

Riktlinjer Analinkontinens

Version 2.0
2017-08-01

Riktlinjer Analinkontinens

Följande riktlinjer har utarbetats som stöd för optimal handläggning av patienter med analinkontinens.

Många patienter kan handläggas inom primärvården. Studier påvisar ett bättre behandlingsresultat då utredning och behandling startat i tidigt skede.

Vid utredning och behandling kan det förekomma vissa lokala skillnader inom landet.

Följande riktlinjer är framtagna av leg.sjuksköterskor, uroterapeuter, stomiterapeuter:

Mari Dahlberg, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Meta Gylín, (Södertälje Sjukhus AB, Södertälje), BäckénCancer Rehab.Centrum (BCRC),
Sabbatsbergssjukhus, Stockholm

Silvana Häggqvist, Sahlgrenska Universitets Sjukhuset/Östra, Göteborg

Ann-Chatrin Sonesson, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Eva Westling, (Danderyds Sjukhus AB), UroGynmottagningen, Stockholm

Medicinsk faktagranskare, kolorektalkirurger:

Antoni Zawadzki, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Claes Johansson, Danderyds sjukhus/ Kirurgmottagningen, Sophiahemmet, Stockholm

Wilhelm Graf, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Innehållsregister

Bakgrund och definition analinkontinens

Orsaker till analinkontinens och riskgrupper

Flödesschema basal nivå, utredning och behandling

Flödesschema specialist nivå, utredning och behandling

Utredning basal nivå

1.1 Allmän anamnes

1.2 Tarmfunktions anamnes

Undersökning basal nivå

2.1 Inspektion och palpation av bäckenbotten och analt

2.2 Rekto- och proktoskopi

2.3 Gynekologisk status

2.4 Urologisk status

Behandling basal nivå

3.1 Allmänna råd om livsföring

3.2 Bäckenbottenmuskelträning

3.3 Inkontinenshjälpmedel

3.4 Tarmreglerande läkemedel

Utredning specialistnivå

4.1 Fördjupad anamnes

Undersökningar specialistnivå

5:1 Anorektal

5:2 Gynekologisk

5:3 Urologisk

5:4 Neurologisk

5:5 Gastroenterologisk

5:6 Teamkonferens

Behandling specialistnivå

6:1 Konservativ behandling

6:2 Kirurgisk behandling

Bilagor

Bilaga 1 Remissmall till specialist

Bilaga 2 Bristolskalan

Bilaga 3 Frågeformulär

Bilaga 4 Registrering av tarmtömning

Bilaga 5 Bäckenbottenträning för kvinnor (Universitetssjukhuset MAS)

Bilaga 6 Bäckenbottenträning för män (Universitetssjukhuset MAS)

Bilaga 7 Bäckenbottenträning för kvinnor (Nikola)

Bilaga 8 Bäckenbottenträning för män (Nikola)

Bilaga 9 Information om tarmreglerande läkemedel

Bilaga 10 Information om läkemedel för att behandla gasbildning

Bilaga 11 Information om Loperamid

Bilaga 12 Inkontinensscore - St Marks

Bilaga 13 Inkontinensscore - Wexner

Referenslista

Kontaktpersoner

Bakgrund analinkontinens

Analinkontinens är ett symtom och inte en sjukdom. Det kan yttra sig på olika sätt, det kan vara brådskande trängningar (urge) med eller utan läckage eller som läckage utan förvarning (passivt).

Ofta finns det mer än en orsak till analinkontinens och därför är en adekvat utredning viktig.

Studier visar att förekomsten av analinkontinens är 2 -10% och vanligare hos kvinnor. Med stigande ålder ökar prevalensen både för män och kvinnor och leder då ofta till ett ökat vårdbehov.

Att vara analinkontinent är ofta förenat med tabu och skam och påverkar individen psykiskt, fysiskt och socialt med försämrad livskvalitet.

Många upplever det svårt att tala med anhöriga och vänner om sina besvär. Undersökningar visar att det kan vara svårt att ta upp problemet med sjukvårdspersonal.

Några definitioner

- **Analinkontinens** innebär ofrivilligt läckage av gas, lös avföring och/eller fast avföring
- **Fekal inkontinens** utgör ett samlingsnamn för läckage av lös och fast avföring
- **Dubbelinkontinens** - läckage av både urin och avföring
- **Soiling** innebär nedsmutsning av underkläder eller skydd med slem eller vätska, ibland med små mängder avföring.

Följande symtom ska alltid utredas av läkare:

- Blod i avföringen
- Förändrade avföringsvanor utan kostförändring
- Obehagskänsla i magtarmkanalen som är nyttillkommen
- Oförklarlig trötthet
- Oförklarlig viktnedgång
- Slem i avföringen
- Smärta i samband med tömning

Remittera direkt till specialist vid

- Misstanke om tumör
- Misstanke om sfinkterskada efter förlossning
- Misstanke om inflammatorisk tarmsjukdom
- Misstanke om fistlar
- Symtomgivande rektalprolaps
- Utebliven effekt av behandling

