



SUNDHEDSSTYRELSEN

Model for god kontinenspleje i plejebolig

INSPIRATION TIL KOMMUNER



2016

Model for god kontinenspleje i plejebolig

INSPIRATION TIL KOMMUNER

© Sundhedsstyrelsen, 2016

Du kan frit referere teksten i publikationen, hvis du tydeligt gør opmærksom på, at teksten kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Det er ikke tilladt at genbruge billeder fra publikationen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sundhedsstyrelsen.dk

Sprog:

Dansk Version 1.0
Versionsdato: 29.03.2016

Udgivet af:

Sundhedsstyrelsen marts 2016

Elektronisk ISBN:

978-87-7104-750-9

Indhold

1	Introduktion	4
2	Kontinenspleje	5
2.1	Grundlæggende definitioner	5
2.2	Relevante aktører	6
3	Model for god continenspleje i plejebolig	8
3.1	Opsporing	10
3.2	Udredning	12
3.3	Kontinenshandleplan	15
3.4	Afslutning	18
4	Skemaer	19
4.1	Skema 1: Afdæk beboers inkontinens	20
4.2	Skema 2: Identifikation af urinvejsinfektion	21
4.3	Skema 3: Beboers fysiske funktionsevne	22
4.4	Skema 4: Beboers motivation for og ønsker til toiletbesøg	24
4.5	Skema 5: Forsøg med 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg	25
4.6	Instruktion i forsøg med 3-dages assisteret toiletbesøg	26
5	Referenceliste	28

1 Introduktion

Dette materiale er udviklet og afprøvet i regi af Program for livskvalitet og selvbestemmelse for beboere i plejebolig og plejehjem, som en del af initiativet "Styrket fokus på god kontinenspleje i plejebolig"¹⁾.

Formålet med initiativet var at afdække, om systematisk opsporing af beboere med urininkontinens, udredning og målrettede indsatser kunne fjerne symptomer på eller lindre urininkontinens, og dermed øge beboernes livskvalitet og selvbestemmelse i hverdagen.

Man ønskede at afprøve en model for god kontinenspleje, hvor en kontinensnøgleperson gives en central koordinerende rolle og i samarbejde med en kontinenssygeplejerske sikrer, at alle beboere modtager en systematisk og helhedsorienteret kontinenspleje med inddragelse af relevante faggrupper. Modellen bygger på følgende fire faser: Opsporing, udredning, udarbejdelse af kontinenshandleplan og afslutning af kontinensplejeforløb.

Social- og sundhedsassistenter blev givet kompetenceudvikling, der skulle sikre dem de nødvendige kompetencer til at varetage rollen som kontinensnøgleperson. Dette materiale er derfor ikke en anbefaling, men en præsentation af den afprøvede model, som kan fungere som inspiration til tilrettelæggelse af god kontinenspleje i plejebolig.

Dette materiale er rettet imod forskellige typer af urininkontinens, herunder stress-, urge- og blandingsinkontinens. Materialet behandler ikke analinkontinens.

Inkontinens er udbredt blandt beboere i plejebolig. I perioden, hvor dette materiale blev afprøvet, var mellem 64 og 100 % af beboerne på de tre involverede plejecentre inkontinente i varierende grad. Afprøvningen viste, at en veltilrettelagt kontinenspleje kan betyde øget frihed for beboerne og tryghed for de pårørende.

Inkontinens er et komplekst felt. Udredning, diagnose og behandling af inkontinens kræver både en sundhedsfaglig og en socialfaglig tilgang. Det er nødvendigt at arbejde helhedsorienteret med involvering af en række relevante faggrupper. Dette materiale fokuserer på, hvordan den daglige kontinenspleje kan tilrettelægges bedst muligt inden for plejeboligens rammer.

Hver kommune må sikre sig, at de relevante faggrupper er til stede eller tilgængelige på det enkelte plejecenter. Dette materiale beskriver, hvordan der kan etableres et samarbejde mellem faggrupper, med en kontinensnøgleperson, der koordinerer samarbejdet. Modellen, der præsenteres i det følgende, må altid afstemmes efter lokale forhold, herunder rolle- og ansvarsfordelinger mellem faggrupper. Hvis man ønsker at give en social- og sundhedsassistent en rolle som kontinensnøgleperson, bør medarbejderen gennemføre et kompetenceudviklingsforløb svarende til det afprøvede.

¹⁾ Denne publikation er en del af et samlet materiale fra Program for livskvalitet og selvbestemmelse for beboere i plejebolig, der blev iværksat i regi af Socialstyrelsen som opfølgning på anbefalinger i Ældrekommissionens rapport "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem" fra 2012. Yderligere information om og publikationer fra programmet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

2 Kontinenspleje

2.1 Grundlæggende definitioner

Dette materiale er rettet imod urininkontinens hos beboere i plejebolig. Den overordnede definition af urininkontinens, som der arbejdes ud fra i dette materiale er: [Enhver ufrivillig urinlækage^{2\)}](#).

Der findes mange former for urininkontinens. Dette materiale retter sig ikke imod en bestemt form for urininkontinens, men skal fungere som inspiration til tilrettelæggelse af god kontinenspleje i forhold til den enkelte beboer og dennes hverdag med inkontinens. I det følgende beskrives typer af inkontinens, der er udbredte blandt beboere i plejebolig, og som det er vigtigt at være opmærksom på og have viden om.

Stress-inkontinens: Ufrivillig vandladning i forbindelse med host, nys eller anden fysisk anstrengelse.

Urge-inkontinens: Ufrivillige vandladning ledsaget af eller umiddelbart forudgået af bydende vandladningstrang, som er svær eller umulig at undertrykke.

Blandings-inkontinens: Ufrivillig vandladningstrang forbundet med bydende vandladningstrang og også ved anstrengelse, nys eller host.

Inkontinens forårsaget af dårlig blæretømning:

- Overløb: Ufuldstændig blæretømning efterlader en vis mængde urin i blæren (recidualurin). Der opleves hyppig vandladningstrang med små vandladninger eller sivende urin, som kan kvitteres ved aktivitet, fx stillingsændring.
- Efterdryp: Ufrivilligt dryp, der kvitteres efter en afsluttet vandladning. Dette skyldes udposning i yderste del af urinrør eller i urinrøret, hvor urinen har været opbevaret.

Falsk inkontinens: Falsk inkontinens betyder, at en beboer, på trods af rettidige signaler om vandladningstrang, ikke er i stand til at nå på toilettet og lade vandet i tide pga. indskrænket funktionsevne, der kan være forårsaget af:

- Beboer har ingen eller dårlig gangfunktion pga. benamputation, gigt, eller andet fysisk funktionstab
- Beboer kan ikke trække sit tøj af ved toiletbesøg fx pga. gigt
- Beboer kan ikke se/læse skiltning af toilettet pga. nedsat syn
- Beboer kan ikke huske, hvor toilettet er pga. apopleksi

Demens som årsag til inkontinens:

- Borger kan ikke opfatte signaler fra blæren om vandladningstrang/trangen til at tømme blæren og/eller reagere på signalet
- Dårlig indretning af de rum, patienten færdes i, kan gøre det svært for patienten at komme ud på toilettet
- Manglende evne til at læse (alexi) udelukker muligheden for at læse skiltning af toilet
- Manglende evne til at forstå funktionen "toiletbesøg"
- Skadet hukommelse kan give problemer med at huske toilettets beliggenhed
- Aggressive beboere, som personalet ikke kan hjælpe, da det vil betyde magtanvendelse
- "Sove-mode", dvs. at beboeren sover i mange timer ex. 8-20 timer ad gangen. Der ses da ofte en mindre urinproduktion pga. af minimal væskeindtagelse og dermed en mindre inkontinens

Inkontinens er altså et komplekst felt, som kræver en helhedsorienteret tilgang, der omfatter både sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser.

