med UI [10]. Det kan synes som om UI på sykehjem blir ansett som et pleieproblem hvor skifte av bleier, klær og sengetøy er de viktigste tiltakene [10-13]. Studier viser at pasienter på sykehjem ikke alltid tar opp problemet med sykepleiere eller lege. Årsaken til dette kan være at de ikke har noen forventning eller tro på at lekkasjen kan behandles [6, 13-15]. Det er også dokumentert at pasientene opplever UI som svært nedverdiggende,

Urinary incontinence in nursing homes – a survey

Urinary incontinence (UI) is common among patients in nursing homes. These patients are less physical active than people living in the community, and may have several diagnoses and medications that impact the bladder functioning. High level of knowledge about UI is needed in order to offer patients the best incontinence care.

The purpose of this study was to survey problems associated with UI among patients in nur-

sing homes and relate this to patients need of help. Study sites were four general public nursing homes in Norway, where 98 patients (response rate 81,7 %) were included. Drinking and urinary lists along with pad-weighing tests were used to collect information about degree and frequency of leakage, fluid intake, and urination. The anamnesis gave information about diagnoses, incontinence aids, medications and needs related to toileting.

The prevalence of UI was 80,6

% [79 patients]. A total of 90 (91,8%) of the patients made use of incontinence aids. UI was not medically registered, but regarded as a nursing care concern. A total of 80 (82,5%) patients, needed help with toileting. Patients with UI had higher daily amount of urination, but lower urination frequency, than patients who were continent.

Adequate routines, knowledge and skilled practitioners are needed in order to achieve best practice.

og at de derfor velger alternative strategier, som for eksempel hyp-pige toalettbesøk, nedsatt fysisk aktivitet eller redusert væskeinntak, for å tilpasse seg og leve med problemet [6, 10, 12, 14].

Systematisk kunnskapsoppsummering av effektive tiltak

Den tredje internasjonale rådslagning om inkontinens ble holdt i Paris 2004 [1]. Et fagråd sammensatt av mer enn 200 personer fra ulike forsknings- og fagmiljø deltok. Fagrådet ble delt inn i en rekke underkomiteer, hvor inkontinens blant skrøpelige eldre, utgjorde en underkomité [16]. Hver komité benyttet «the Oxford System» for å oppsummere forskning og gi råd for blant annet behandling av UI og anbefalinger om videre forskning [1]. Komiteen fant ingen studier som dokumenterte effekt av endringer i livsstil, men de anbefaler allikevel at sykehjems pasienter får tilstrekkelig drikke, at man bør være oppmerksom på mengde kaffeinntak og at det er viktig å behandle obstipasjon [16].

På bakgrunn av manglende dokumentasjon av effekt av adferdsmessige intervensjoner som for eksempel systematisk påminnelse (prompted voiding), toalett trening, vanetrening, vannlating til faste tider og fysisk trening, kunne ikke komiteen si noe om behandlingseffekt. Den eneste effekten de kunne fastslå var korttidseffekt på dagtid av prompted voiding [16], under forutsetning av at omsorgspersonene overholdt protokollene. Komiteen ga anbefalinger om å tilby sykehjems pasienter prompted voiding og en individualisert UI-omsorg om natten [16].

Hensikt

Hensikten med studien har vært å kartlegge pasientenes UI-proble-

matikk på sykehjem relatert til pasientenes behov for hjelp.

MATERIALE OG METODE Tilknytning til annen studie

Det ble inngått et samarbeid med den nordiske multisenterstudien «Fysisk funksjon og daglig aktivitet for beboere i sykehjem», som var en randomisert, klinisk kontrollert studie. Målet for multisenterstudien var å se på effekten av et tre måneders individuelt tilpasset intervensjonsprogram i forhold til fysisk kapasitet, grad av avhengighet i forhold til dagliglivets aktiviteter (ADL), deltakelse i fysisk aktivitet og ADL over tid, samt selvrapporert velvære [17, 18]. I Trondheim ble 120 pasienter inkludert, hvor 60 pasienter ble randomisert til å motta et individuelt tilpasset treningsprogram gjennomført av erfarne fysio- og ergoterapeuter. Kontrollgruppen mottok tradisjonell behandling og omsorg. Videre så vi i Trondheim på fall og fallrelaterte skader samt endringer i pasientenes UI-problematikk [17, 18]. Det ble opprettet en egen database for det foreliggende inkontinensprosjektet. Vi inkluderte de samme 120 pasientene, de fikk tildelt det samme nummer som i hovedstudien og de ble fulgt i den samme tre måneders perioden. Det er derfor mulig å knytte databasene sammen. Imidlertid er analysene i den foreliggende studien kun basert på inkontinensdatabasen.