Remissmall till specialist se bilaga 1

Orsaker till analinkontinens

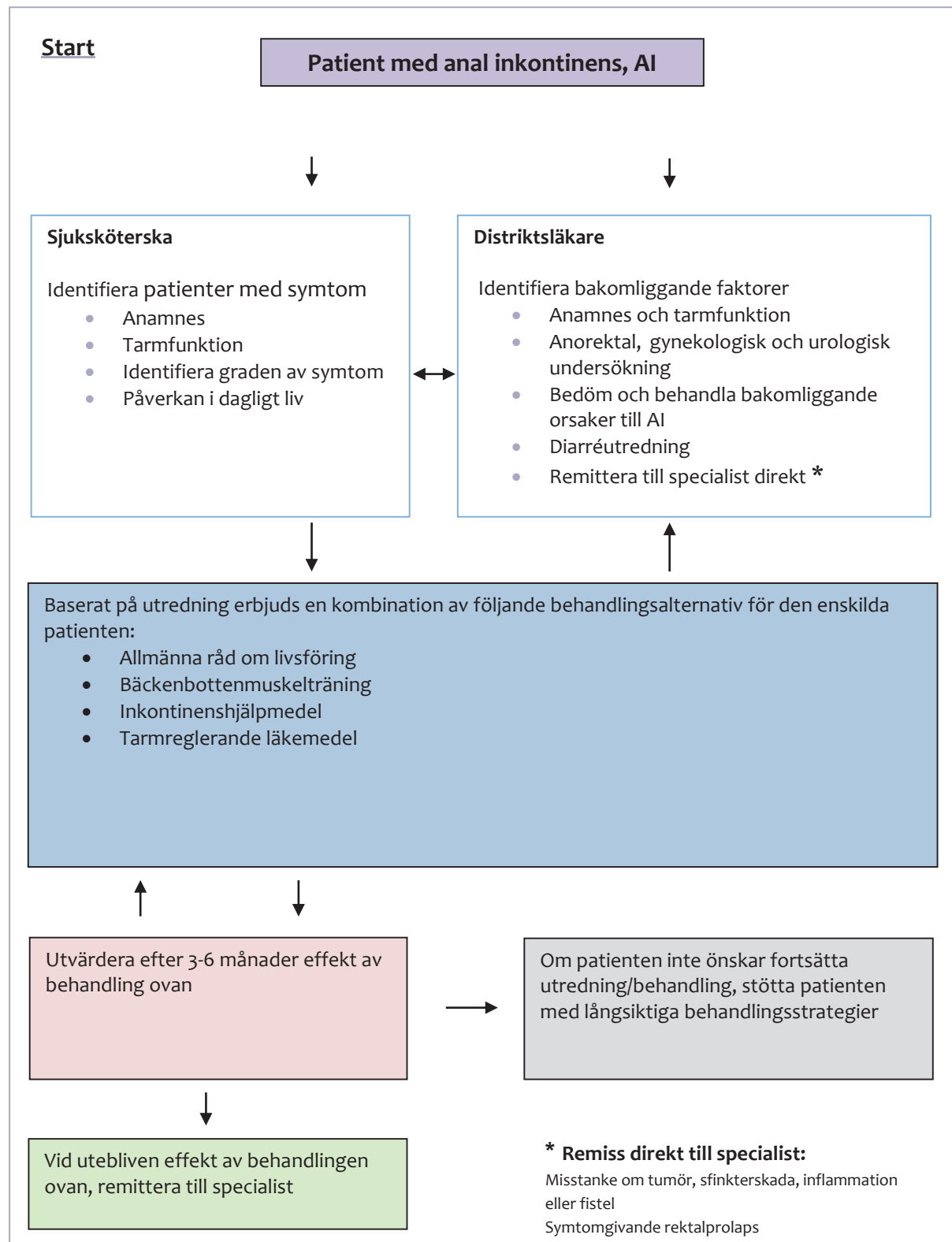
- **Avföringens konsistens** – lös avföring eller diarré - kan vara infektion, inflammatorisk tarmsjukdom, IBS, tumör, stora polyper, födoämnesallergi, kostomläggning, läkemedel, oro och stress
- **Bäckenbottendysfunktion** – nedsatt funktion av slutmuskeln och/eller bäckenbotten – muskel/ nervskada i samband med förlossning, långdragen förstoppning med intensivt krystande, diabetes och ryggmärgsskador. Generell bäckenbottensänkning med prolapsbesvär.
- **Förändringar i analkanalen eller ändtarmen** – en oförmåga att förvara avföringen i ändtarmen till exempel vid inflammationer, polyper, tumörer, strålskada, fistlar och rektoccele
- **Neurologiska sjukdomar eller skador** – Multipel skleros (MS), diabetesneuropati, tumörer, ryggmärgsskador, spinal stenos, demens och stroke
- **Medfödda missbildningar** – exempelvis ryggmärgsbråck och analatresi
- **Omgivningsfaktorer** – närhet till toalett, immobilitet
- **Psykologiska faktorer** – trauma, övergrepp eller mental ohälsa

Riskgrupper

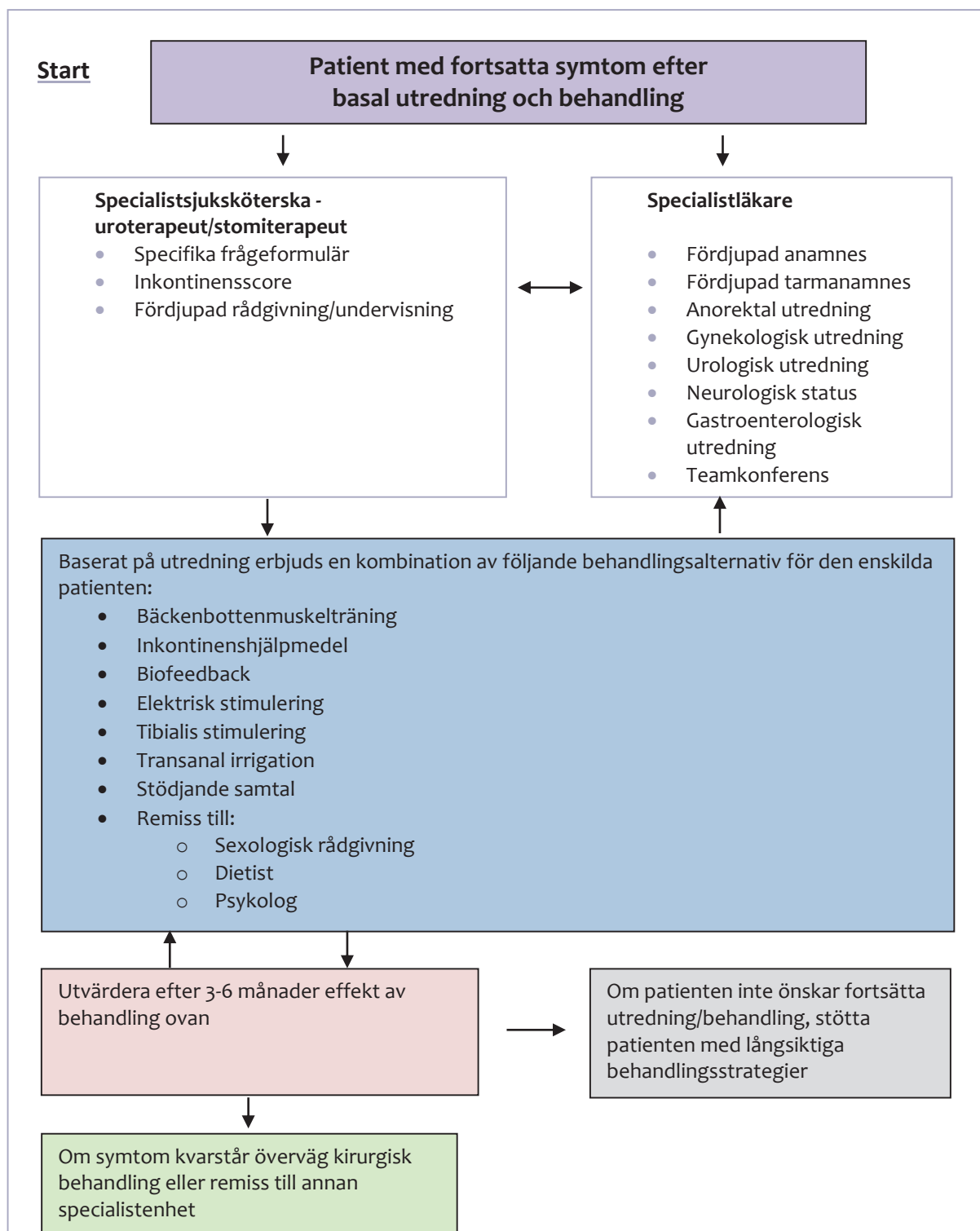
Vid följande tillstånd kan analinkontinens förekomma