²⁾ Definition på urininkontinens ifølge International Continence Society. Abrams, P et al (2002)

2.2 Relevante aktører

God kontinenspleje i plejebolig kræver et koordineret samarbejde mellem en række faggrupper. I det følgende præsenteres de relevante aktører i kontinenspleje i plejebolig, deres roller, ansvar og kompetencer. I denne sammenhæng foreslås det, at en social- og sundhedsassistent, der har gennemført et relevant kompetenceudviklingsforløb, varetager rollen som kontinensnøgleperson, der koordinerer samarbejdet mellem aktørerne og sikrer fremdrift i arbejdet.



De helt centrale aktører er: Beboer, kontinensnøgleperson, (kontinens) sygeplejerske og praktiserende læge. Øvrige aktører inddrages ved behov.

Beboer: Beboer er bosiddende i plejebolig. Beboer deltager i kontinensplejen i det omfang, beboerens fysiske og kognitive funktionsevne tillader det.

Pårørende: Pårørende kan, hvis beboeren accepterer dette, med fordel deltage i og påvirke udrednings- og behandlingsforløbet af den gode kontinenspleje.

Social- og sundhedsassistent med særlige kompetencer: Social- og sundhedsassistent, som er tildelt en kontinensnøglepersonsfunction evt. med udvidet kompetence inden for daglig opsporing af beboere med inkontinens og gennemførelse af indsatser samt bevilling og bestilling af kontinenshjælpemidler. Assistenten kan udføre kontinensplejen alene eller i samarbejde/samråd med beboerens daglige kontaktperson.

Beboerens kontaktperson: Beboerens faste plejepersonale. Kontaktpersonen kan være social- og sundhedshjælper eller -assistent. Kontaktpersonen deltager efter aftale med kontinensnøgleperson i daglig opsporing og gennemførelse af indsatser.

(Kontinens)sygeplejerske: Sygeplejerske med specialuddannelse inden for inkontinens og/eller ansvar for inkontinensfunktionen. Udover kompetencer i forhold til opsporing, udredning og behandling mm. kan der være tilknyttet bevillingskompetence af inkontinenshjælpemidler til stillingen/funktionen. Er der ikke tilknyttet en (kontinens)sygeplejerske til det enkelte plejecenter, kan der trækkes på fx hjemmesygeplejerske.

Praktiserende læge: Beboerens egen praktiserende læge er en vigtig samarbejdspartner og varetager de lægefaglige opgaver i forbindelse med udredning og behandling.

Fysioterapeut: Fysioterapeut med specialuddannelse i inkontinens eller særligt ansvar inden for inkontinens. Fysioterapeuten kan være ansat på selve institutionen eller varetage opgaver i forhold til inkontinens i hele eller dele af kommunen. Fysioterapeuten vil især bidrage til beboerens fysiske funktionsevne.

Ergoterapeut: Ergoterapeuten kan være ansat på selve institutionen eller varetage opgaver i forhold til inkontinens i hele eller dele af kommunen. Ergoterapeuten vil især bidrage med viden om ADL (Activity of Daily Life).

Demenskoordinator/vidensperson: Demenskoordinatoren kan være ansat på selve plejecenteret eller varetage opgaver i forhold til demens i hele eller dele af kommunen. Demenskoordinatoren kan især bidrage med viden om demensspecifikke inkontinensproblematikker samt viden om de begrænsninger, som sygdommen kan give beboeren. ▶

Ledelse: Ledelsen af plejecenteret er ansvarlig for social- og sundhedshjælpere og -assistenter med sygeplejeopgaver og funktioner, der udelukkende udføres på plejecenteret. Ledelsen har en afgørende funktion i forhold til afklaring af rolle- og ansvarsfordeling i forhold til kontinenspleje. Ledelsen skal sikre, at de relevante kompetencer er til stede eller tilgængelige på det enkelte plejecenter.

Konkrete roller og snitflader mellem de relevante aktører gennemgås mere detaljeret i det følgende afsnit 3. Det vil være op til hver enkelt kommune at sikre, at de relevante fagpersoner er til stede eller tilgængelige på det enkelte plejecenter. Der var i afprøvningen god erfaring med, at kontinensnøglepersonerne, som led i kompetenceudviklingsforløbet, udarbejdede lokale instrukser på baggrund af model for god kontinenspleje, som tog højde for den enkelte kommunes og det enkelte plejecenters fordeling af roller, kompetencer og ansvar.

3 Model for god kontinenspleje i plejebolig

God kontinenspleje i plejebolig er en model for arbejdsgangene i kontinenspleje, der sikrer en helhedsorienteret indsats målrettet den enkelte beboer. Formålet er at fjerne eller mindske inkontinens og dermed hjælpe beboeren til at leve det liv, som beboeren ønsker.

God kontinenspleje i plejebolig bygger på fire faser: opsporing, udredning, handleplan og afslutning. Rygraden i arbejdet med modellen er en kontinensnøgleperson, som er ansvarlig for at modellen følges og relevante fagpersoner involveres. Kontinensnøglepersonen skal desuden kunne videregive viden til det øvrige plejepersonale, der skal gennemføre kontinensplejen i praksis.

Med en indledende opsporing af inkontinens blandt alle beboere afklares, hvorvidt en beboer er inkontinent og i hvilket omfang. Ambitionen er, at det med en systematisk tilgang til opsporing tidligere opdages, når en beboer oplever begyndende inkontinens. Udredningen, der skal foretages i samarbejde med en kontinenssygeplejerske og evt. andet sundhedsfagligt personale, skal afklare beboerens mål i forhold til kontinens, baseret på beboerens egne ønsker og behov. Der udarbejdes en handleplan sammen med kontinenssygeplejersken, hvor forskellige indsatser afprøves og tilpasses beboerens funktionsevne og hverdagsliv. Når den bedst mulige kontinenspleje for den enkelte beboer er fundet, beskrives denne i plejeplanen og beboeren afsluttes. Ved ændret kontinensstatus startes forfra.

Minimal care

Kontinenspleje i denne sammenhæng er baseret på principperne om Minimal care³, som der er lang tradition for at arbejde ud fra i primærsektoren, herunder plejeboliger. Minimal care principperne tilbyder en systematisk tilgang til kontinenspleje, der bygger på en relevant, minimal og overvejende ikke-invasiv metode. Ved hjælp af enkle midler og ikke mindst på baggrund af en grundig dataindsamling afdækkes beboerens inkontinens, omfanget og hvordan beboerens livskvalitet påvirkes heraf.

Det særlige i forhold til model for god kontinenspleje er, at der i udredningen er lagt særligt vægt på metoden 3-dages assisteret toiletbesøg, som er en systematisk metode til at afdække, om beboeren kan have gavn af at få hjælp til toiletbesøg. Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 3.2.

Der vil være forskellige faggrupper, der varetager de forskellige dele af dataindsamling, udredning og behandling. Det vil være op til den enkelte kommune at sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede, og hvordan roller og ansvar fordeles mellem fagpersoner.

