

# Riktlinjer för analinkontinens

## Riktlinjer för 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 Gylin, Södertälje Sjukhus AB, Södertälje

Eva Westling, Danderyds Sjukhus AB, Stockholm

Silvana Häggqvist, Sahlgrenska Universitets Sjukhuset/Östra, Göteborg

Ann-Chatrin Sonesson, Akademiska sjukhuset, Uppsala

### **Medicinsk faktagranskare, kolorektalkirurger:**

Marianne Stark, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Claes Johansson, Danderyds Sjukhus, Stockholm

Wilhelm Graf, Akademiska sjukhuset, Uppsala

---

# Innehållsregister

Bakgrund och definition analinkontinens

Orsaker och definition till analinkontinens - riskgrupper

Flödesschema basal 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 anus
- 2.2 Rekto/proktoskopi
- 2.3 Gynekologisk status

## Behandling basal nivå

- 3.1 Allmänna råd om livsföring
- 3.2 Kostråd
- 3.3 Bäckebottenmuskelträning
- 3.4 Inkontinenshjälpmedel
- 3.5 Läkemedel /tarmregleringsmedel

## Utredning specialistnivå

- 4.1 Fördjupad anamnes
- 4.2 Fördjupad tarmanamnes

## Undersökningar specialistnivå

- 5:1 Anorektalutredning
- 5:2 Gynekologisk utredning
- 5:3 Neurologisk utredning
- 5:4 Gastroenterologisk utredning
- 5:5 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 Bäckebottenträning för kvinnor
- Bilaga 6 Bäckebottenträning för män
- Bilaga 7 Information om Loperamid
- Bilaga 8 Inkontinensscore – St Marks

## Referenslista

## Kontaktpersoner

## Bakgrund analinkontinens

Analinkontinens är en oförmåga att kontrollera sin tarm avseende gas och/eller avföring och är ett symptom och inte en sjukdom.

Ofta finns det mer än en orsak till inkontinens, därför är adekvat utredning viktig.

Studier visar att förekomsten av analinkontinens är 2-10%. Prevalensen ökar med ålder och är nästan lika hög hos män som hos kvinnor.

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 också att det kan vara svårt att ta upp problemet med sjukvårdspersonal.

---

### Några definitioner

- **Analinkontinens;** läckage av gas, lös avföring och/eller fast avföring
- **Fekal inkontinens** utgör ett samlingsnamn för läckage av lös och fast avföring
- **Soiling** innebär nedsmutsning av underkläder eller skydd med slem eller avföring

---

### Följande symptom ska alltid utredas av läkare:

Blod i avföringen, viktnedgång, slemtillblandning i avföringen, aptitlöshet, buksmärta, smärta i samband med tömning och plötsligt ändrade avföringsvanor.