- Individer med svag eller sänkt bäckenbotten
- Urininkontinens
- Neurologisk sjukdom och/eller skada
- Diarrétillstånd
- Efter bäckenbottenkirurgi (kirurgisk, urologisk och gynekologisk)
- Efter strålbehandling i bäckenregionen
- Rektal- och vaginal prolaps
- Perianala besvär- hemorrojder, fistlar och fissurer
- Förlossningsskador
- Svårt sjuka och äldre
- Läkemedel
- Övervikt
- Rökning

Flödesschema basal nivå, utredning och behandling



Flödesschema specialistnivå, utredning och behandling



Utredning basal nivå

1.1 Allmän anamnes

- Övriga sjukdomar
- Läkemedel som kan påverka avföringen
- Kostanamnes; överkänslighet och allergi
- Tidigare operationer
- Gynekologisk/obstetrisk anamnes; graviditeter och förlossningskomplikation
- Diarréutredning
- Komplikation efter strålbehandling mot nedre delen av buken och bäckenregionen
- Urininkontinens, pågående eller tidigare utredning och behandling
- Diabetes
- Övervikt
- Rökning

1.2 Tarmfunktions anamnes

- Debut av symtom
- Vilket är det största problemet med tarmfunktionen
- Avföringens konsistens och frekvens. Bristolskala, se bilaga 2
- Läckage och omfattning, urge eller passivt, gas /avföring, frekvens och mängd
- Påverkan i det dagliga livet
- Inkontinenshjälpmedel
- Förstopning
- Tömningssvårigheter

Bifogat frågeformulär för tarmfunktion är till god hjälp inför samtalet. Se bilaga 3.
Enklare frågeformulär, se Nikola.nu

Undersökning basal nivå - läkare

2.1 Inspektion och palpation av bäckenbotten och analt

- Hud och slemhinneförändringar, hudflikar, rodnad
- Synlig eller palpabel sfinkterskada (palpation runtom sfinktern och mellan anus och vagina)
- Framfall av anal- eller tarmslemhinna
- Bedömning av knipförmåga och känsel
- Hemorrojder
- Fissurer
- Fistlar

2.2 Rekto- och proktoskopi

- Analprolaps/rektalprolaps
- Inflammation, polyp eller sår
- Hemorrojder
- Rektocele/invagination
- Remiss till Kolonröntgen eller Koloskopi

2.3 Gynekologisk status

- Inspektion av yttre och inre genitalier
- Bäckebottensänkning/prolaps, vad händer vid knip och krystning

2.4 Urologisk status

- Läckage av urin, vid aktivitet och/eller trängningar
- Återkommande urinvägsinfektioner
- Tömningsproblem

Behandling basal nivå - sjuksköterska

3.1 Allmänna råd om livsföring

- Sträva efter regelbunden tarmtömning
- Registrera avföringsvanor i tarmdagbok, se bilaga 4, se även nikola.nu
- Övervikt kan ge ökad risk för både urin och avföringsinkontinens
- Stress påverkar tarmmotoriken och kan öka risken för läckage
- Undvik förstoppning då det kan öka gasbildning och leda till diarré och läckage
- Nikotin kan stimulera tarmmotorik och öka risk för läckage
- Kostråd;
 - Regelbundna matvanor
 - Enkel kostenamnes/ dagbok
 - Godis, tuggummi, kaffebröd, sötningsmedel, kaffe, fet mat och starka kryddor kan vara laxerande, ökar gasbildning och risk för läckage
 - Se över vätskeintag, kolsyrad dryck kan öka gasbildning
 - Fiberrik kost är bra men kan ge lös avföring och gaser
 - Kontakt med dietist vid behov

3.2 Bäckebottenmuskelträning

- Träningsprogram, se bilaga 5, 6, 7 och 8
- Remiss till sjukgymnast eller uroterapeut om hjälp behövs med bäckebottenmuskelträning

3.3 Inkontinenshjälpmedel

- Individuell utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Det finns inkontinensskydd som är utvecklade för avföringsläckage och för att ta bort lukt.
- Analproppen kan skrivas ut av läkare, uroterapeut eller stomiterapeut. Viktigt att ge ordentlig instruktion till patienten.

3.4 Tarmreglerande läkemedel - läkare

- Många läkemedel kan ge diarré och förstoppning som biverkningar
- För fastare tarminnehåll kan bulkmedel (Lunelax, Inolaxol, HUSK, physsilliumfrö) provas, Se bilaga 9
- Loperamid reglerar tarmens rörelsemönster och ger en fastare konsistens, se bilaga 11.

Utredning specialist nivå

4.1 Fördjupad anamnes

- Utvärdering och uppföljning av tidigare utredning/behandling
- Specifikt frågeformulär avseende tarm-, uro- gynekologisk anamnes, se bilaga 3, alt nikola.nu
- Inkontinensscore, se bilaga 12 och 13
- **Tarmanamnes** med kompletterande och/eller specifika undersökningar

Undersökningar specialistnivå

5.1 Anorektal

- **Kryststolsundersökning** – för bedömning av prolaps
- **Analt ultraljud** – visar skador på inre och yttre analsfinktern
- **Ultraljud av hela bäckenbotten** – analt, perinealt och vaginalt, visar anatomiska och funktionella förändringar
- **Anorektal manometri** – bedömning av funktion analt och rektalt avseende vilo-, kniptryck, rektal känsel och volym
- **Defekografi** – röntgenundersökning av bäckenbottens anatomi och tarmtömning
- **Magnetrontgen** – visar strukturella avvikelser i bäcken och bäckenbotten

5.2 Gynekologisk

- Förekomst av cystocele, rektocel, enterocele och prolaps
- Bäckenbottenstatus
- Sexuallfunktion
- Fistelbildning

5.3 Urologisk

- Läckage av urin, vid aktivitet och/eller trängningar
- Återkommande urinvägsinfektioner
- Tömningsproblem
- Sexuallfunktion
- Remiss till urolog

5.4 Neurologisk

EMG/Pudendalislätensmätning – visar bäckenbottens nervfunktion

5.5 Gastroenterologisk

Utredning av diarré, förstoppning, inflammatoriska tarmsjukdomar (IBD) och IBS

5.6 Teamkonferens

Multidisciplinär teamdiskussion för helhetsbedömning och åtgärdsförslag. I teamet kan ingå kolorektalkirurg, gynekolog, urogynekolog, urolog, gastroenterolog, uroterapeut/stomiterapeut, sjukgymnast, dietist, neurolog, geriatriker, sexolog, psykiatriker och kurator.