³⁾ Sander, P et al. (1996)

Model for god kontinenspleje i plejebolig

Opsporing af beboere med inkontinens

Kontinensnøgleperson arbejder systematisk med opsporing af alle beboere for inkontinens ved indflytning i plejebolig eller ved nyopståede inkontinensproblemer.

Urinvejsinfektion udelukkes.

I samarbejde mellem beboer og continensnøgleperson vurderes inkontinensproblemer og den fysiske og kognitive funktionsevne.

Lægefaglig udredning

Udredning af beboer med et inkontinensproblem

Kontinensnøgleperson opstiller i samarbejde med (kontinens)sygeplejerske og beboer mål for beboerens funktionsevne i forbindelse med kontinens. Pårørende og andet sundhedsfagligt personale kan inddrages.

Målet kan være:

Uafhængig kontinens
Kontrolleret kontinens
Kontrolleret inkontinens

Kontinenshandleplan for enhver udredt beboer

Kontinensnøgleperson udarbejder i samarbejde med (kontinens)sygeplejerske og beboer en specifik handleplan i forhold til beboerens mål for funktionsevne i forbindelse med kontinens.

Handleplanens indsatser gennemføres af beboeren med støtte fra beboerens kontaktperson og andet relevant personale (fx ergo-/fysioterapeut), der igen vejledes og støttes af continensnøglepersonen, som også kan trække på (kontinens)sygeplejersken.

Handleplanens indsatser vurderes og justeres kontinuerligt af continensnøglepersonen og (kontinens)sygeplejersken efter de i handleplanen fastsatte tidspunkter.

Afslutning på kontinensplejeforløb (status)

Kontinensnøgleperson beskriver i samarbejde med (kontinens)sygeplejersken den individuelle kontinenspleje i en plejeplan i forhold til:

Kontinensstatus
Hjælpemidler
Behov for hjælp, fx fastlagte toiletbesøg mm.

Ved ændret status startes forløbet forfra med **opsporing**.

3.1 Opsporing

Opsporing af beboere med inkontinens

Kontinensnøgleperson arbejder systematisk med opsporing af alle beboere for inkontinens ved indflytning i plejebolig eller ved nyopståede inkontinensproblemer.

Urinvejsinfektion udelukkes.

I samarbejde mellem beboer og continensnøgleperson vurderes inkontinensproblemer og den fysiske og kognitive funktionsevne.

Lægefaglig udredning

Kontinensnøglepersonen er ansvarlig for at iværksætte systematisk opsporing af alle beboere for inkontinens. Dette gøres evt. i samarbejde med beboers kontaktperson. Hertil bruges skema 1-3, som findes i afsnit 4. Resultaterne dokumenteres i beboers plejeplan.

Ved at arbejde med systematisk opsporing blandt alle beboere, fx ved indflytning eller ved nyopståede kontinensproblemer, opdages inkontinens tidlige, og den enkelte beboers eventuelle behov for yderligere udredning og behandling kan efterfølgende gennemføres i samarbejde med fx (kontinens)sygeplejerske eller praktiserende læge. Resultater fra opsporingen bruges til at beskrive mål og handleplan sammen med beboeren og (kontinens)sygeplejersken.

Det er vigtigt at udelukke, at inkontinens skyldes en urinvejsinfektion (UVI). Har beboeren en UVI,

skal den behandles **før** en videre udredning. Til opsporingen bruges:

- (4.1) Skema 1 - Afdæk beboers inkontinens
- (4.2) Skema 2 - Identifikation af urinvejsinfektion

Ved mistanke om UVI informeres beboers praktiserende læge og urinprøve indleveres til dyrkning/resistensbestemmelse.

Når det er udelukket, at beboeren har en UVI, vurderes beboerens fysiske funktionsevne, der er afgørende for, hvilke indsatser der kan sættes i gang. Dertil bruges:

- (4.3) Skema 3 - Beboers fysiske funktionsevne

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på beboerens kognitive funktionsevne, der kan have betydning dels for beboerens inkontinens, dels for mulighed og motivation for samarbejde med beboeren om indsatser.

Det er vigtigt løbende at være opmærksom på andre væsentlige faktorer, der kan indikere, at der skal yderligere lægefaglig udredning til. Som fx ved:

- Akut eller hurtigt opstået urgency eller urge-inkontinens
- Blod i urinen
- Urinretention

Tabel 3.1.1:
Arbejdsdeling i opsporingen

I OPSPORINGEN kan følgende arbejdsdeling benyttes:

Aktør/Handling	Kontinens-nøgleperson	Sygeplejerske	Læge	Fysioterapeut	Ergoterapeut
OPSPORING					
Skema 1 Urinlækage	Ansvarlig/udfør				
Skema 2 Symptomer på UVI	Henviser til læge		Diagnose- og medicinsansvar		
Skema 3 Fysisk funktionsevne	Udfør				

3.2 Udredning

Udredning af beboer med et inkontinensproblem

Kontinensnøgleperson opstiller i samarbejde med (kontinens)sygeplejerske og beboer mål for beboerens funktionsevne i forbindelse med kontinens. Pårørende og andet sundhedsfagligt personale kan inddrages.

Målet kan være:

Uafhængig kontinens
Kontrolleret kontinens
Kontrolleret inkontinens

Når det indledende opsporingsarbejde indikerer, at en beboer lider af inkontinens, skal der i udredningsfasen arbejdes på at forstå, hvilken type inkontinens der er tale om, hvordan beboerens inkontinens bør behandles, og hvilken kontinenspleje der skal tilrettelægges, for at beboeren kan nå sine mål for funktionsevne i forhold til kontinens.

Ikke tidligere lægefagligt udredt beboer

Er beboeren ikke tidligere lægefagligt udredt for inkontinens, tager kontinensnøgleperson eller (kontinens)sygeplejerske, efter aftale med beboeren og/eller pårørende, kontakt til praktiserende læge med henblik på en lægefaglig udredning af beboerens inkontinens. Resultatet af den lægefaglige udredning dokumenteres og bruges i den videre udredning og handleplan.

Hvis beboeren ikke ønsker eller ikke er i stand til at deltage i en lægefaglig udredning og behandling, kan den praktiserende læge vurdere og dokumentere, om beboerens inkontinens er en varig funktionsnedsættelse og i stedet anmode kommunen om bevilling til kontinenshjælpemiddel. I så fald fortsætter udredningsarbejdet på plejecentret.

(Kontinens)sygeplejerske aftaler det videre forløb med praktiserende læge, beboer og pårørende.

Tidligere udredt beboer eller efter lægens udredning

Er beboeren lægefagligt udredt, arbejder (kontinens)sygeplejerske og kontinensnøgleperson videre med den sygeplejefaglige udredning. (Kontinens)sygeplejersken er ansvarlig for instruktion og er tovholder for udredningen. (Kontinens)sygeplejersken og kontinensnøglepersonen analyserer og vurderer resultatet af udredningen.

Tilrettelæggelse af kontinenspleje

Det er ikke sandsynligt at opnå fuldstændig uafhængig kontinens for alle beboere i plejebolig. Gennem et målrettet samarbejde mellem beboer, pårørende og de sundhedsfaglige personer tilstræbes, at beboeren opnår tidligere eller højest mulig funktionsevne og derved bliver i stand til at mestre sin situation med inkontinens⁴.