Pasienter

Denne studien omfattet pasienter fra fire kommunale sykehjem. Sykehjemmene var ordinære sykehjem med alle pasientkategorier, og pasientenes grad av hjelpebehov var lik ved alle sykehjemmene. Inklusjonskriteriene var at pasienten skulle være over 65 år, ha behov for hjelp i minst en personlig ADL aktivitet, og ha en

forventet lengde på sykehjemsoppholdet på mer enn tre måneder. Pasientene i terminal fase og med forventet levetid under seks måneder ble ekskludert. Pasientene ble fortløpende inkludert fra avdelingene, inntil man nådde antall pasienter i studien.

Gjennomføring

Personalet på de respektive sykehjemmene gjennomførte blant annet registreringene knyttet til kartlegging av UI hos pasientene. For å avdekke og kvantifisere pasientenes grad av inkontinens ble det brukt en kombinert miksjons- og bleieveingstest. Personalet fikk i forkant en grundig opplæring i gjennomføringen og utfyllingen av denne. Registreringene foregikk over ett døgn. Studiens prosjektmedarbeidere hentet allerede eksisterende opplysninger om diagnose, inkontinensstatus, hjelpemidler, funksjonsstatus og medikamenter fra Gerica, som er kommunens dokumentasjonsverktøy. Opplysningene i Gerica var av ulik kvalitet, og det var derfor i tillegg nødvendig å hente opplysninger i pasientenes journaler og få informasjon direkte fra personalet. Grad av hjelpebehov knyttet til toalettfunksjon og inkontinensproblematikk ble klassifisert etter en firedelt gruppering som gikk fra «Totalt hjelpeavhengig», «Påminnes», «Hjelp til toalettet til faste tider» til «Selvhjelpen».

Etikk

Studien ble vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i helseregion Midt-Norge. Det ble ikke opprettet noen personidentifiserbare elektroniske registre.

Statistiske analyser

Beregningene ble foretatt med hjelp av SPSS versjon 15.0. Data

ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk der vi har sett på frekvenser, fordelinger, samt Mann-Whitney U test ved sammenligning av gjennomsnitt.

RESULTATER

Totalt ble 120 pasienter i utgangspunktet inkludert i studien. Av disse ble 15 ekskludert da det ikke var mulig for personalet å foreta tilfredsstillende observasjoner. To pasienter ble ekskludert på grunn av manglende data på sentrale punkter. Det ble i tillegg levert et ikke tolkbart skjema, og fire valgte å trekke seg fra studien. Analysene inkluderte derfor 98 pasienter, henholdsvis 33, 24, 21 og 20 på de ulike sykehjemmene. Det var 74 (75,5 prosent) kvinner og 24 (24,5 prosent) menn som deltok. Gjennomsnittsalderen totalt var 86 år, 87 år for kvinner og 81 år for menn.

Av de 98 pasientene, hadde 79 (80,6 prosent) UI; 59 kvinner og 20 menn. Hjelpemidler ble benyttet av 90 pasienter, mens sju pasienter ikke hadde behov for dette. Totalt brukte 14 av disse pasientene ulike former for kateterbehandling, hvorav ni hadde permanent blærekateter, mens fem benyttet intermitterende kateterisering (RIK). Pasienter med kateter ble klassifisert med UI. Selv om mange med kateter har en retensjonsproblematikk er den ofte ikke total, og disse pasientene har da allikevel UI-problematikk

Tabell 1 viser gruppering av funksjonsstatus blant pasienter med og uten UI. Tabellen viser at 80 pasienter var avhengig av en eller annen form for hjelp i forbindelse med toalettsituasjonen. Dataanalysen viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom sykehjemmene med hensyn til pasientenes hjelpebehov.