Behandling specialistnivå

6.1 Konservativ behandling - uroterapeut, stomiterapeut eller specialistutbildad sjuksköterska/sjukgymnast

- Uppföljning av tidigare behandling
- Rådgivning/patientutbildning anatomi och tarmfunktion, se nikola.nu
- Genomgång av levnadsvanor och kost
- Cirkulationsövningar och Bäckebottenmuskelträning med eller utan biofeedback
- Tarmtömningsteknik
- Hudvård perianalt
- Elektrisk stimulering av bäckenbotten
- Tibialis stimulering
- Utprovning av analproppen och andra hjälpmedel
- Instruktion om mini skölj och Transanal irrigation
- Eventuell insättning/optimering av tarmreglering med bulkmedel/ Loperamid
- Vid behov remiss till annan vårdgivare såsom smärtmottagning, dietist, psykolog, sexolog, IBS-skola

6.2 Kirurgisk behandling

- Gynekologisk och/eller kirurgisk operation med syfte att stärka/stabilisera bäckenbotten
- Injektionsbehandling i analkanalen med olika volymsexpanderande substanser
- Sakral neuromodulering med elektroder som införes i korsbenet för att påverka nervfunktion till bäckenbotten
- Antegrad irrigation lavemang via appendiko/cekum-stomi
- Gracilisoperation – muskeltransposition
- Stomioperation

Remissmall till specialist

Bilaga 1

Remissmall till specialist

Allmän anamnes

Specifik tarmfunktionsanamnes, symtomscore och frågeformulär

Undersökningsfynd

1. Inspektion och palpation
2. Resultat av undersökningar och rutinprover, diarréutredning
3. Prokto-rektoskopi, och/eller koloskopi/röntgen

Till sist

1. Tidigare utredning - behandling
2. Pågående behandling
3. Patientens förväntningar

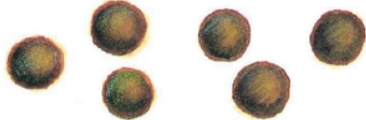
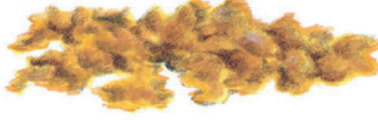
Remiss skickas till specialistmottagning:

Bristolskalan

Källa: Lewis SJ, Heaton KW, Bristol

Bilaga 2

BRISTOLSKALAN ÖVER AVFÖRINGSFORMER

Typ 1		Separata hårda klumpar som liknar nötter.
Typ 2		Korvformad med klumpar.
Typ 3		Liknar en korv med sprickor på utsidan.
Typ 4		Liknar en korv, smidig och mjuk.
Typ 5		Mjuka klumpar med skarpa kanter (lätta att få ut).
Typ 6		Småbitar.
Typ 7		Vattnig utan klumpar. Enbart vätska.

Reproducerad med tillstånd av Dr KW Heaton, University of Bristol. © 2000 Norgine.

Frågeformulär

Bilaga 3

Se även ett kortare frågeformulär på nikola.nu

Källa : Professor Wilhelm Graf, Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Namn _____

Personnr _____ Datum _____

Sätt kryss/skriv ditt svar, för det som stämmer bäst för dig

1, Hur ofta har Du avföring?

- ☐ mer än 2 ggr/dag
- ☐ 2 ggr/dag
- ☐ 1 gång/dag
- ☐ ungefär varannan vecka
- ☐ ungefär 2 ggr/vecka
- ☐ ungefär 1 gång/ vecka
- ☐ mer sällan än 1 gång/vecka

2, Använder Du piller, droppar, pulver eller vätska för att hålla tarmen igång?

- ☐ Ja, i så fall vad? _____

- ☐ Nej _____

3, Använder Du lavemang?

- ☐ Ja, i så fall, hur ofta? _____
- ☐ Nej

4, Använder Du mikrolavemang (Toilax, Microlax, etc.) ?

- ☐ Ja, i så fall, hur ofta? _____
- ☐ Nej

5, Hur är avföringens konsistens?

- ☐ Lös, dvs ej formad
- ☐ Normal, dvs mjuk och formad
- ☐ Hård
- ☐ Växlande mellan lös och hård

6, Besväras Du av smärtor i buken?

- ☐ Ja, i så fall hur ofta och var
i magen sitter de? _____
- ☐ Nej

7, Besväras Du av uppblåsthet i buken?

☐ Ja ☐ Nej

8, Besväras Du av mycket gaser?

☐ Ja ☐ Nej

9, Måste Du hjälpa till med fingret eller annat föremål för att få ut avföringen?

☐ Ja ☐ Nej

10, Måste Du stödja med fingret kring ändtarmen eller i slidan för att få ut avföringen?

☐ Ja ☐ Nej

11, Måste Du krysta hårt för att få ut avföringen?

☐ Ja ☐ Nej

12, Behöver Du sitta länge för att tömma tarmen?

☐ Nej Ja, cirka 10 minuter

☐ Ja, cirka 20 minuter Ja, mer än 20 minuter

13, Försök uppskatta under hur stor del av tarmtömningen som Du behöver krysta. Markera på linjen

Ingen del

Halva

Hela

14, Tycker Du att det är svårt att få tarmen att kännas tom efter toalettbesök?

☐ Ja ☐ Nej

15, Måste Du gå flera gånger på toaletten samma dag för att det skall kännas tomt?

☐ Ja ☐ Nej

16, Har Du ofrivilligt läckage av gaser?

☐ Nej

☐ Ja, enstaka gånger

☐ Ja, minst 1 gång/vecka

☐ Ja, dagligen

17, Har Du ofrivilligt läckage av lös avföring?

☐ Nej

☐ Ja, enstaka gånger

☐ Ja, minst 1 gång/vecka

☐ Ja, dagligen

18, Har Du ofrivilligt läckage av fast avföring?

☐ Nej

☐ Ja, enstaka gånger

☐ Ja, minst 1 gång/vecka

☐ Ja, dagligen

19, Bär Du någon form av skydd mot avföringsläckage nattetid?

☐ Ja ☐ Nej

20, Bär Du någon form av skydd mot avföringsläckage dagtid?

☐ Ja ☐ Nej

21, Har Du problem med nedsmutsning av trosor/kalsonger?

☐ Ja ☐ Nej

22, Har Du besvär med klåda kring ändtarmen?

☐ Ja ☐ Nej

23, Känner Du när avföringen kommer?

☐ Ja ☐ Nej

24, Kan Du känna skillnad på om det är gas eller avföring i tarmen?

☐ Ja ☐ Nej

25, Måste Du snabbt till en toalett när Du känner att Du behöver?

☐ Ja ☐ Nej

26, Från det att Du först känner behov av att tömma tarmen, hur länge kan Du hålla Dig – vid lös avföring?

Minuter: 0 5 10 15 20

27, Från det att Du först känner behov av att tömma tarmen, hur länge kan Du hålla Dig – vid fast avföring?

Minuter: 0 5 10 15 20

28, Besväras Du av smärtor i eller kring ändtarmen?

☐ Ja ☐ Nej

29, Har Du smärtor i tarmen/bäckenet/buken i samband med avföring?

☐ Ja ☐ Nej

30, Har du smärtor i tarmen/bäckenet/buken efter avföring?

☐ Ja ☐ Nej

31, Besväras Du av blödning från tarmen eller tarmöppningen?

☐ Ja ☐ Nej

32, Är Din tarmfunktion besvärande för Ditt allmänna välbefinnande?

☐ Ja ☐ Nej

33, Är Din tarmfunktion besvärande för Ditt umgängesliv?

☐ Ja ☐ Nej

34, Försök uppskatta ungefär hur många gånger Du har avföring under en "vanlig" vecka.

(obs! ange siffror) _____ ggr

35, Kan Du hålla tätt för urin vid hosta, nysning, skratt eller tunga lyft?