I samarbejde mellem beboer, evt. pårørende, kontinensnøgleperson og relevante fagpersoner udpeges konkrete og realistiske mål for den fremtidige funktionsevne med udgangspunkt i:

- Beboerens motivation
- Aktuel inkontinens
- Tidligere inkontinens/kontinens
- Årsager til inkontinens
- Fysisk funktionsevne
- Kognitiv funktionsevne ▶

⁴⁾ MarselisborgCentret (2004) samt Dubeau, C E et. Al (2010)

Målet for funktionsevne i forhold til kontinens beskrives ud fra tre muligheder og vil afspejle hvilke indsatser, der skal indgå i en handleplan.

De tre målsætninger er:

Uafhængig kontinent: Beboer er kontinent og uden behov for inkontinenshjælpemiddel

Kontrolleret kontinent: Beboer holdes kontinent vha. hjælp til toiletbesøg, rutiner og/eller medicin

Kontrolleret inkontinent: Beboer er inkontinent og har behov for inkontinenshjælpemidler

Mulige udredningsindsatser: Det er vigtigt af få en afklaring af beboerens inkontinens, fysiske og kognitive funktionsevne og følgelig behov for hjælp til kontinenspleje. Hertil kan anvendes en række forskellige udredningsindsatser. Eksempler på disse fremgår af tabel 3.2.1.

I afprøvningen af modellen for god kontinenspleje i plejebolig blev der lagt særlig vægt på udredningsindsatsen assisteret tidsbestemt toiletbesøg, som præsenteres i det følgende.

Assisteret tidsbestemt toiletbesøg

Metoden assisteret tidsbestemt toiletbesøg er en central indsats i udredningen, som der findes evidens for at have en gavnlige effekt for målgruppen⁵.

Metoden bruges til at afklare beboerens vandladningsmønster samt motivation og præferencer i forbindelse med toiletbesøg. Hvis beboeren viser sig at kunne have glæde af metoden, vil en indsats med assisteret tidsbestemt toiletbesøg over tid kunne opøve beboerens evne til at holde på vandet indtil toiletbesøg.

Man skal i arbejdet med metoden være opmærksom på følgende:

- Kognitive tilstande kan **ikke** forudsige, hvorvidt metoden vil virke
- Fysiske handicaps eller begrænsninger kan **ikke** forudsige, om metoden vil virke

- Forskning viser, at beboernes succes med at komme på toilettet over de første tre dage er en bedre måde at forudsige langtidseffekten af metoden end beboernes kognitive eller funktionelle status

Ved hjælp af et interview med beboeren før og efter 3-dagesforsøget vurderes beboerens motivation for og ønsker til hjælp til toiletbesøg. Brug hertil:

[\(4.4\) Skema 4 – Beboers motivation for og ønsker til toiletbesøg](#)

Interviewet kan undlades, hvis det vurderes, at beboeren kognitivt ikke kan afgive meningsfulde svar. 3-dagesforsøget gennemføres alligevel.

Brug hertil:

[\(4.6\) Instruktion i forsøg med 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg](#)

Resultater for 3-dagesforsøget dokumenteres i:

[\(4.5\) Skema 5 – Forsøg med 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg](#)

Resultaterne af 3-dagesforsøget analyseres ved hjælp af instruktionen:

[\(4.6.1\) Analyse af forsøg med 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg](#)

På baggrund af resultater fra opsporing og udredning opstiller kontinensnøgleperson, (kontinens)sygeplejerske og beboer i samarbejde mål for beboerens funktionsevne i forbindelse med kontinens. Pårørende og andet sundhedsfagligt personale kan inddrages.

Målet kan være:

- Uafhængig kontinent
- Kontrolleret kontinent
- Kontrolleret inkontinent

⁵⁾ Eustice S et al. (2000)

Tabel 3.2.1:
Arbejdsdelingen i udredning

I UDREDNINGEN kan følgende arbejdsdeling benyttes:

UDREDNING OG BEHANDLING	Kontinensnøgleperson	Sygeplejerske	Læge	Fysioterapeut	Ergoterapeut
Lægefaglig udredning/ behandling		Evt. instruer/ udfør	Ansvarlig/ udfør		
Sygeplejefaglig udredning og handleplan	Udfør	Tovholder for plan og ansvarlig for instruktion og tolkning af data.			
ASSISTERET TIDS-BESTEMT TOILET-BESØG					
Skema 4 Motivation og præferencer i forbindelse med toiletbesøg	Ansvarlig/udfør				
Skema 5 Forsøg og analyse 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg	Ansvarlig/udfør				
ANDRE MULIGE UDREDNINGS INDSATSER					
Væske-vandladningsskema	Udfør	Ansvarlig			
Blevejning	Udfør	Ansvarlig			
Dobbelt/trippel voiding	Udfør	Ansvarlig			
Engangskateterisation		Udfør	Ansvarlig		
Tidsmæssig placering af medicin	Udfør	Del-ansvarlig	Ansvarlig		
ADL	Udfør			Ansvarlig	Ansvarlig
Hygiejne	Ansvarlig/udfør	Evt. instruere			
Stillinger	Udfør			Ansvarlig	
Arbejdstilrettelæggelse	Ansvarlig/udfør				
Medicینگennemgang		Udfør	Ansvarlig		
Livstil (vægt/rygning/ ernæring)	Udfør	Ansvarlig/udfør			

Det er vigtigt, at udredningens konklusioner indgår i kontinenshandleplanen.

3.3 Kontinenshandleplan

Kontinenshandleplan for enhver udredt beboer

Kontinensnøgleperson udarbejder i samarbejde med (kontinens)sygeplejerske og beboer en specifik handleplan i forhold til beboerens mål for funktionsevne i forbindelse med kontinens.

Handleplanens indsatser gennemføres af beboeren med støtte fra beboerens kontaktperson og andet relevant personale (fx ergo-/fysioterapeut), der igen vejledes og støttes af kontinensnøglepersonen, som også kan trække på (kontinens)sygeplejersken.

Handleplanens indsatser vurderes og justeres kontinuerligt af kontinensnøglepersonen og (kontinens)sygeplejersken efter de i handleplanen fastsatte tidspunkter.

Kontinensnøgleperson, (kontinens)sygeplejerske og beboer samarbejder om at udarbejde en individuelt tilrettelagt handleplan, der retter sig mod de mål for funktionsevne i forhold til kontinens, som blev opstillet i udredningen.

Handleplanens indsatser gennemføres af beboeren med støtte fra beboerens plejepersonale og andet relevant personale som fx ergo/fysioterapeut. Fagpersoner, der inddrages i handleplanen, vejledes og støttes af kontinensnøglepersonen, som også kan trække på (kontinens)sygeplejersken.

Arbejdet med handleplanen foregår i en afgrænset periode (fx 2-3 uger), indtil man har sikret sig, at de indsatser, som fungerer for beboeren, er valgt.

Det er vigtigt, at handleplanen formidles til alt relevant personale omkring beboeren. Der skal fremgå start- og sluttidspunkt for den enkelte indsats. Resultater af indsatser dokumenteres og kan medvirke til justering af mål og indsatser.

Handleplanens indsatser vurderes og justeres løbende af kontinensnøglepersonen og (kontinens)sygeplejersken på aftalte tidspunkter. (Kontinens)sygeplejersken er ansvarlig for indsamling og vurdering af resultater og beskriver, hvilke specifikke tiltag der skal indgå i kontinenshandleplanen.