### Remittera direkt till specialist vid

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

Remissmall till specialist se bilaga 1

## Orsaker till analinkontinens

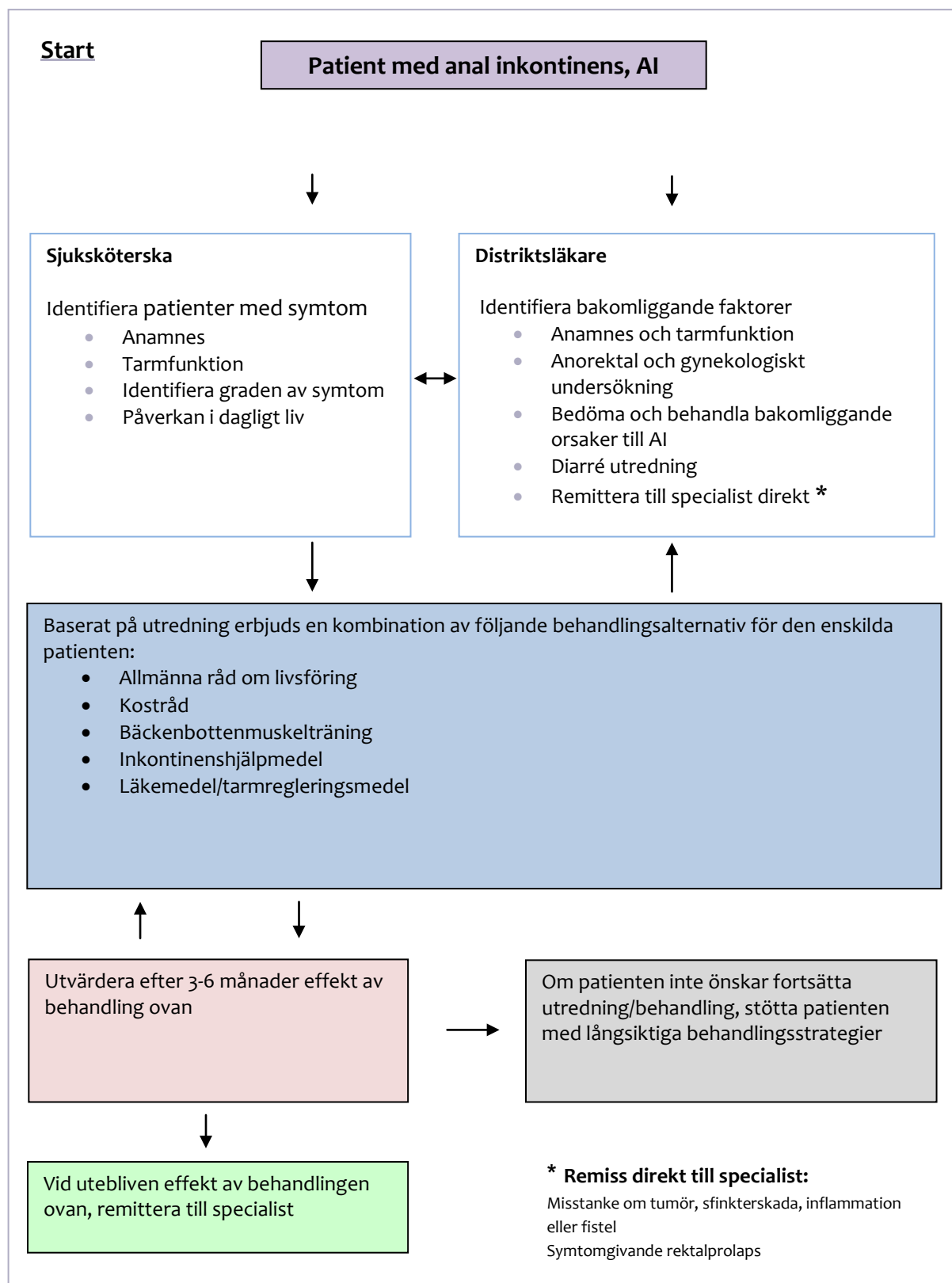
- **Avföringens konsistens** - lös avföring eller diarré.  
Bakomliggande faktorer kan vara infektion, inflammatorisk tarmsjukdom, IBS, födoämnesallergi, kostomläggning, läkemedel, oro och stress
- **Nedsatt funktion av slutmuskeln och/eller bäckenbotten** – nervskada i samband med förlossning, långdragen förstoppning med intensivt krystande, diabetes och ryggmärgsskador
- **Generell bäckebottensvaghet och/eller sänkning**
- **Tillstånd i analkanalen eller rektum** – en förmåga att förvara avföringen i ändtarmen till exempel vid inflammationer, polyper, tumörer, reктоcele (framfall) och fistlar
- **Neurologiska sjukdomar eller skador** - Multipel skleros (MS), diabetesneuropati, tumörer, ryggmärgsskador, spinal stenos, demens och stroke
- **Medfödda missbildningar** som ryggmärgsbräck och analatresi
- **Omgivningsfaktorer** - immobilitet
- **Psykologiska faktorer** – trauma, övergrepp eller mental ohälsa