☐ Ja ☐ Nej

36, Tycker Du att Du har svårt att tömma urinblåsan?

☐ Ja ☐ Nej

37, Vilken/vilka operationer på ändtarmen har Du tidigare genomgått?

- ☐ Ingen
- ☐ Hemorrojder
- ☐ Vidgning av slutmuskeln
- ☐ Delning av slutmuskel på grund av spricka
- ☐ Fisteloperation

Fråga 38-44 gäller endast kvinnor

38, Hur många vanliga förlossningar har Du genomgått?

_____ st

39, Användes tång vid någon förlossning?

☐ Ja, vid _____ st förlossningar

☐ Nej

40, Användes sugklocka vid någon förlossning?

☐ Ja, vid _____ st förlossningar

☐ Nej

41, Blev Du sydd i underlivet i samband med någon förlossning?

☐ Ja ☐ Nej

42, Är det känt om Du fick en skada på slutmuskeln vid någon av förlossningarna?

☐ Ja ☐ Nej

43, Har Du undersökts av gynekolog på grund av underlivsframfall?

☐ Ja ☐ Nej

44, Har Du opererats på grund av underlivsframfall?

☐ Ja ☐ Nej

45, Hur länge har Dina aktuella tarmbesvär varat? Ange år/månader

_____ år _____ månader

46, Behöver Du hålla diet på grund av Dina tarmbesvär?

☐ Ja, i så fall, vad undviker Du? _____

☐ Nej

47, Är Dina besvär med tarmen så svåra att de hindrar Dig från att resa på semester?

☐ Ja ☐ Nej

48, Om Du besväras av avföringsläckage, vilken beskrivning passar bäst in på det läckage Du upplevt?

☐ Plötsligt har det inträffat ett läckage utan att jag känt det

☐ Jag får trängningar till avföring men kan ej hålla emot

☐ Läckage av avföringsfärgat slem och nedsmutsning av underkläder

49, Frågorna 1 och 34 behandlar hur ofta Du har avföring med hjälp av de mediciner Du tar. Hur ofta skulle Du ha avföring under en vecka helt utan mediciner eller andra hjälpmedel såsom lavemang etc?

(obs! ange siffra) _____ ggr

Registrering av tarmtömning

Bilaga 4

Källa: BäckebottenCentrum Danderyds sjukhus AB / Uroterapeut E Westling 2012-01-23

I denna dagbok noterar Du dagligen uppgifter om Din tarmtömning. Det är viktigt att Du besvarar allafrågor avseende tarmfunktionen under samtliga 21 dagar.

Namn _____

Personnr _____ Datum för start av dagbok _____

Dygn	1	2	3	4	5	6	7
Hur många gånger hade Du avföring?							
Hur många gånger fick Du skynda Dig till toaletten?							
Hur många ggr hann Du inte till toaletten?							
Hur många gånger drabbades Du av passiva läckage?							
Blev Dina underkläder eller skydd missfärgade?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Du använt inkontinensskydd?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Din inkontinens hindrat Din dagliga aktivitet?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Du använt medicin för tarmfunktionen? *	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Hur var konsistensen på avföringen idag?	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös
Dygn	8	9	10	11	12	13	14
Hur många gånger hade Du avföring?							
Hur många gånger fick Du skynda Dig till toaletten?							
Hur många ggr hann Du inte till toaletten?							
Hur många gånger drabbades Du av passiva läckage?							
Blev Dina underkläder eller skydd missfärgade?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Du använt inkontinensskydd?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Din inkontinens hindrat Din dagliga aktivitet?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Du använt medicin för tarmfunktionen? *	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Hur var konsistensen på avföringen idag?	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös

* Ange gärna antal tabletter

Dygn	15	16	17	18	19	20	21
Hur många gånger hade Du avföring ?							
Hur många gånger fick Du skynda Dig till toaletten?							
Hur många ggr hann Du inte till toaletten?							
Hur många gånger drabbades Du av passiva läckage?							
Blev Dina underkläder eller skydd missfärgade?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Du använt inkontinensskydd?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Din inkontinens hindrat Din dagliga aktivitet ?	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Har Du använt medicin för tarmfunktionen? *	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej	Ja / nej
Hur var konsistensen på avföringen idag?	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös	Hård Formad Lös

* Ange gärna antal tabletter

Var vänlig besvara följande frågor som en sammanfattning av de 21 dagarna.

När Du får trängning till avföring, hur länge kan Du hålla tillbaka / fördröja tarmtömningen ?

☐ inte alls ☐ < 1 min ☐ 1-5 min ☐ 5-15 min ☐ > 15 min

Aldrig = aldrig, Sällan = mer sällan än 1g / månad, Ibland = 1g / månad – 1g/ vecka,
Ofta = mer än 1 g / vecka men ej dagligen, Alltid = dagligen

Behöver Du vanligtvis krysta för att tömma tarmen? ☐ aldrig ☐ ibland ☐ ofta ☐ alltid

Kan Du tömma tarmen helt? ☐ aldrig ☐ ibland ☐ ofta ☐ alltid

Besväras Du av urinläckage? ☐ aldrig ☐ ibland ☐ ofta ☐ alltid

Besväras Du av brådiskande urinträngningar? ☐ aldrig ☐ ibland ☐ ofta ☐ alltid

Har Du smärta vid samliv? ☐ ej aktuellt ☐ aldrig ☐ ibland ☐ ofta ☐ alltid

Mediciner Du använt under registreringen: _____

Bäckenbottenmuskelträning för kvinnor

Bilaga 5

Källa: Universitetssjukhuset MAS, Bäckenbottencentrum, Region Skåne

Bäckenbottenmuskulaturen kan liknas vid en muskelkorg som bildar golvet eller botten i vårt bäcken och ger stöd åt urinblåsan, slidan och ändtarmen.

När man ska träna musklerna börjar man spänna baktill vid ändtarmen, håller kvar spänningen och fortsätter spänna framåt kring slida och urinrör, känn att muskelplattan lyfts framåt - uppåt inne i kroppen (eller att slidan dras ihop och uppåt). Slappna sedan av. Du har nu gjort en s.k. knipövning.

Identifieringsträning

För att få rätt teknik och för att musklerna ska få en mjukstart, ska du träna med små försiktiga knip till en början.

- Spänn 2 sek–vila 2 sek
- Upprepa så många gånger i följd som du orkar
- Träna tre gånger per dag eller i tre omgångar med vila emellan

Styrketräning

Efter ett par veckors tid kan du börja styrketräna musklerna. Tekniken är den samma (spänn bakifrån – framåt – uppåt) MEN ta nu i med så stor kraft som du orkar utan att spänna andra muskler som t.ex. buk, säte och lår.

- Spänn 6–8 sek med maximal muskelkraft – vila 6-8 sek
- Upprepa 8–12 gånger i följd
- Träna tre gånger per dag eller i tre omgångar med vila emellan

Funktionell träning

Den funktionella träningen är också mycket viktig. Spänn musklerna i bäckenbotten INNAN trycket i bukhålan ökar.