Mulige indsatser i kontinenshandleplan

Der er en række opmærksomhedspunkter, som der skal tages højde for i udarbejdelsen af beboerens kontinenshandleplan. Der skal bl.a. være opmærksomhed på typen af inkontinens og beboerens fysiske og kognitive funktionsevne. På baggrund af en helhedsorienteret tilgang til beboerens inkontinens udvælges indsatser i kontinenshandleplanen. Dette sker altid i samarbejde med (kontinens)sygeplejersken. Der findes en række mulige indsatser i forhold til inkontinens. Som eksempler kan nævnes: behov for hjælp til nedre hygiejne, tørrevaner, indsatser i forhold til obstipation som fx hensigtsmæssig siddestilling, afprøvning af inkontinenshjælpemidler, levevaners og medicins indflydelse på kontinensstatus.

Indsatserne iværksættes og gennemføres altid i samarbejde med relevante fagpersoner.

Implementering af assisteret tidsbestemt toiletbesøg

I afprøvningen af materialet var der særligt fokus på implementering af indsatsen assisteret tidsbestemt toiletbesøg, som beskrives i det følgende. ▶

Med udgangspunkt i analysen af 3-dagesforsøg med assisteret tidsbestemt toiletbesøg (se afsnit 3.2) implementeres metoden som fast behandlingsindsats for relevante beboere.

Der bør udarbejdes et individualiseret skema for tidsrummet kl. 7.00 til 19.00 hvor beboerens faktiske behov for toiletbesøg dokumenteres. Efterfølgende kan der udarbejdes en handleplan, hvor beboeren ikke forstyrres hver 2. time, men kun 30 til 15 min før normal toiletrang.

Eksempel: I stedet for at beboeren tilskyndes til toiletbesøg 6 x pr. dag med to timers intervaller, har beboeren måske behov for toiletbesøg 1 gang kl. 7.30, 3 gange imellem kl. 10.00 og 14.00 og 1 gang kl. 18.30. Dette vil spare et besøg pr. dag. Hvor meget man har behov for toiletbesøg, afhænger bl.a. af tidspunkt for væskeindtag og inkontinensstype. Hvis det ikke er muligt at finde et bestemt mønster i beboerens behov for toiletbesøg, bliv eller vend tilbage til hver 2. time.

Tabel 3.3.1:
Arbejdsfordelingen i (be)handlingsplanen

I (be)handlingsplanen kan følgende arbejdsfordeling benyttes:

MULIGE BEHANDLINGS-INDSATSER	Kontinens-nøgleperson	SSH	Sygeplejerske	Læge	Ergoterapeut	Fysioterapeut
Implementering af assisteret tidsbestemt toiletbesøg	Ansvarlig	Udfør				
Toilettræning tidsfastlagte, uden assistance	Ansvarlig/ udfør	Udfør			Medansvarlig	
Nedre hygiejne udført af beboer eller personale	Ansvarlig	Udfør				
Tørrevaner	Ansvarlig	Udfør				
Hensigtsmæssig toiletstilling	Ansvarlig/ udfør					Medansvarlig
Engangskateterisation			Udfør	Ansvarlig		
Dobbelt/trippel voiding	Udfør	Udfør	Ansvarlig			
Hensigtsmæssig tidsmæssig placering af vanddrivende medicin og afføringsmidler	Udfør		Medansvarlig	Ansvarlig		
Optimal medicinering			Udfør	Ansvarlig		
Hensigtsmæssig væskeindtagelse	Ansvarlig/ udfør	Udfør	Medansvarlig			
Overvægt	Udfør	Udfør		Ansvarlig		
Rygning	Udfør	Udfør		Ansvarlig		
Ostipation	Udfør/ medansvarlig	Udfør	Medansvarlig	Ansvarlig		
Blæretræning						
	Udfør	Udfør				Ansvarlig/ udfør
Bækkenbundstræning						Ansvarlig/ udfør
Gangtræning	Udfør	Udfør			Ansvarlig	
Tilgængelighed/ hjælpemidler	Udfør				Ansvarlig	
Hensigtsmæssige personaleprocesser	Ansvarlig/ udfør	Udfør				
Velfærdsteknologi	Ansvarlig/ udfør	Udfør				
Afprøvning af kropsbårne inkontinenshjælpemidler	Udfør/evt. ansvarlig	Udfør	Ansvarlig			
Bevilling og justering af kropsbårne inkontinenshjælpemidler	Evt. ansvar/ udfør	Udfør	Ansvarlig			

Det er vigtigt, at der for indsatserne fastsættes en dato for opfølgning og justering. Det er nøglepersonens ansvar at følge op og i samarbejde med (kontinens)sygeplejen at justere indsatsen. Det skal dokumenteres i handleplanen, hvis der justeres i indsatsen, så planen er opdateret med de seneste beslutninger og resultater.

3.4 Afslutning

Afslutning på kontinensplejeforløb (status)

Kontinensnøgleperson beskriver i samarbejde med (kontinens)sygeplejersken den individuelle kontinenspleje i en plejeplan i forhold til:

Kontinensstatus

Hjælpemidler

Behov for hjælp, fx fastlagte toiletbesøg mm.

Ved ændret status startes forløbet forfra med **opspring**.

Afslutningen på kontinensplejeforløbet – eller den foreløbige status – består i at kontinensnøglepersonen i samarbejde med (kontinens)sygeplejersken beskriver beboerens kontinenspleje i plejeplanen i forhold til:

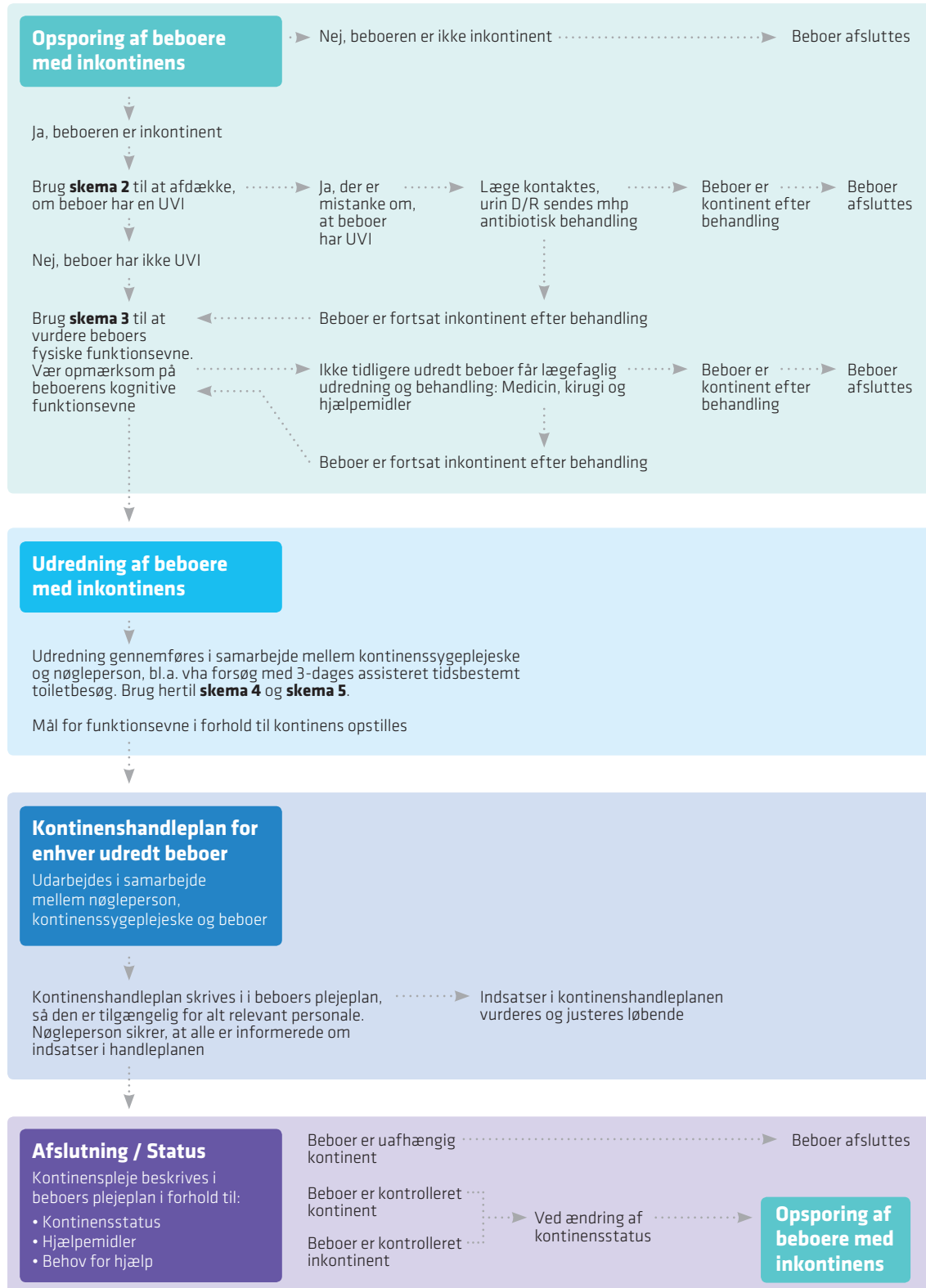
- Kontinensstatus
- Hjælpemidler
- Behov for hjælp