Pasientene hadde i gjennomsnitt

TABELL 1: Andel med ulike hjelpebehov blant kontinente og inkontinente (n=97, mangler opplysninger om én pasient).

	Urininkontinens status		
	Antall kontinente 19 (%)	Antall inkontinente 78 (%)	Antall totalt 97 (%)
Selvhjelpen	11 (57,9)	6 (7,7)	17 (17,5)
Hjelp til toalettet til faste tider	5 (26,3)	23 (29,5)	28 (28,9)
Påminnes med veiledning		5 (6,4)	5 (5,2)
Totalt hjelpeavhengig	3 (15,8)	44 (56,4)	47 (48,5)

2,1 diagnoser. De vanligste diagnosene var demens, nevrologiske lidelser, hjertelidelser og lårhalsbrudd. Dette er alle diagnoser som vil være av betydning for UI. De mest vanlige medikamentene var hjertemedikamenter og medikamenter med antikolinerg effekt. Disse medikamentene vil også kunne ha betydning for pasientens UI. Dataanalysen viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjemmene med hensyn til diagnoser og medikamenter.

Tabell 2 viser en oversikt over resultatene fra miksjons- og bleieveingstestene. Dataanalysen viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom pasienter med UI og de som var kontinente med hensyn til drikkemengde eller drikkefrekvens. Pasientene med UI hadde en signifikant høyere gjennomsnittlig døgndiurese, men en signifikant lavere miksjonsfrekvens enn de som var kontinente. Dette var gjennomgående over hele døgnet.

DISKUSJON

Forekomsten av UI var i vår studie på over 80 prosent. Dette er høyere enn andre studier viser [4, 5, 7, 8, 19]. Årsaken til dette kan skyldes flere forhold. Ett av forholdene kan være våre inklusjonskriterier. Pasientene i vår studie skulle ha behov for hjelp i minst en ADL-

aktivitet, det vil si at de friskeste pasientene ble ekskludert. Er det slik at de pasientene som ble ekskludert var mer kontinente enn resten av pasientgruppen, har vi fått en overrapportering i vår studie. På den annen side, ble de aller dårligste pasientene også ekskludert. Hadde disse vært med ville forekomsten sannsynligvis vært høyere. Ved at vi har ekskludert både de friskeste og sykeste, tror vi allikevel at vi har et representativt utvalg av sykehjems pasienter.

Den høye forekomsten av UI kan også skyldes at gjennomsnittsalderen i vår studie var høyere enn andre studier vi har sammenlignet oss med [8, 9]. Selv om alder i seg selv ikke er en årsak til UI, øker forekomsten av UI med alderen og dette kan delvis være med på å forklare forskjellen mellom vår studie og andre studier. Den høye prevalensen kan også ha sammenheng med at sykehjems pasientene i norske sykehjem har et dårligere funksjonsnivå enn studier vi har sammenlignet oss med [8, 9, 20].

Ingen av pasientene hadde fått en medisinsk UI-diagnose i Gerica, som for eksempel stress-, urge-, eller overflowinkontinens. Vi fikk opplysninger om UI i pleieplanen i Gerica. Det vil si at UI ikke ble kartlagt i medisinsk øyemed, men behandlet som et pleiemessig anliggende.

TABELL 2: Kontinent versus inkontinent: Gjennomsnittlig drikkemengde, lekkasjemengde og miksjonsmengde (inklusive lekkasje) i ml, drikkefrekvens, skiftfrekvens og miksjonsfrekvens i antall per tidsintervall.

