

PROSJEKTRAPPORT

Når enkle tilnærminger gjør stor forskjell

Tone Prøsch-Bilden (prosjektleder)
Rapport 1/2018

Mona Stedenfeldt

Marianne Nicolaisen



Nasjonal kompetansetjeneste for
inkontinens og bekkenbunnsykdom
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| SAMMENDRAG | 2 |
| PROSJEKTETS HENSİKT OG HOVEDMÅL | 3 |
| BAKGRUNN | 3 |
| Samhandling i helsetjenesten | 3 |
| Inkontinens og utbredelse..... | 4 |
| PORSJEKTGRUPPEN | 6 |
| DESIGN..... | 7 |
| Koordinators oppgaver i primærhelsetjenesten | 7 |
| REKRUTTERING | 9 |
| Rekruttering av kommuner | 9 |
| Prosjektkoordinator | 9 |
| Inkontinenskoordinator..... | 9 |
| ØKONOMISKE HOVEDPUNKTER | 10 |
| METODE..... | 11 |
| Utvalget | 11 |
| Etikk | 11 |
| Scoringsverktøy | 12 |
| Dataanalyse | 13 |
| Intervensjon | 13 |
| RESULTATER | 15 |
| Hjemmetjenesten..... | 15 |
| Sykehjem | 17 |
| DISKUSJON..... | 20 |
| UTFORDRINGER..... | 22 |
| OPPSUMMERING OG KONKLUSJON | 23 |
| REFERANSELISTE..... | 24 |
| VEDLEGG 1..... | 26 |
| VEDLEGG 2..... | 27 |
| VEDLEGG 3..... | 28 |
| VEDLEGG 4..... | 32 |

SAMMENDRAG

Det overordnede målet med prosjektet var å formidle og implementere grunnleggende kunnskap og verktøy i primærhelsetjenesten, slik at pasienter fikk et tilstrekkelig lavterskeltilbud i sin kommune for ivaretagelse av inkontinensomsorgen. Videre ønsket en å stryke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt bidra til en mer kostnadseffektiv helsetjenesten gjennom økt kunnskap bedret tjeneste. Prosjektgruppen ønsket å sette fokus på om en ved å endre rutiner, øke kunnskap og gi opplæring til helsepersonell kunne forebygge og behandle inkontinens, samt øke pasientenes livskvalitet og funksjon. Fellesnevneren for å kunne implimentere dette “der pasienten er”, ble å opprette en inkontinenskoordinator, som skulle være en lokal kompetansekilde samt bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Prosjektet viste at multifaktoriell intervensjon bidro til strekt økt kunnskap blant helsepersonell i forhold til å identifisere og håndtere inkontinensplager hos den eldre pasient, og hele 76 prosent av den samlede personalgruppa mente bruker/pasient fikk bedre inkontinensomsorg etter intervensjon. Lavterskeltilbud med konservativbehandling til hjemmeboende eldre resulterte i en markert reduksjon i grad av inkontinensplager, global livskvalitet økte og hele 47 prosent var «meget tilfreds» eller «svært tilfreds» med behandlingsresultatet.

Primærhelsetjenesten er gjennom samhandlingsformen pålagt å ivareta pasienter som kan ha helsegevinst av lavterskeltilbud. Implementering av en kunnskapsressurs og aktiv bruk av en inkontinenskoordinator, slik dette prosjektet var tiltenkt, tar tid å etablere. Basert på resultatene ser vi at en med fordel kan anbefale opprettelse av en fast stilling for inkontinenskoordinator i kommunens tverrfaglige behandlingsteam. Dette vil gi muligheter for rutinemessig kartlegging for inkontinens blant alle eldre i kontakt med tjenesten, sykehjemspasienter som hjemmeboende, samt være en ressurs for undervisning og faglig støtte for personalet. Videre bør en i tillegg aktivt jobbe for etablering av et behandlingstilbud i primærhelsetjenesten, der fastleger og andre aktuelle instanser, dirkete kan henvise alle pasienter som kan ha nytte av et lavterskel behandlingstilbud for inkontinensproblematikk.