Det bør løbende vurderes, om den udarbejdede kontinenshandleplan fungerer for den enkelte beboer; om beboeren opnår de mål, der blev opstillet i udredningen.

Ændrer beboerens kontinensstatus eller viser det sig fx, at beboeren er motiveret for at gøre mere, startes forløbet forfra med opspring.

4 Skemaer

Arbejdsgange i modellen for god kontinenspleje i plejebolig.



4.1 Skema 1 - Afdæk beboers inkontinens⁶⁾

Opspring foretages af kontinensnøgleperson.



Hvis der besvares "ja" til et eller flere af følgende spørgsmål, arbejdes der videre med en udredning af beboers inkontinens. Sæt X

1) Har beboeren inden for den seneste uge lækket urin?

- Ja
 Nej

2) Har beboeren problemer med blæretømning?

- Ja
 Nej

3) Har beboeren benyttet inkontinenshjælpemidler inden for den seneste uge?

- Ja
 Nej

Hvis "ja", hvilket hjælpemiddel?

- Ble/bind
 Kateter
 Underlag i seng/stol
 Uridom
 Andet, hvilket _____

Ved "ja" til et eller flere af ovennævnte spørgsmål spørges beboer:

Er du interesseret i udredning af årsagerne til kontinensproblemer? (Ved beboer med kognitive udfordringer spørges evt. pårørende/værge)

- Ja
 Nej

⁶⁾ Skemaet er inspireret af International Consultation on Incontinence Questionnaire ICIQ-UI SF.
<http://www.iciq.net/ICIQ-UIshortform.html>

4.2 Skema 2 - Identifikation af urinvejsinfektion⁷⁾

Beboere uden kateter:

Minimum et af følgende symptomer:

- Akut smertefuld vandladning eller smerte, hævelse, ømhed af testikler, bitestikler eller blærehalskirtel
- Feber >38°C

OG

Minimum et af følgende symptomer:

- Nyopstået eller forværret inkontinens
- Nyopstået eller tiltagende hyppig eller bydende vandladningstrang
- Blodig/lugtende urin
- Blære smerte/ømhed eller lændesmerter
- Forværring af mental eller funktionel status

OG

Urin D/R

Beboere med kateter:

Minimum et af følgende symptomer:

- Feber >38°C, kulderystelser eller lavt blodtryk (hvis der ikke findes andet infektionsfokus)
- Akut ændring i mental eller funktionel status (hvis der ikke findes andet infektionsfokus)
- Blæresmerte/ømhed eller lændesmerter
- Purulent sekretion omkring kateteret eller smerte, hævelse, ømhed af testikler, bitestikler eller blære-halskirtel

OG

Urin D/R

Urinprøve sendes til dyrkning og resistensbestemmelse (D/R). Ud fra positivt dyrkningssvar ordineres relevant antibiotika via praktiserende læge.

⁷⁾ Skemaet er baseret på reviderede "McGeer's criteria for infection surveillance in long term care facilities" fra 2012. http://www.jstor.org/stable/10.1086/667743?origin=JSTOR-pdf&#full_text_tab_contents

4.3 Skema 3 - Beboers fysiske funktionsevne⁸⁾

Barthel-20 Indeks

Udgave: 30. november 2007

ref: Lauritsen I, Manbo: Barthel-20 Dansk Standardoversættelse 2007. Navn/cpr

Rækkefølge af items: Dansk standardoversættelse

nr

Test dato

Reference: Se næste side. Bemærk rækkefølge af items efter dansk standardoversættelse.

Skalaen udtrykker personens grad af afhængighed af enhver hjælp, verbalt som fysisk.

- Hvis pågældende har behov for supervision (guidning) er han/hun afhængig af andres hjælp.
- Det er hvad personen gør og ikke hvad han/hun kan gøre der skal registreres.
- Hvis en funktion mestres med hjælpemidler er personen uafhængig.
- Funktionsniveauet vurderes ud fra alle tilgængelige oplysninger. Dvs. observation, tværfaglig dialog, oplysninger fra personen, pårørende, primærsektor, egen læge, sygehus mm.
- Lav score høj afhængighed. Høj score uafhængig af hjælp. Minimum er 0 point, maksimum 20 point.