- Spänn musklerna innan du hostar, nyser, lyfter eller bär något, innan du gör magmuskelövningar och innan du reser dig upp

Bäckenbottenmuskelträning för män Bilaga 6

Källa: Universitetssjukhuset MAS, Bäckebottencentrum, Region Skåne

Bäckenbottenmuskulaturen kan liknas vid en muskelkorg som bildar golvet eller botten i vårt bäcken och ger stöd åt urinblåsan och ändtarmen.

När man ska träna musklerna börjar man spänna baktill vid ändtarmen, håller kvar spänningen och fortsätter spänna framåt mot pungen och urinrör, känn att muskelplattan lyfts framåt - uppåt inne i kroppen. Slappna sedan av. Du har nu gjort en s.k. knipövning.

Identifieringsträning

För att få rätt teknik och för att musklerna ska få en mjukstart, ska du träna med små försiktiga knip till en början.

- Spänn 2 sek–vila 2 sek
- Upprepa så många gånger i följd som du orkar
- Träna tre gånger per dag eller i tre omgångar med vila emellan

Styrketräning

Efter ett par veckors tid kan du börja styrketräna musklerna. Tekniken är den samma (spänn bakifrån – framåt – uppåt) MEN ta nu i med så stor kraft som du orkar utan att spänna andra muskler som t.ex. buk, säte och lår.

- Spänn 6–8 sek med maximal muskelkraft – vila 6-8 sek
- Upprepa 8–12 gånger i följd
- Träna tre gånger per dag eller i tre omgångar med vila emellan

Funktionell träning

Den funktionella träningen är också mycket viktig. Spänn musklerna i bäckenbotten INNAN trycket i bukhålan ökar.

- Spänn musklerna innan du hostar, nyser, lyfter eller bär något, innan du gör magmuskelövningar och innan du reser dig upp

Bäckenbottenträning för kvinnor

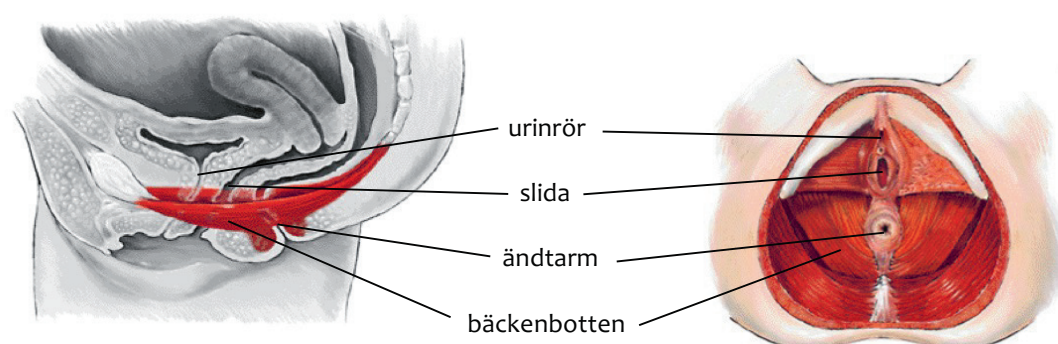
Bilaga 7

Källa: nikola.nu (finns på flera språk)

Bäckenbottenträning syftar till att stärka muskulaturen så att de inre organen lyfts upp i rätt läge samt att öka muskelkraften runt urinrör, slida och ändtarm. (fig. 1 och 2).

Fig. 1

Fig. 2



Det är viktigt att du tränar rätt muskulatur, därför ska du börja med att identifiera dina bäckenbotten-muskler. Det gör du lättast genom att ligga i en avslappnad ställning t.ex. på rygg med benen uppdagna (fig. 3) eller ligga på sidan (fig. 4).

Fig. 3

Fig. 4



Hitta rätt muskler

- Knip försiktigt ihop slutmuskeln runt ändtarmen, fortsätt att knipa uppåt-framåt runt slidan och urinrörsmynningen. Sug in och lyft upp hela bäckenbotten. Det ska kännas som ett lyft underifrån och uppåt i riktning mot naveln.
- Gör denna rörelse med liten kraft och en kort stund. Knip och lyft i två sekunder och slappna sedan av i två sekunder. Andas lugnt och känn med en hand på magen att bukmuskeln är avslappnad.
- Du kan även träna detta i sittande och stående.
- När du behärskar dessa ”hitta-rätt-knip”, går du vidare till styrkeknipen.

Styrkeknipen

- Nu är det dags att lägga maximal kraft i knipet och hålla kvar det i 5-6 sekunder.
- Andas lugnt under hela knipet. Knip 5-6 sekunder, släpp knipet successivt och vila lika länge. Sträva efter att kunna klara 10 knip i följd och varje gång med så stor kraft som du orkar utan att spänna bukmuskeln. Detta ger ett onödigt tryck ned mot bäckenbotten.
- Gör 10 knip, minst tre gånger per dag.

Uthållighetsträning

- Utförs som styrkeknip, men du försöker nu att hålla kontraktionen i 30-60 sekunder. Styrkan kommer efter en kort stund att ligga betydligt under maxknipet och detta är också meningen.
- Avsluta varje styrkeknipsomgång med ett uthållighetsknip.

Funktionsträning

Detta är den absolut viktigaste träningen. Det är nu dags att du blir medveten om vilka situationer som vanligtvis orsakar läckage och att du lär dig att medvetet och snabbt knipa med de muskler du tränat, just innan det förväntade läckaget. Exempel på sådana tillfällen är innan du hostar, när du lyfter tungt och under gymnastikpass.

*Redan efter ett par månaders träning märker du att musklerna blivit starkare.
Räkna med att det tar ytterligare någon tid innan du tränat upp musklerna helt.*

Bäckenbottenträning för män

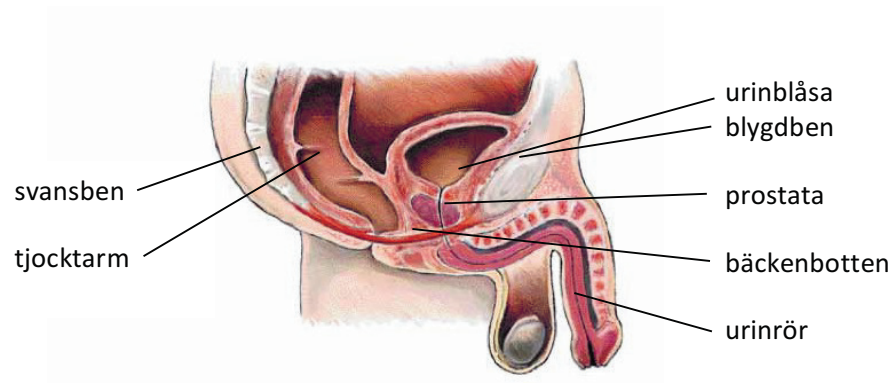
Bilaga 8

Källa: nikola.nu (finns på flera språk)

Bäckenbotten avslutar bukhålan nedåt och **består av muskler** som sträcker sig från blygdbenet till svansbenet. Den fäster också på sittbensknölna (fig. 1).