Når enkle tilnærminger gjør stor forskjell

Samhandlingsprosjekt for å ivareta inkontinensomsorgen i primærhelsetjenesten.

PROSJEKTETS HENSIKT OG HOVEDMÅL

I 2012 ble samhandlingsreformen [1]; Rett behandling – på rett sted – til rett tid iverksatt. Reformen medførte at pasienter ble utskrevet fra sykehuset på et tidligere tidspunkt enn før, og primærhelsetjenesten fikk behandlingsansvar for pasienter med et mer sammensatt og kompleks sykdomsbilde. Målet til samhandlingsreformen var å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, tilpasset den enkelte bruker.

For å imøtekomme det økte kravene til kompetanse i primærhelsetjenesten, tok i 2013 Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, initiativ til å igangsette et prosjekt for å «ruste opp» primærhelsetjenesten med faglig kompetanse og verktøy for optimal behandling av pasienter med inkontinens (og bekkenbunnsykdom) i regionen. Prosjektet «Når enkel tilnærming gjør stor forskjell» skulle være med å utvikle og etablere grunnleggende kunnskap og verktøy i primærhelsetjenesten, slik at pasienter fikk et tilstrekkelig lavterskeltilbud i sin kommune for ivaretagelse av inkontinensomsorgen. Målet var å bidra til større grad av samhandling i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt bidra til en mer kostnadseffektiv helsetjenesten gjennom arbeid med forebygging, utredning og behandling av inkontinens.

BAKGRUNN

Samhandling i helsetjenesten

Demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. St.meld.47 [1] Samhandlingsreformen " Rett behandling på rett tid-på rett sted" er resultat av den økende eldre befolkning; flere lever lenge med kronisk sykdom og kreft, og komplekse sykdomsbilder. Det er økt behov for helsetjenester, og koordinerte tjenester, samt økt fokus på å begrense og forebygge sykdom.

Kommunens rolle er å utvikle nye måter å organisere arbeidet på. Dette på tvers av tradisjonelle bånd og faggrupper som vil kunne utvikle ny kunnskap om arbeidsmåter. Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar i å bidra til økt kunnskap. Både pasient og helsevesen lider på grunn av manglende kunnskap. Det vil si, kunnskapen eksisterer og er i stor grad veldokumentert, men tas ikke i bruk. I vårt prosjekt er etablering av en kompetanse/klinikerressurs, kalt inkontinenskoordinator, en måte å adressere dette kunnskaps- og implementeringsgapet.

Inkontinens og utbredelse

Urininkontinens

Urininkontinens (UI), definert av det International Continence Society som ufrivillig lekkasje av urin [2], er en relativt hyppig forekommende tilstand. I studier av den generelle populasjonen rapporterer majoriteten av studier en forekomst blant kvinner på 25-45% [2], og opp til 50% blant hjemmeboende eldre kvinner [3, 4]. UI hos menn er mindre studert, men en systematisk gjennomgang av 69 studier, som så på UI hos hjemmeboende eldre menn, viste en forekomst fra 5-32% [2]. Sett bort fra noen spesifikke nevrologiske tilstander, har gruppen «eldre» (<65år) den høyest kjente prevalensen av UI. Blant sykehjemsbeboere øker forekomsten av inkontinens drastisk, og så mange som 43 til 77% [5, 6] har en eller annen form for lekkasje. I takt med at levealderen i den vestlige verden øker, vil også den absolutte forekomsten av både urin- og avføringslekkasje øke [7].

Urinlekkasje er ofte assosiert med stressinkontinens eller symptomer på overaktiv blære som "urgency" (sterk trang/hastverk med eller uten urinlekkasje) og nokturi (vekt på natten av trangen til å måtte gå på toalettet). Blant eldre rapporteres det ofte om en miks av symptomer relatert til både stressinkontinens og overaktiv blære [8]. Stressinkontinens karakteriseres av ufrivillig lekkasje ved økt buktrykk, som ved fysisk aktivitet og anstrengelse, eller når en hoster, nyser eller ler [9] og har den høyeste prevalensen blant kvinner mellom 45-49 år [10]. Urge urininkontinens er ufrivillig unrinlekkasje forårsaket eller ledsaget av sterk trang og hastverk [9]. Forekomsten av urgeinkontinens hos både menn og kvinner øker med alderen [2]. Videre er nattlig vannlatning (n nokturi) også et symptom assosiert med overaktiv blære syndrom; det er definert som å bli vekt på natten av trangen til å måtte urinere [9], og kan ha en betydelig påvirkning både på søvn- og livskvalitet blant eldre. Blant eldre er det mer sannsynlig at de vil oppleve symptomer på overaktiv blære eller blandingsinkontinens, snarer enn ren stressinkontinens [11].