1. Spisning	Selvhjulpen	Kan spise normal mad (ikke kun blød kost), maden må være tilberedt og serveret af andre, men ikke skåret ud.....	2
	Hjælpekævende	Behøver vejledning eller hjælp til udklæring, smøre brød osv., men kan selv betjene spiseredskaber.....	1
	Kan slet ikke	Skal maden eller condemadde.....	0
2. Forflytning fra seng til stol	Selvhjulpen	Fra seng til stol og tilbage (også bremse evt. kørestol).....	3
	Let hjælpekævende	Har brug for vejledning eller hjælp af højst en person.....	2
	Meget hjælpekævende	Kan sidde selv, men har brug for vejledning eller hjælp af en trænet/sterk person, to personer eller lift.....	1
	Kan slet ikke	Har ingen siddende balance..... Der er siddende balance som afgør forskel mellem 0 og 1 ved tvivl fx. ved brug af lift	0
3. Personlig hygiejne	Selvhjulpen	Kan børste tænder, råde håret, barbere sig, vaske ansigtet (redskaber kan være lagt frem).....	1
	Hjælpekævende	Har brug for vejledning eller hjælp.....	0
4. Toiletbesøg	Selvhjulpen	Selvstændigt til og fra toilet/toilettol, tage tøjet af og på, tørre sig og vaske hænder.....	2
	Nogen hjælp	Kan tørre sig selv, plus væsentlig del af af/påklædning, komme til/fra og vaske hænder.....	1
	Afhængig af hjælp	Kan ikke tørre sig selv, og må have vejledning eller hjælp til alt.....	0
5. Badning	Selvhjulpen	Kan selv komme ind/ud af badekar/bruser og vasker sig selv over det hele.....	1
	Hjælpekævende	Har brug for vejledning eller hjælp.....	0
6. Mobilitet indendørs	Selvhjulpen	Går uden personstøtte ved indendørs gang (garns med stok, rollator eller andre ganghjælpemidler).....	3
	Let hjælpekævende	Går (indendørs) med vejledning eller hjælp fra højst en utrænnet person.....	2
	Meget hjælp/kørestol	Færdes i kørestol uden hjælp (inklusive komme om hjørner og igennem døre); eller gang med støtte af mere end en person.....	1
	Kan slet ikke	Inmobil (har brug for hjælp til kørestol).....	0
7. Trappegang	Selvhjulpen	Selvhjulpen på trapper op og ned (bærer selv eventuelt ganghjælpemiddel).....	2
	Hjælpekævende	Har behov for vejledning eller personstøtte, hjælp til at bære ganghjælpemiddel eller lignende.....	1
	Kan slet ikke	Kan ikke gå på trapper.....	0
8. Påklædning	Selvhjulpen	Klæder alt selv, inklusiv knapper, lynlås, snorrebånd osv.....	2
	Hjælpekævende	Kan tage noget tøj på selvstændigt (ca. halvdelen), men har behov for vejledning eller hjælp til knapper, lynlås osv.....	1
	Kan slet ikke	Afhængig af hjælp.....	0
9. Tarmkontrol seneste uge	Kontinent	eller klarer selvstændigt klyksma eller lignende indenfor den sidste uge.....	2
	Lejlighedsvis ufrivillig afføring - (ca. en gang om ugen), og/eller behov for vejledning til klyksma eller lignende.....	1	
	Inkontinent	eller får klyksma af andre.....	0
10. Blærekontrol seneste uge	Kontinent	eller klarer kateter eller lignende uden hjælp (indenfor den sidste uge).....	2
	Lejlighedsvis urin inkontinent, højst én gang daglig.....	1	
	Inkontinent	eller skal have hjælp til kateter, pose eller andet.....	0
			Sum (Max 20)

Udgivet som led i "Simpel Funktionsvurdering" <http://www.uag.dk/simpelfunktion> og projekt M10vedskaber: <http://www.madvedskaber.dk>

⁸⁾ Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Dansk version af Barthel 20 indeks offentliggjort på websiden: <http://uag.dk/simpelfunktion/pdf/barthel20dk.pdf>. Side besøgt den 26.1.2016.

Barthel-20 Indeks

Skema til gentagne målinger.
Udgave: 30. november 2007
Køllefølge af Item: Dansk standardoversættelse

Navn/opr

Udfyldning af koder, se boksen. Koder for hvert delspørgsmål ses til højre.

Hvornår	for aktuelle	dato	dato	dato	dato	dato	Måling skoring
1. Spisning							0 1 2
2. Forflytning fra seng til stol							0 1 2 3
3. Personlig hygiejne							0 1
4. Toiletbesøg							0 1 2
5. Bading							0 1
6. Mobilitet indendørs							0 1 2 3
7. Trappegang							0 1 2
8. Påklædning							0 1 2
9. Tarmkontrol seneste uge							0 1 2
10. Blærekontrol seneste uge							0 1 2
Sum (Max 20)							0-20

Gang Hjelpemidler hvis det ønskes registreret	For aktuelle inde	ude					
Stok	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Gangstav/gang buk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kørestol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person til støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet							

Denne version af Barthel Index oprindelig publiceret i C. Collin, D. T. Wade, S. Davies, and V. Horn: The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 10 (2):61-63, 1988. Adressering efter Wade side 175-78 "Measurements in neurological rehabilitation", Oxford Univ Press, 2000 og side 56-62 i "Measuring Health - a guide to using scales and Questionnaires" af McDowell & Newell, 1st ed. 1996 Oxf. Univ. Press.

Standardoversættelse til dansk foretaget af J.Lauritsen og T.Maribo og afstemt med original efter tilbageoversættelse og konfirmation med DT.Wade.
Køllefølge af Item i denne udgave svarer til SACS kodingsdefinitionen.

Standardoversættelse afført med tilladelse fra Danske Fysioterapeuter/Ferikingsrådet og projektforsker for helsecare forskning Poul Aar 2006.
Ref. Lauritsen J, Maribo T: Barthel-20 Indeks, dansk standardoversættelse 2007.

Udgiver kontaktes i "Slagelse Funktionsudvalg" <http://www.suk.dk/slagelse/index> og projektforsker i "MediMed" <http://www.medimed.dk>

4.4 Skema 4 - Beboers motivation for og ønsker til toiletbesøg⁹⁾

Beboere som overvejes til deltagelse i 3-dagesforsøg med assisteret tidsbestemt toiletbesøg interviewes både før og efter de tre dage for at vurdere beboerens motivation for toiletbesøg og ønsker for hjælp til toiletbesøg.

Beboerens navn _____ Interviewer _____

Dato for interview _____ Interview **før** **efter** (sæt X)

Interviewer: Jeg vil nu stille dig nogle spørgsmål om hjælp, når du skal på toilettet.

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1) Bekymrer/plager det dig, når din ble bliver våd? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| 2) Bliver du hjulpet på toilettet, så tit som du ønsker dig? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| 3) Vil du gerne oftere hjælpes på toilettet? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| 3a) Hvis nej, spørg: Vil du gerne hjælpes på toilettet færre gange? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| 4) Vil du gerne skiftes oftere? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| 4a) Hvis nej, spørg: Vil du gerne skiftes færre gange? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |

Efter den 3-dages forsøgsperiode spørges der derudover til:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 5) Er du tilfreds med det antal skift og hjælp til toiletbesøg, du har modtaget de seneste tre dage? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|

Score: Der er høj motivation til toiletbesøg, hvis beboeren svarer positivt på fremhævede svarmuligheder.

Der er indikation på lav motivation, hvis beboeren svarer:

NEJ på følgende: 1, 3, 4, 5

JA på, 3a, 4a og ja eller nej på 2

⁹⁾ Skema er udarbejdet på baggrund af metoden Prompted Voiding, der bl.a. er anvendt i materialet "Incontinence Management: Trining", udarbejdet af Vanderbilt University Medical Center.

4.5 Skema 5 - Forsøg med 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg

Skema til dokumentation af bletjek og toiletbesøg for **1 beboer på 1 dag i forsøget**. Hver beboer skal igennem tre sammenhængende dage med forsøget, med mindre tungtvejende årsager taler imod, som fx sygdom/indlæggelse. Forsøget laves fx mellem kl. 7.00 og 15.00, i alt 4 gange pr. dag. Du skal lave **3 skemaer pr. beboer** for at forsøget er rigtigt udført.