Bäckenbottenträning syftar till att stärka muskulaturen så att de inre organen lyfts upp i rätt läge samt att öka muskelkraften runt urinrör och ändtarm.

Fig. 1



Det är viktigt att du tränar rätt muskulatur, därför ska du börja med att identifiera dina bäckenbotten-muskler. Det gör du lättast genom att ligga i en avslappnad ställning t.ex. på rygg med benen uppdagna (fig. 2) eller liggande med benen vilande på en stol (fig. 3).

Fig. 2



Fig. 3



Hitta rätt muskler

- Knip försiktigt ihop slutmuskeln runt ändtarmen, fortsätt att knipa uppåt-framåt i riktning mot urinröret som om du behöver kissa men inte fick. Sug in och lyft upp hela bäckenbotten. Det ska kännas som ett lyft underifrån-uppåt i riktning mot naveln.
- Gör denna rörelse med liten kraft och en kort stund. Knip och lyft i två sekunder och slappna sedan av i två sekunder. Andas lugnt och känn med en hand på magen att bukmuskeln är avslappnad.
- Du kan även träna detta sittande och stående.
- När du behärskar dessa ”hitta-rätt-knip” går du vidare till styrkeknipen.

Styrkeknip

- Nu är det dags att lägga maximal kraft i knipet och hålla kvar det i 5–6 sekunder.
- Andas lugnt under hela knipet. Knip 5–6 sekunder, släpp knipet successivt och vila lika länge. Sträva efter att kunna klara 10 knip i följd och varje gång med så stor kraft som du orkar utan att spänna bukmuskeln. Detta ger ett onödigt tryck ned mot bäckenbotten.
- Gör 10 knip, tre gånger per dag

Uthållighetsträning

- Utförs som styrkeknip, men du försöker nu hålla kontraktionen i 30–60 sekunder. Styrkan kommer efter en kort stund att ligga betydligt under max-knipet och detta är också meningen.
- Avsluta varje styrkeknipsomgång med ett uthållighetsknip.

Funktionsträning

Detta är den absolut viktigaste träningen. Det är nu dags att du blir medveten om vilka situationer som vanligtvis orsakar läckage och att du lär dig att medvetet och snabbt knipa med de muskler du tränat, just innan det förväntade läckaget. Exempel på sådana tillfällen är innan du hostar, när du lyfter tungt eller reser dig från sittande.

*Redan efter ett par månaders träning märker du att musklerna blivit starkare.
Räkna med att det tar ytterligare någon tid innan du tränat upp musklerna helt.*

Information om tarmreglerande läkemedel

Bilaga 9

Vad gör tarmreglerande medel?

- Tarmreglerande medel stimulerar tarmen naturligt, binder vätska och ökar tarminnehållets volym.
- Det normaliserar avföringens konsistens och underlättar tömningen.
- Det är viktigt att behandlingen med tarmreglerande medel pågår i minst fyra veckor eftersom det tar tid för tarmen att ställa om sig.

Exempel på tarmreglerande medel är:

Loppfrö, psylliumfrö, psylliumfröskal, HUSK, Lunelax, Vi-Siblin och Inolaxol.

- Psylliumfrö, fröskal och HUSK kan köpas på hälsokost/livsmedelsaffärer.

Hur mycket ska jag ta?

Ta en matsked blanda i ett glas vatten och drick direkt (det blir ett geléaktigt skikt på fröna när det blandas med vatten), drick därefter ett glas vatten till. Det är viktigt att dricka vatten till för att avföringen ska bli mjukare. Medlet kan också strös på fil eller gröt.

- Lunelax och Vi -Siblin och Inolaxol kan köpas receptfritt eller på recept på apoteket. Finns som dospulver eller granulat. Inolaxol innehåller gummi, ska inte tas av gummi (latex) allergiker.

Hur mycket ska jag ta? En till tre matskedar per dag eller en till tre dospåsar per dag, börja med den lägre dosen och öka vid behov. Blanda i mat som innehåller vätska (yoghurt/ välling/ gröt) eller direkt utblandat i ett glas vatten.

Viktigt! Glöm inte att alltid ta vatten i samband med tarmreglerande medel.

Om man upplever en känsla av uppblåsthet eller får mer gaser kan man ta dosen till natten och börja med en halv matsked eller en halv dos pulver. Uppblåsthet kan gå över efter en tids användning. Följ instruktionerna som medföljer.

Information om läkemedel för att behandla gasbildning

Bilaga 10

Viktigt vid gasbildning är att först se över dina kost- och avföringsvanor.

Vad är Minifom / Dimetikon?

- Detta är ett medel som används mot ökad gasansamling i mag-tarmkanalen, som till största delen orsakas av nedsväld luft.
- Medlet har en ytspänningsnedsättande effekt, vilket gör att ansamlingen av gaser i mag-tarmkanalen minskar eller upphävs.
- Medlet verkar lokalt i mag-tarmkanalen och tas inte upp av kroppen.
- Full effekt av Minifom/Dimetikon, uppnås först efter ett par dygns behandling.

När ska jag ta Minifom / Dimor?

Ta 1–4 kapslar/tillfälle och vid behov. Eftersom dessa medel verkar lokalt och inte övrigt tas upp av kroppen, kan dosen kapslar upprepas vid fortsatta besvär, och det finns ingen övre dosbegränsning.

Information om Loperamid

Bilaga 11

Vad är Loperamid och hur fungerar det?

(Loperamid/Primodium/Imodium/Dimor, Tablett 1 mg, 2 mg)

- Loperamid är ett antidiarrémedel.
- Läkemedlet gör att föda passerar långsammare genom mag-tarmkanalen. Ju längre tid det tar för födan att passera ju mer vätska sugts upp så att avföringen blir fastare och därmed minskar/upphävs dina diarréepisoder. Även mjuk eller grötig avföring blir fastare.
- Loperamid kan även påverka den inre analsfinktern och öka tonus vilket ökar förmågan att hålla avföringen.
- Det tar 30 minuter för Loperamid att verka och effekten sitter i cirka 8-12 timmar.

Vilken dos är lämplig?

- Du måste prova ut vilken dos som passar dig, dosen är alltid individuell.
- Målet är att avföringen ska få normal konsistens utan att du blir förstoppad. Om du tar mer än vad du behöver så kan du bli förstoppad och tar du för lite så blir avföringen för lös eller för mjuk.
- Börja med en lägre dos ½ -2 tabletter och öka successivt till max 8 tabletter, om behovet finns. Du styr din dos utifrån dina besvär.

När ska jag ta Loperamid?

- 30 minuter före måltid eller aktivitet
- De flesta människor upplever att tarmaktiviteten ökar på morgonen, då kan man ta första dosen 30 minuter före frukost.
- Om du har nattliga trängningar/avföringar och/eller har mest problem på morgonen, ta då Loperamid **innan** du går och lägger dig.
- Om du har som rutin att ha tarmtömning och tar Loperamid på morgonen, kan du pröva att ta Loperamid **efter** tarmtömning, så att dosen anpassas till avföringens konsistens.