	Kontinent / inkontinent (n=19/79)							
	Hele døgnet	p	Dag 0730-1500	p	Kveld 1500-2200	p	Natt 22-0730	p
Drikke (ml)	1137/1307	0,10	613/728	0,08	516/559	0,71	7/20	0,28
Lekkasje (g)	0/496	-	0/187	-	0/117	-	0/193	-
Diurese (miksjon+lekkasje)	684/922	0,04*	270/366	0,19	217/264	0,68	197/292	0,09
Drikkefrekvens	5,1/5,2	0,10	2,9/3,0	0,8	2,1/2,1	0,71	0,1/0,2	0,28
Skiftfrekvens	0,3/3,1	-	0,1/1,2	-	0,2/1,0	-	0,1/0,8	-
Miksjonsfrekvens	4,0/2,4	0,01*	1,8/1,2	0,02*	1,4/0,8	0,01*	0,8/0,5	0,03*

Også andre studier viser at sykehjemspasienter ikke får nødvendig hjelp med hensyn til utredning og behandling av sin UI [10, 11, 21]. Manglende systematisk utredning av pasientenes UI gir et lite nyanisert bilde av de behov pasienter har. Et individualisert behandlingsopplegg ville sannsynligvis ha bedret pasientens UI-plager, og dermed ville også forekomsten av UI blitt redusert.

UI, er det dokumentert at helsepersonell ikke prioriterer dette [10]. For å heve kvaliteten på tjenestetilbudet overfor pasienter med UI, er det viktig å legge opp strategier for å øke ansattes kompetanse på området. Spesielt er det viktig å øke ansattes kompetanse på sykehjem, fordi vi her finner flest ansatte med lav utdanning og flest pasienter med UI.

enter som benyttet hjelpemidler i form av bleier, enn de som hadde UI, kan sannsynligvis ha sammenheng med at hjelpemidler blir benyttet «for sikkerhets skyld». Om det er pasientene eller ansatte som definerer behovet for denne sikkerhetsforanstaltningen, vet vi ikke for sikkert. Men, vi antar at det kan være begge deler. For skrøpelige pasienter som ikke har mulighet for å bli fullstendig kontinent, kan gode og individuelt tilpassede bleier være et godt tilbud [5, 19]. Det er imidlertid viktig at hjelpemidler ikke blir benyttet som et alternativ til toalettbesøk, eller som erstatning for behandling som pasientene kunne ha nytte av. Hjelpemidler bør kun være et supplement til annen behandling [5, 19]. Det er rapportert om en sammenheng mellom manglende dialog mellom pasienter og personalet, og overforbruk av hjelpemidler [6, 22]. Det er derfor viktig at personalet snakker med pasientene og aktivt støtter opp under pasientenes mestringsstrategier, slik at inkontinensomsorgen blir mer effektiv [6, 23-25]. En systematisk oversiktsartikkel [22] viser at det er få studier som benytter utkommevariabler knyttet til bleier. Bleieskift og bleievekt er eksempler på slike

Inkontinensproblematikk på sykehjem er et viktig område med et stort forbedringspotensial.

I arbeidet med å bedre omsorgen for pasienter med UI, er det viktig å fokusere på personalets kunnskap på området. Tiltak overfor pasienter med UI handler om mer enn å håndtere våte bleier og vond lukt [21]. Lavt kunnskapsnivå blant ansatte vedrørende utredning og behandling av UI hos helsepersonell, kan føre til at mange blir klassifisert med UI uten at dette blir tilstrekkelig dokumentert eller at adekvate tiltak blir iverksatt [10]. Selv om det i dag finnes mange tilbud om oppdatering av kunnskap om

Med hensyn til bruk av hjelpemidler, benyttet 90 (91,8 prosent) av pasientene ulike former for hjelpemidler. Det vil si at det var flere som brukte hjelpemidler enn de som hadde UI, og dette funnet var likt for alle sykehjem. I Gericia fant vi manglende systematiske opplysninger om pasientenes hjelpemiddelbruk. Men, ut fra miksjonslistene, hvor bleienes vekt ble systematisk registrert, så vi at pasientene i stor grad benyttet bleier som er egnet til å fange opp store lekkasjer. Det fenomenet, at det var flere pasi-

utkommevariabler. Vinsnes og medarbeidere dokumenterte at bedre UI-omsorg bedrer pasientenes grad av lekkasje [26].