Beboers navn _____ **Medarbejders navn** _____

Dato: _____ Forsøgs dag: 1 2 3 (sæt X)

Klokkesæt: 1. tjek _____ 2. tjek _____ 3. tjek _____ 4. tjek _____

1. Beboerens tilstand ved tjek (sæt kryds ved det/de mest passende svar):

Tjek/tilstand	1. tjek	2. tjek	3. tjek	4. tjek
Tør				
Våd				
Afføring				

2. Resultat af toiletbesøg (sæt kryds ved det/de mest passende svar):

Tjek/tilstand	1. tjek	2. tjek	3. tjek	4. tjek
Nægter				
Forsøger - lykkes ikke				
Urin				
Afføring				

3. Beboerens reaktion på tjek og opfordring (sæt kryds ved det/de mest passende svar):

Tjek/tilstand	1. tjek	2. tjek	3. tjek	4. tjek
Går selv i gang				
Samarbejder neutralt				
Samarbejder modstræbende				
Ikke samarbejdsvillig				

4. Hvilket niveau for hjælp har beboeren brug for ved toiletbesøg (sæt kryds ved det/de mest passende svar):

Tjek/tilstand	1. tjek	2. tjek	3. tjek	4. tjek
Klarer det selv				
Mindre støtte				
Hjælp af 1				
Hjælp af 2				

4.6 Instruktion i forsøg med 3-dages assisteret toiletbesøg

Formålet med at gennemføre 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg er, at kortlægge beboerens toiletmønstre samt motivation og præferencer i forbindelse med toiletbesøg.

Sådan udfører man forsøget med assisteret tidsbestemt toiletbesøg:

1) Kontakt beboeren hver 2. time, fx mellem kl. 7.00 og 15.00. Dvs. 4 gange pr. dag.

- Fokuser beboerens opmærksomhed på kontinens ved at spørge, om beboeren er tør eller våd
- Tjek beboerens ble, og giv feedback på, hvorvidt beboerens svar var korrekt eller ikke korrekt. Fx "Ja, fru Jensen, du er tør"
- Ligegyldig om beboeren er tør eller våd, spørges om beboeren vil hjælpes på toilettet

2) Hvis ja

- Følg beboer på toilettet
- Dokumenter resultatet i [skema 6](#)
- Motiver beboeren ved fx at blive og snakke lidt længere end du normalt "har tid til"

3) Hvis nej

- Hvis beboeren ikke har forsøgt at komme på toilettet de sidste fire timer gentages forespørgslen om at følge på toilettet en til to gange, inden du går igen. Hvis beboeren takker ja til toiletbesøg følges trin 2.
- Er beboeren ikke interesseret i at få hjælp til toiletbesøg, fortæller du beboeren, at du kommer igen om to timer. Anmod beboeren om at holde sig indtil da.

Husk beboeren på at indtage væske, inden du forlader stuen. Hjælp evt. med dette.

Dokumenter resultatet af hvert tjek og toiletbesøg ved hjælp af [skema 6](#).

4.6.1 Analyse af forsøg med 3-dages assisteret tidsbestemt toiletbesøg

Når alle tre dage er gennemført, skal du beregne succesraten for hver beboer:

Divider det totale antal succesfulde toiletbesøg med det totale antal forsøg (typisk 12 for en 3-dages periode). Gang med 100 for at få %.

Eksempel: Beboeren som kommer succesfuldt på toilettet seks gange af forsøgene på de tre dage har en succesfuld toiletbesøgsrate på 50 %. Benyt dette skema til at vejlede din konklusion på resultatet:

- 76 % - 100 %
Rigtig gode muligheder for assisteret toiletbesøg
- 66 % - 75 %
Gode muligheder for assisteret toiletbesøg
- 50 % - 65 %
Rimelige muligheder for assisteret toiletbesøg
- 0 % - 49 %
Dårlige muligheder for assisteret toiletbesøg

Beboere med en score på 66 % og derover kan med fordel tilbydes indsatsen med assisteret toiletbesøg. Studier har vist, at disse beboere meget sandsynligt vil blive kontinente, hvis de tilbydes indsatsen over en længere periode.

Beboere med en lavere score end 66 % vil sjældent vise reaktion på en længerevarende indsats med assisteret toiletbesøg, end de gør i en 3-dages periode. Der bør derfor findes alternative behandlingsmuligheder for denne gruppe.

¹⁰⁾ Analysen er en dansk version af metoden Prompted Voiding, der er anvendt i materialet "Incontinence Management: Training", udarbejdet af Vanderbilt University Medical Center.

Implementering af assisteret tidsbestemt toiletbesøg

Med udgangspunkt i analysen af 3-dages-forsøg med assisteret tidsbestemt toiletbesøg, igangsættes metoden som fast behandlingsindsats for de beboere, som vil kunne få glæde af det.

Der bør udarbejdes et skema for den enkelte beboer for tidsrummet kl. 7.00 til 19.00, hvor beboerens faktiske behov for toiletbesøg dokumenteres. Efterfølgende kan der udarbejdes en handleplan, hvor beboeren ikke forstyrres hver 2. time, men kun 30 til 15 min før normal toiletrang.

Eksempel: I stedet for at beboeren tilskyndes til toiletbesøg 6 x pr. dag med to timers intervaller, har beboeren måske behov for toiletbesøg en gang kl. 07.30, tre gange imellem kl. 10.00 til 14.00, og en gang kl. 18.30. Dette vil spare et besøg pr. dag. Hvor meget man har behov for toiletbesøg, afhænger bl.a. af tidspunkt for væskeindtag og inkontinensstype. Hvis det ikke er muligt at finde et bestemt mønster i beboerens behov for toiletbesøg, bliv eller vend tilbage til hver 2. time.

5 Referenceliste

- 01 Abrams P et al. (2002)
The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. http://www.ics.org/Publications/ICL_3/v2.pdf/abram.pdf. Website besøgt den 26.1. 2016
- 02 Dansk Selskab for Almen Medicin (2009)
Udredning og behandling af nedre urinvejsymptomer hos mænd og kvinder. Klinisk vejledning for almen praksis.
- 03 Dansk Selskab for Geriatri (2000)
Udredning og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter. Klaringsrapport.
- 04 Dubeau C E et al. (2010)
Incontinens in the Frail Elderly: Report From the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurology and Urodynamics* 29: 165-178
- 05 Eustice S, Roe B, Paterson J (2000)
Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2
- 06 Jaquet A (2005)
Urininkontinens. Et sygeplejefagligt perspektiv. Akademisk Forlag.
- 07 MarselisborgCentret (2004)
Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Rehabiliteringsforum Danmark
- 08 Morrison L M et al. (1992)
The open access continence ressource center for Greater Glasgow Health Board. *Br J Urol* 1992; 70:395-8.
- 09 O'Connel B et al. (2006)
Development of screening and assessment tools for incontinence in residential aged care, Department of Health and Ageing, An Australian Government Initiative.
- 10 Stone N D et al. (2012)
Surveillance Definitions of infections in Long-Term Care Facilities: Revisiting the McGeer Criteria.
- 11 Straube B (2003)
Udredning og behandling af urininkontinente kvinder. *Sygeplejersken* 2003, 29:20-26
- 12 Sander P et al. (1996)
Minimal Care – a new concept for the management of urinary incontinence in an open access, interdisciplinary incontinence clinic. The way ahead? *J Urol Nephrol Suppl* 1996;179:55-60
- 13 Sundhedsstyrelsen (2016)
Kompetenceudvikling for ledere og medarbejdere i plejebolig. Erfaringer fra Program for livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem.
- 14 Sundhedsstyrelsen (2016)
National Klinisk Retningslinje for urininkontinens hos kvinder.
- 15 Vanderbilt University Medical Center (2013)
Incontinence Management: Training module <http://www.mc.vanderbilt.edu/documents/cqa/files/Incontinence%20Management/Vanderbilt%20Incontinence%20Management%20Module.pdf>. Siden blev besøgt den 26.1. 2016
- 16 Ældrekommissionen (2012)
Livskvalitet og selvbestemmelse for beboere på plejehjem