St . Mark´s inkontinensscore

Bilaga 12

Namn _____

Personnr _____ Datum _____

För att få en bild av ditt inkontinensmönster under den senaste månaden var snäll och fyll i tabellen nedan.
Läs noga igenom definitionerna.

Alla frågor är relaterade till tarmläckage, inte urinläckage. Om du använder inkontinensskydd för urininkontinens men inte för tarmläckage inkluderas inte detta. Däremot om du använder skydd för både tarm och urinläckage är det relevant att fylla i detta.

Aldrig = aldrig, **Sällan** = mer sällan än 1 g/månad, **Ibland** = 1g/månad – 1g/ vecka,
Ofta = mer än 1 g / vecka men ej dagligen, **Alltid** = dagligen

Analinkontinens senaste månaden

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Fast avföring	0	1	2	3	4
Lös avföring	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Påverkar daglig livsföring	0	1	2	3	4
			Nej	Ja	
Använder skydd			0	2	
Medicinerar mot läckage			0	2	
Oförmåga att hålla tillbaka trängning i 15 minuter			0	4	

Summa: _____

Instruktion: St Mark´s inkontinensscore: se ant nikolas text
0 = perfekt continent 24 = total inkont

Inkontinensscore - Wexner

Bilaga 13

Typ av inkontinens	Frekvens				
	Aldrig (0)	Sällan <1 g/mån	Ibland <1 g/vecka >1 g/mån	Ofta <1 g/dag >1 g/vecka	Alltid >1 g/dag
Fast avföring	0	1	2	3	4
Lös avföring	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Använder skydd	0	1	2	3	4
Påverkar daglig livsföring	0	1	2	3	4

Bedömning: 0 = perfekt kontinens, 20 = fullständig inkontinens **Summa:**

Kommentar:

Referenslista

Artiklar

Abdul H. Sultan et al. (2016) "An International Urogynecological Association(IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female AnorectalDysfunction". *Neurourology and Urodynamics (NAU)* (DOI 10.1002/nau.23055) and the *International Urogynecology Journal (IJJ)* (DOI 10.1007/s00192-016-3140-3)

Alavi K et al. (2015) Fecal Incontinence: Etiology, Diagnosis and Management. *J Gastrointest Surg*, 19:1910–1921

Bartlett, L., Nowak, M., & Ho, Y. (2009). Impact of fecal incontinence on quality of life. *World J Gastroenterol*, 15(26), 3276-82.

Bordeianou, L., Rockwood, N., Baxter, A., Lowry, A., Mellgren, A., & Parker, S. (2008). Does incontinence severity correlate with quality of life? Prospective analysis of 502 consecutive patients. *Colorectal Dis*, 10(3), 273-9.

Carrington E.V. (2014). A systematic review of sacral nerve stimulation mechanisms in the treatment of fecal incontinence and constipation, *Neurogastroenterology & Motility, Sep*; 26 (9):1222-37.

Coggrave M. (2014). Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. ". *Cochrane database of Systematic Reviews*.

Deutekom M. (2015). Plugs for containing faecal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul; 20;(7):CD005086.

Fader et al (2008). Absorbent products for moderate to heavy urinary and/or fecal incontinence in women and men. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 8;(4):CD007408.

Forte ML et al. (2016). Systematic Review of Surgical Treatments for Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. May;59(5):443-69.

Graf W, Mellgren A, Matzel K E, Hull T, Johansson C, Bernstein M. (2011) Efficacy of dextranomer in stabilised hyaluronic acid for treatment of faecal incontinence. *Lancet* 2011;377:997-1003

Halland M. (2012) "Fecal incontinence: mechanisms and management". *Gastroenterol. Jan*;28(1):57-62

Horrocks E.J. et al. (2014) Systematic review of tibial nerve stimulation to treat faecal incontinence, *BJS Society Ltd. Apr*;101(5):457-68.

Karin Bo. (2016) "An International Urogynecological Association(IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non pharmacological management of female pelvic floor dysfunction" *Neurourol.Urodynam* 9999;1-24

Kroug, K. & Christensson, P. (2009). Neurogenic colorectal and pelvic floor dysfunction. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology* 23; 531-543 (läs del 536-541)

Lundby L. (2011). "Management of fecal incontinence after treatment for rectal cancer". *Supportive and palliativ Care*. Mar;5(1):60-4.

Markland et al (2011). Weightloss improves fecal incontinence severity in overweight and obese women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal, September, Volume 22, Issue 9, pp 1151-1157.*

Norton C. et al. (2001). Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults—a systematic review. *AP&T. Volume 15, Issue 8, Pages 1147–1154.*

Norton, C. (2004). Nurses, bowel continence stigma and taboos. *JWOCN* 31(2); 85-94

Norton C. et al. (2006). Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Syst Rev.* 10.1002/14651858.CD002111. pub 2.

Norton, C., Chelvanayagam, (2010). Bowel problems and coping strategies in people with multiple sclerosis. *British journal of nursing, Feb 25-Mar 10;19(4):220, 221-6.*

Saldana Ruiz et al. (2017). Fecal Incontinence - Challenges and solutions. *World J Gastroenterol* 23;(1):11-24.

Stenzelius, K., Mattiasson, A., Rahm Hallberg, I., & Westergren, A. (2004). Symptoms of urinary and fecal incontinence among men and women 75+ in relation to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn* 23 (3), 211-222.

Van Koughnet JAM, Wexner SD. (2013) “Current management of fecal incontinence: Choosing amongst treatment options to optimize outcomes” *World J Gastroenterol*, 19 (48):9216-9230

Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja AK, et al. (2009) Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*, 137:51

Kontaktpersoner

Mari Dahlberg, Skånes Universitets Sjukhuset, Malmö.
Tel: 040-338128, mari.dahlberg@skane.se

Meta Gylin, (Södertälje sjukhus AB, Södertälje), Bäckencancer Rehab.Centrum (BCRC), Sabbatsbergssjukhus, Stockholm
Tel: 08-123 67 605, margareta.gylin@sll.se

Silvana Häggqvist, Sahlgrenska Universitets Sjukhuset /Östra, Göteborg.
Tel: 031-3435668, silvana.haggqvist@vgregion.se

Ann-Chatrin Sonesson Akademiska Sjukhuset, Uppsala.
Tel: 018-6112463, ann-chatrin.sonesson@akademiska.se

Eva Westling, (Danderyds sjukhus AB), Urogynmottagningen, Stockholm.
Tel: 08-6782750, eva.westling@urogyn.se

Riktlinjerna är framtagna av:

Mari Dahlberg, leg.ssk/uroterapeut, Skånes
Universitetssjukhus, Malmö

Meta Gylín, stomi/uroterapeut, (Södertälje Sjukhus AB),
BäckenCancer Rehab.Centrum, Stockholm

Silvana Häggqvist, leg.ssk/uroterapeut, Sahlgrenska
Universitets Sjukhuset/Östra, Göteborg

Ann-Chatrin Sonesson, stomiterapeut, Akademiska
sjukhuset, Uppsala

Eva Westling, leg.ssk/uroterapeut, (Danderyds Sjukhus AB),
UroGynmottagningen, Stockholm

© Copyright 2017-05