## Riskgrupper

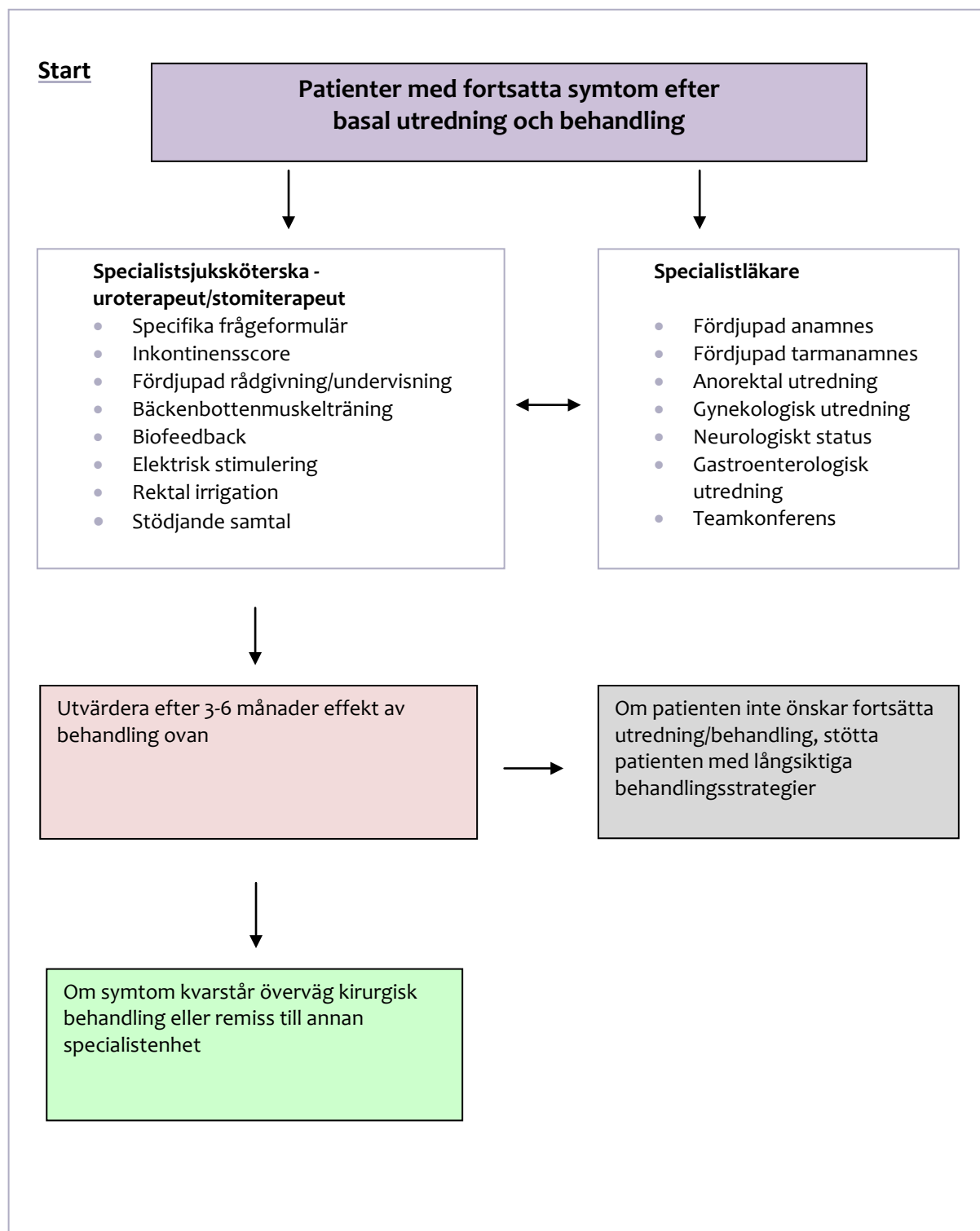
Vid följande tillstånd kan analinkontinens förekomma

- Urininkontinens
- Kvinnor med svag eller sänkt bäckenbotten
- Neurologisk sjukdom/skador
- Diarrétillstånd
- Efter anorektal kirurgi
- Efter strålbehandling i bäckenbotten
- Rektal- och vaginal prolaps
- Perianala besvär
- Förlossningsskador
- Svårt sjuka och äldre
- Övervikt