Analinkontinens

Anal inkontinens (AI) er av ICS definert som «enhver ufrivillig lekkasje av luft og/eller løs eller fast avføring». En noe smalere undergruppe er fekal inkontinens (FI) som referer til «enhver ufrivillig lekkasje av løs eller fast avføring» [12], der lekkasje av luft alene er ekskludert. FI har en høyere prevalens blant sykehjemsbeboere sammenliknet med den yngre befolkning, som ikke lar seg forklare av komorbiditet eller anatomiske og psykososiale endringer ved aldring alene [13]. Av tidligere studier av beboere på pleiehjem, anslåes en prevalens mellom 10-69% [14-16], men oftest rapporteres det å være mellom 40-55% [2, 14, 17, 18]. Ufrivillig lekkasje er assosiert med skam, sosial isolasjon og redusert livskvalitet, så vel som hygieniske utfordringer og hudirritasjon. Det ledere både direkte og indirekte til økte kostnader for helsevesenet, som en årsak for institusjonalisering av eldre pasienter [2, 13, 19], men også penger brukt på innlegg, personaltid brukt på skifte og stell av pasient, vaskeutgifter, hudirritasjon og infeksjoner [14].

En anser i dag at anal inkontinens er et relativt vanlig problem hos eldre, og selv om kvinner et mest representert i yngre alder (særlig hos de som har gjennomgått svangerskap og fødsel), smalner denne forskjellen seg ved aldring. Blant eldre pasienter er det mange faktorer som bidrar til AI på tvers av kjønn og etnisitet. Reversible risikofaktorer som løs avføring, obstipasjon, medisiner, uegnet bruk av lakserende avføringsmidler, tilgang til toalett og kvalitet på kontinenspleie er av stor betydning [14, 18-20]. Til tross for denne kunnskapen syns bruk av inkontinensinnlegg og toaletttrutiner å representere den vanligste «behandlingen» hos langtids-pleietrengende eldre.

UI og FI hos skrøpelige eldre er relatert til kognitiv svikt, funksjonsnedsettelse, diabetes mellitus, depresjon, obstipasjon og slag og ikke-hvit rase [7, 12, 17]. I tillegg er UI relatert til Parkisons, kronisk obstruktive lungesykdom (KOLS), nedre urinveissympomer (lower urinary tract symptoms; LUTS), urinveinsinfeksjon [7], og feilernæring [21]. FI er relatert til diare [12], og lengde på sykehjemsopphold [18]. I tillegg er inkontinens ofte dobbel, med både UI og FI hos samme pasient [22].

Konsekvenser av inkontinens

Urin- og avføringsinkontinens fører til en rekke plager av fysisk og sosial art som kan få viktige konsekvenser for selvfølelse, psyke, livskvalitet og livsutfoldelse. Bruk av offentlige transportmidler blir vanskelig, og mange isolerer seg hjemme for å ha tilgang til toalett og badrom i umiddelbar nærhet. Sosial isolasjon er for mange en konsekvens av lekkasjeproblematikk og fører blant annet til manglende tilhørighet, reduksjon av sosialt nettverk og redusert engasjement. Dette vil påvirke helsestatusen med øket risiko for sykdom eller forverring av eksisterende sykdom, videre vet vi at sykehjems pasienter med inkontinens lider ofte av assosiert dermatitt [23], og rapportere om skamfølelse og redusert livskvalitet. Inkontinens er også assosiert med høy økonomisk kostnad, økt risiko for institusjonalisering, skrøpeligheit, brudd og depresjon. [5].