Pasientene ble vurdert i forhold til hjelpebehov i toalettsituasjonen (tabell.1). Resultatene viser at 80 (82,5 prosent) av pasientene hadde behov for en eller annen form for assistanse. Kun 17 (17,5 prosent) var helt selvhjulpne. Dette viser at hjelpebehovet er stort, og at man kan gå ut ifra at det å hjelpe pasientene i forbindelse med toalettsituasjoner er en økt arbeidsbelastning for ansatte. I videre forskning vil det være viktig å kartlegge omfanget av arbeidet personalet bruker på å hjelpe pasientene i toalett-funksjonen. Man kan tenke seg at tiden man bruker på et nøye planlagt behandlingstilbud som for eksempel toalettrenning, blæretrening, adferdsmodifisering og så videre, vil være mer kostnads-effektivt enn den tiden man i dag bruker til å håndtere UI.

Pasientenes funksjonsnivå og grad av hjelpeavhengighet er et viktig utgangspunkt når man skal vurdere tiltak til pasientene. ICS [27] foreslår at man klassifiserer pasientenes funksjonsstatus i forhold til grad av hjelpeavhengighet i toalettsituasjonen. Ulike tiltak vurdert i forhold til grad av mobilitet vil kunne sikre en mer adekvat omsorg. Hva som er realistiske mål for den enkelte pasient, vil også være avhengig av hva pasienten selv føler og oppfatter som problematisk. Gode tiltak og resultater dyrkes fram gjennom samhandling og dialog, hvor gjensidig tillit mellom partene er et viktig grunnlag.

De vanligste diagnosene pasientenes hadde vil man kunne forvente påvirker pasientenes UI fordi de ulike sykdommene kan føre til at både blærefunksjonen påvirkes og/eller at funksjonsev-

nen eller orienteringsevnen reduseres [5, 9, 28, 29]. Det er derfor nødvendig at sykepleieren og annet helsepersonell har kunnskap om de ulike diagnosenes påvirkning på blærefunksjonen.

Ulike medikamenter kan også påvirke blærefunksjonen. Bivirkninger av medikamenter er en av de mest vanlige årsakene til UI hos eldre [5]. For eksempel kan medikamenter med antikolinerg effekt føre til dårligere tømning av blæren. Vanndrivende medikamenter vil føre til økt diurese og en raskere fylling av blæren. Resultatet blir at pasienten oftere må på toalettet. Avslappende og beroligende medikamenter kan forstyrre balansen og føre til fall [30].

Resultatene fra miksjons- og bleieveietesten viste at pasientene fikk i gjennomsnitt noe mindre drikke enn den faglige anbefalingen på 1500 ml i døgnet. Behovet for drikke vil være avhengig av aktivitet og må sees i forhold til diurese og svette. Pasientene i vår studie hadde et redusert aktivitetsnivå, og det er mulig at drikkenivået derfor er tilfredsstillende. Allikevel er det grunn til å merke seg at pasientene som var kontinente fikk mindre drikke enn de med UI. Selv om resultatene ikke var signifikante er det viktig å være oppmerksom på dette funnet, fordi man skulle forvente at nettopp disse pasientene var mer aktive og dermed hadde behov for mer drikke. Pasientene fikk i gjennomsnitt drikke fem ganger i døgnet. Det kan se ut som om pasientene blir tilbudt drikke til faste rutinemessige tider. Mye av pleien til pasienter på sykehjem er knyttet til rutiner også når det gjelder måltider. For å sikre et tilstrekkelig væskeinntak er det derfor viktig å ha rutiner som sikrer dokumentasjon av pasientens inntak av drikke.

Pasientene med UI hadde en signifikant større døgndiurese enn kontinente pasienter. Det vil si at det er sammenheng mellom diurese og lekkasje, men det betyr ikke at vi ønsker å redusere pasientenes diurese for å unngå UI. Pasienter med UI hadde en signifikant lavere miksjonsfrekvens enn kontinente pasienter. Dette kan indikere at pasientene blir fulgt sjeldnere til toalettet enn det de har behov for, og at noe av miksjonen blir fanget opp i bleiene. Dersom dette er tilfelle er det viktig at personalet aktivt kartlegger pasientenes behov på området.