## Flödesschema basal, 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 bäckenbotten
- Urininkontinens, pågående eller tidigare utredning och behandling
- Diabetes
- Rökning
- Övervikt

### 1.2 Tarmfunktionsanamnes

- Debut av symptom
- Vilket är det största problemet med tarmfunktionen?
- Avföringens konsistens och frekvens? Bristolskala, se bilaga 2
- Läckage; gas /avföring, frekvens och omfattning?
- Hur påverkar läckaget det dagliga livet?
- Använder inkontinensskydd eller annat skydd?
- Förstoppning, svårt att tömma?

Bifogat frågeformulär är till god hjälp inför samtalet. Se bilaga 3.

## Undersökning basal nivå

### 2.1 Inspektion och palpation av anus

- Hud och slemhinneförändringar, hudflikar, rodnad
- Synlig eller palpabel sfinkterdefekt (palpation runt om sfinktern och mellan anus och vagina)
- Framfall av anal- eller tarmslemhinna
- Bedömning av knipförmåga och känsel
- Hemorroider
- Fissurer
- Fistlar

### 2.2 Rekto/proktoskopi

- Rektalpolyper/tumörer
- Analprolaps/rektalprolaps
- Inflammation eller sår
- Hemorroider

### 2.3 Gynekologisk status

- Inspektion av yttre och inre genitalia
- Bäckenbottensänkning/prolaps, vad händer vid knip och krystning?



## Behandling basal nivå

### 3.1 Allmänna råd om livsföring

- Sträva efter regelbunden tarmtömning
- Registrera avföringsvanor i tarmdagbok, se bilaga 4
- 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 läckage
- Nikotin kan stimulera tarmmotorik och öka risk för läckage

### 3.2 Kostråd

- Se över måltidsordning och matvanor
- Enkel kostanamnes/ 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

### 3.3 Bäckebottenmuskelträning

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

### 3.4 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.

### 3.5 Läkemedel/tarmregleringsmedel

- Många läkemedel kan ge diarré och förstoppning
- För fastare tarminnehåll kan bulkmedel (Lunelax, Inolaxol, HUSK, phylliumfrö) prövas. För att kunna utvärdera effekten är det viktigt att ta pulvret dagligen i minst 4 veckor
- Loperamid reglerar tarmens rörelsemönster och ger en fastare konsistens, se bilaga 7.

## Utredning specialist nivå

### 4.1 Fördjupad anamnes

- Utvärdering och uppföljning av tidigare utredning/behandling
- Specifikt frågeformulär avseende tarm-, uro- gynekologisk anamnes, se bilaga 3
- Inkontinensscore, se bilaga 8

### 4.2 Fördjupad tarmanamnes med kompletterande och/eller specifika undersökningar

## Undersökningar specialistnivå

### 5.1 Anorektal utredning

- **Kryststolsundersökning** - för bedömning av framfall
- **Analt ultraljud** - ultraljudsbilden visar om det finns skador på inre och yttre analsfinktern
- **Ultraljud av hela bäckenbotten** - analt, perinealt och vaginalt, visar anatomiska och funktionella förändringar vid knip och krystning
- **Anorektal manometri** - bedömning av funktion analt och rektalt avseende vilo-, kniptryck och rektal känsl
- **Defekografi** - röntgenundersökning av bäckenbottens anatomi och tarmtömning
- **Magnetrontgen** - visar strukturella avvikelser i bäcken och bäckenbotten

### 5.2 Gynekologisk utredning

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

### 5.3 Neurologiskt status;

EMG/Pudendalislätensmätning – visar bäckenbottens nervfunktion

### 5.4 Gastroenterologisk utredning

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

### 5.5 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 av uroterapeut, stomiterapeut eller specialistutbildad sjuksköterska/sjukgymnast

- Fördjupad rådgivning/ patientutbildning och stödande samtal
- Uppföljning av tidigare behandling
- Genomgång av livsstil och kost
- Bäckebottenmuskelträning med eller utan biofeedback
- Träning med basal kroppskänedom, avslappning och andningsteknik
- Tarmtömningsteknik
- Elektrisk stimulering
- Utprovning av analproppen och andra hjälpmedel
- Instruktion om lavemangsbehandling
- Hudvård (behandling av perianal dermatit)
- Eventuell insättning/optimering av fibertillskott och eller Loperamid
- Vid behov remiss till annan vårdgivare såsom smärtmottagning, sexolog, IBS-skola

### 6.2 Kirurgisk behandling

- Gynekologisk och/eller kirurgisk operation med syfte att stärka/stabilisera bäckenbotten
- Sfinkterplastik/perineoraphi, bakre vaginalplastik, rektalprolaps
- Sakral neuromodulering av pacemaker med elektroder som införes i korsbenet för att påverka nervfunktion till bäckenbotten
- Injektionsbehandling i analkanalerna med olika volymsexpanderande substanser
- 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, allergi- intoleransutredning
3. Prokto-rektoskopi, och/eller koloskopi/röntgen

#### **Till sist**

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

Remiss skickas till specialistmottagning:

---

---

---

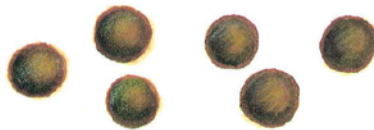
## Bristolskalan

## Bilaga 2

Källa : Lewis SJ, Heaton KW, Bristol

## 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



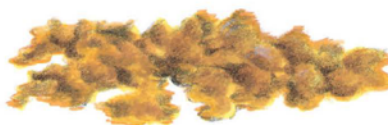
Liknar en korv, smidig och mjuk.

Typ 5



Mjuka klumpar med skarpa kanter (lätta att få ut).

Typ 6



Småbitar.

Typ 7



Vattnig utan klumpar. Enbart vätska.

# Frågeformulär

# Bilaga 3

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 siffra) \_\_\_\_\_ 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 underviker 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 alla frågor avseende tarmfunktionen under samtliga 21 dagar.

Personnr _____
Namn _____ 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 frågorna 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 brådskande 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, Bäckenbottencentrum, 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

## Information om Loperamid

Källa: Universitetssjukhuset MAS, Bäckentottencentrum

## Bilaga 7

### Primodium - Imodium - Dimor - Loperamid, Tablett 1 mg, 2 mg och Mixtur.

#### Vad är Loperamid?

Loperamid är ett tarmreglerande läkemedel som kallas antidiarremedel. Läkemedlet gör att din avföring blir mer fast och därmed minskar dina diarreepisoder. Loperamid kan även påverka den inre sfinktern och öka tonus där. Även mjuk eller grötig avföring blir fastare.

#### Hur fungerar det?

Loperamid gör att maten passerar långsammare i magtarm-kanalen och mer vätska suggs upp i tjocktarmen. Ju längre tid födan passerar genom tjocktarmen ju mer vätska suggs upp så att avföringen blir mer fast.

#### Vilken dos är lämplig?

Det varierar mycket i hur man reagerar på Loperamid. Du måste prova ut vilken dos som passar dig. Målet är att avföringen ska få normal konsistens utan att du blir förstoppad.

Ju mer du tar ju fastare blir avföringens konsistens. Om du tar mer än vad du behöver så blir du förstoppad och tar du för lite så blir avföringen för lös eller för mjuk.

Börja med en lägre dos och öka om så behövs långsamt över ett par dagar så att du vet hur kroppen reagerar.

Loperamid finns som tabletter eller som flytande.

Imodium, Dimor och Primodium är samma läkemedel.

Om du blir ordinerad flytande Loperamid så är 1 ml lika mycket som en tiondels tablett 5 ml är som en halv tablett och 10 ml är som 1 tablett.

Detta är ett bra alternativ om du har svårt för att ta tabletter eller om du behöver endast en liten dos för att få fast avföring.