Pasientene med UI fikk i gjennomsnitt skiftet bleie cirka én gang per morgen-, ettermiddags, og nattskiftet, totalt tre ganger per døgn. Det kan synes som om pasientene fikk skiftet bleie i forbindelse med at de ble rutinemessig fulgt til toalettet. Dette understreker at UI-omsorgen var preget av rutinemessige tiltak og ikke individuell tilpasning.

Det var en klar sammenheng mellom pasientenes funksjonsnivå og UI, blant de som trengte mest hjelp var det også flest med UI. Det er viktig å fange opp de pasientene som bare har behov for moderat hjelp, som for eksempel tilrettelegging og veiledning, fordi det er dokumentert at nettopp disse pasientene har et størst potensial for bedring [5]. Det vil si at de har en transient UI, men dersom de ikke får adekvat hjelp kan ende opp med en permanent UI.

Oppsummering, konklusjon og anbefaling for videre studier

Over 80 prosent av pasientene vi undersøkte hadde en eller annen form for inkontinensproblematikk. Det er grunn til å tro at dette er representativt for kommunale sykehjem i Norge. Forekomsten er høyere enn internasjonale studier

som har undersøkt det samme. Pasientene hadde ikke fått en medisinsk utredning for sine plager, og inkontinensomsorgen handlet om pleiemessige tiltak som følge til toalett og skifte av vått tøy. Det var flere pasienter som benyttet hjelpemidler enn de som var inkontinente, noe som kan tyde på at hjelpemidler blir brukt som en sikkerhetsforanstaltning. De aller fleste hadde behov for hjelp eller assistanse i toalett-situasjonen, noe som innebærer at urininkontinens er et stort pleiemessig anliggende. Pasientene hadde flere aktive diagnoser som

man kan forvente påvirker blære-funksjonen og dermed utvikling av inkontinens. Det samme var tilfelle med hensyn til medikamenter. Når vi analyserte forskjeller mellom pasienter med og uten inkontinens hadde pasienter med urininkontinens en signifikant større døgndiurese enn de som var kontinente, men de hadde en signifikant lavere miksjonsfrekvens. Dette innebærer at mye av miksjonen ble fanget opp i bleien.

Inkontinensproblematikk på sykehjem er et viktig område med et stort forbedringspotensial både når det gjelder utredning

og behandling av lidelsen. Det er behov for å fokusere på ansattes kunnskap i arbeidet med å bedre omsorgen for pasienter med urininkontinens. Studien understreker behovet for videre kartlegging av pasientenes behov for hjelp.

Videre studier er viktig for å bestemme langtidseffekt av ulike konservative behandlingstiltak og effekt av ulike kompetansehevingsstrategier blant helsepersonell.

Takk

Prosjektet ble støttet med stipendmidler fra Norsk Sykepleierforbund.

REFERANSER:

1. Management2005 ed. Paris: 3rd International consultation on incontinence June 26-29, 2004 2005.
2. Coppola L, Caserta F, Grassia A, Mastrolorenzo L, Altrui L, Tondi G, et al. Urinary incontinence in the elderly: relation to cognitive and motor function. Arch Gerontol Geriatr. 2002 Jul-Aug;35(1):27-34.
3. DuBeau CE. The continuum of urinary incontinence in an aging population. Geriatrics. 2002 May;57 (1):12-7.
4. Conner EL, Lind L. Urinary Incontinence in Nursing Homes: Epidemiology and Management Guidelines. Primary care update. 2001;8(6):248-52.
5. Fonda D, Benvenuti F, Cottenden A, DuBeau CE, Kirshner-Hermann, Miller K, et al. Urinary Incontinence and Bladder Dysfunction in Older Persons. Incontinence2nd Consultation on Incontinence. United Kingdom: Health Publication 2002:629-700.
6. MacDonald CD, Butler L. Silent no more: elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care. J Gerontol Nurs. 2007 Jan;33(1):14-20.
7. Ouslander GJ. Quality Improvement Initiatives for Urinary Incontinence in Nursing Homes. American Medical Directors Association. 2007;8(53):56 - 7.
8. Saxer S, Halfens RJ, Muller M, Dassen T. Risk factors for urinary incontinence in nursing home residents. Swiss Med Wkly. 2005 Aug 20;135(33-34):495-502.
9. Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzio F, Bernabei R. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. Age Ageing. 2003 Mar;32(2):194-9.
10. Mangnall J, Taylor P, Thomas S, Watterson L. Continence problems in care homes: auditing assessment and treatment. Nurs Older People. 2006 Mar;18(2):20-2.
11. Norheim A. Rapport: Inkontinensomsorg - fra holdning til handling. Stavanger: Høgskolen i Stavanger 2002.
12. Vinsnes AG, Harkless GE, Haltbakk J, Bohm J, Hunskaar S. Healthcare personnel's attitudes towards patients with urinary incontinence. J Clin Nurs. 2001 Jul;10(4):455-62.
13. Taunton RL, Swagerty DL, Lasseter JA, Lee RH. Continent or incontinent? That is the question. J Gerontol Nurs. 2005 Sep;31(9):36-44.
14. Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C, Lagro-Janssen T. «It can always happen»: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. Scand J Prim Health Care. 2006 Sep;24(3):166-73.
15. Vinsnes AG. Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelseperspektiv. Gøteborg, Sverige; 2000.
16. Fonda D, DuBeau CE, Harari D, Auslander JG, Palmer M, Roe B. Incontinence in the Frail Elderly. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence. 2005 ed. Paris: 3rd International Consultation on Incontinence June 26-29, 2004 2005:1163-239.
17. Helbostad JL. [Physical training for nursing home residents--has it any effect?]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 May 4;125(9):1195-7.
18. Helbostad JL, Sletvold O, Granbo R. Fysisk funksjon og daglig aktivitet for beboere i sykehjem. Trondheimsstudien, en del av en nordisk multisenterstudie. Trondheim: St.Olavs Hospital, NTNU, HiST 2006:37.
19. Durrant J, Snape J. Urinary incontinence in nursing homes for older people. Age Ageing. 2003 Jan;32(1):12-8.
20. Bates-Jensen BM, Alessi CA, Al-Samarrai NR, Schnelle JF. The Effects of an Exercise and Incontinence Intervention on Skin Health Outcomes in Nursing Home Residents. J Am Geriatr Soc. 2003 Mar;51(3):348-55.
21. Vinsnes AG. Urininkontinens. 1. ed. Oslo: Akribes 2005.
22. Ostaszkiwicz J, Chestney T, Roe B. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults (Review) The Cochrane Collaboration. 2008(2):1 - 37.
23. Palmer MH. Nurses' knowledge and beliefs about continence interventions in long-term care. J Adv Nurs. 1995 Jun;21(6):1065-72.
24. Palmer MH. Interdisciplinary approaches to the treatment of urinary incontinence in older adults. Geriatric Rehabilitation. 2000 Sep;16(1):1-9.
25. Thompson DL. Geriatric incontinence: the long-term care challenge. Urol Nurs. 2004 Aug;24(4):305-13, 56; quiz 14.
26. Vinsnes AG, Harkless GE, Nyrønning S. Unit - based intervention to improve urinary incontinence in frail elderly. Vård i Norden, Nordic journal of nursing research and clinical studies. 2007;27(3):53-6.
27. Abrams P. Incontinence 2nd International Consultation on Incontinence, Paris, July 1-3, 2001. 2nd ed. Plymouth: Plybridge Distributors 2002.
28. Zarowitz BJ, Ouslander JG. The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 6): urinary incontinence. J Am Med Dir Assoc. 2007 Jan;8(1):35-45.
29. Miller KL. Urinary ncontinence in elderly woman. Primary Care Update. 2003;10(5):242-6.
30. Asplund R. Hip fractures, nocturia, and nocturnal polyuria in the elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2006 Nov-Dec;43(3):319-26.