#### När ska jag ta Loperamid?

De flesta människor upplever att tarmaktiviteten ökar på morgonen, så börja med att ta första dosen en halvtimme före frukost. Det tar 30 minuter för medicinen att verka och effekten sitter i 8-12 timmar. Om du har mest problem på morgonen ta då medicinen innan du går och lägger dig.

Ta inte Loperamid under längre perioder utan att ha pratat med din läkare

St. Mark's inkontinensscoreBilaga 8

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
			<b>Nej</b>	<b>Ja</b>	
Använder skydd			0	2	
Medicinerar mot läckage			0	2	
Oförmåga att hålla tillbaka trängning i 15 minuter			0	4	
<b>Summa:</b> _____					



## Referenslista

### Artiklar

**Abrams et al** (2010). 4th International consultation on incontinence recommendations of the International scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics* 29; 213-240

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

**Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, Lowry A, Lemoine M, et al** (2001)  
Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence.  
*Nursing Research*, 50(4):203-13

**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.

**Fader et al** (2008). Absorbent products for moderate to heavy urinary and/or fecal incontinence in women and men. Cochrane report.

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

**Karling et al** (2009). Function and dysfunction of the colon and anorectum in adults: working team support of the Swedish Motility Group. *Scand J of Gastroenterology* 44(6); 646-660

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

**Markland et al** (2011). Weightloss improves fecal incontinence severity in overweight and obese women with urinary incontinence

**Norton, C.** (2004). Nurses, bowel continence stigma and taboos. *JWOCN* 31(2); 85-94  
Norton, C., Chelvanayagam, (2010). Bowel problems and coping strategies

**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. *Neurorol Urodyn* 23 (3), 211-222.

**Whitehead WE, Wald A, Norton NJ** (2001). Treatment options for faecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2001;44:131-44

**Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja AK, et al.**  
Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors.  
*Gastroenterology* 2009;137:512-7

## Faktaböcker

**Abrams,P.,Cardozo,L.,Khoury,S.,&Wein,A**(2005). *Incontinence,3 rd International Consultation on Incontinence*. Vol. 2. ( s1521-1643)Health publication Ltd.

**Altman, D., Falconer. C., Zetterström. J.**,(2010). *Urogynekologi*.

**Dought, D.**( 2006). *Urinary and fecal incontinence, current management and concepts*. St. Louise: Mosby.

**Hultèn, L., Nordgren.S.,Öresland.T.**(1995) *Fekalinkontinens –ett gömt problem*. Janssen Cilag AB.

**Nyhlin, H.**,(red). (2008). *Medicinska mag –och tarmssjukdomar. Studentlitteratur*.

**Norton,C., Chelvanayagam,S.**( 2004). *Bowel continence nursing*. Beaconsfield Publishers LTD: Beaconsfield.

**Sjöberg, N.O.**, (red) (2001). *Analinkontinens hos Kvinnor Rapport 46*. Stockholm: SFGO, Svensk Förening för obstetrik och gynekologi, Arbets-och referensgrupp för urogynekologi och vaginal kirurgi i samarbete med Svens Förening för kolorektal kirurgi

**Stenius, M.**, (2011): *Om tarm-och blåsrubbning-Skitenkelt*. Råd och åtgärder vid ryggmärgsskada.

---

## WEBB-sidor

[www.viss.nu](http://www.viss.nu)

[www.sinoba.se](http://www.sinoba.se)

[www.vardhandboken.se](http://www.vardhandboken.se)

[www.kontinet.se](http://www.kontinet.se)

[www.nikola.se](http://www.nikola.se)

---

## Kontaktpersoner

- ❖ Mari Dahlberg, Skånes Universitets Sjukhuset, Malmö. Tel: 040-338128  
mari.dahlberg@skane.se
- ❖ Meta Gylin, Södertälje sjukhus, Södertälje Tel: 08-55024351  
margareta.gylin@sodertaljesjukhus.se
- ❖ Eva Westling Danderyds sjukhuset, Stockholm Tel: 08-12358026  
eva.westling@ds.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

## Anteckningar