Lekkasjeproblematikk hos eldre henger ofte sammen med et kompleks symptombylde, og må sees i sammenheng med aldersrelaterte endringer og den totale medisinske helsetilstand. På grunn av høy forekomst av sykdom, som til eksempel diabetes og cerebrovaskulærhendelser, bruker eldre ofte mange type medisiner, som kan påvirke både blære og tram, samt evnen til å være kontinent [24]. Videre har individer med medfødt eller ervervede skade/sykdom i sentralnervesystemet, betydelig høyere risiko for nevrologisk blære- og tramdysfunksjoner. Inkontinens hos skrøpelige eldre er normalt et resultat av flere overlappende risikofaktorer, inkludert aldersrelaterte fysiologiske endringer, komorbiditet, polyfarmasi, funksjonell- og kognitiv svikt. Konsekvensene av inkontinens påvirker ikke bare individet, men også omsorgspersonene og nære pårørende, med påfølgende økt byrde for de og økt sannsynlighet for institusjonalisering [7]. Evaluering, behandling og tilrettelegging for skrøpelige eldre med inkontinensproblematikk, krever dermed en bredere tilnærming enn hos yngre. For eksempel er redusert mobilitet sterkt assosiert med urininkontinens hos eldre personer [7], så vel som en direkte påvirkning av tarmens mobilitet og økt fare for obstipasjon [25]. Sykehjemsbeboere med UI har en betydelig dårligere funksjon relatert til selvstendige dorutiner, sammenliknet med kontinente beboere [26], og innlegges på sykehjem er en faktor i seg selv, som kan påvirke evnen til å være kontinent. Palmer med kollegaer [27] rapporterte at blant 430 nye sykehjemsbeboere, ble 22% av de som initialt var kontinente inkontinent i løpet av et år. Videre skiller også urininkontinens på sykehjem seg ut ved å være mer alvorlig, utgjør en større kostnad og større byrde for omsorgspersoner sammenliknet med UI hos hjemmeboende [5, 28].

Videre vet vi at det er en sammenheng mellom inkontinens og økt fallrisiko [11]) Faktorene assosiert med fall og inkontinens blant eldre kan ofte være relatert til hverandre. Redusert mobilitet, behov for ganghjelpemidler, forflytningsvansker, redusert syn, kognitiv svikt, bruk av flere medikamenter, hindringer i miljøet, lavt blodtrykk og svimmelhet kan bidra til både økt risiko for fall og økt risiko for inkontinens relatert til vansker med å komme seg på toalettet. Tilrettelegging og tilpasning av hvilken som helst av disse risikofaktorene kan ha en effekt på å redusere både fall og inkontinensepisoder [11, 29].

PORSJEKTGRUPPEN

Prosjektet er utviklet i samarbeid med forskere og klinikere innen fagfeltet representert nasjonalt fra tre ulike helseforetak i Norge, og internasjonalt.

Tabell 1 Prosjektgruppen

| | |
|--|--|
| Christine Norton | Christine Norton, PhD MA RN Florence Nightingale Foundation Professor of Clinical Nursing Research Imperial College Healthcare NHS Trust & King's College London |
| Siv Mørkved | Fysioterapeut, professor ved Det Medisinske Fakultet, NTNU, forskningssjef ved St. Olavs Hospital. Har i flere år forsket innen tema urin- og analinkontinens og bekkenbunnsplager |
| Susan Saga | Sykepleier med cand. mag. fra UiB og Phd. polit fra NTNU. Doktorgradsprosjektet har tema innen analinkontinens og obstipasjon blant eldre pasienter på sykehjem |
| Anne Vinsnes | Professor ved HiST. Bakgrunn som sykeleier, uroterapeut. Ekspertise er aldring, eldreomsorg, inkontinens og helsepersonells holdning. |
| Anne Kristin tangen | Sykepleier og uroterapeut, avdelingsleder, hjemmesykepleien på Ottestad, Hamar |
| Liv Heidi Skotnes | Sykepleier, arbeider på sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag og er en del av geriatrisk team. Avlagt doktoravhandling innen tema "forstyrrelser i de nedre urinveier hos gamle på sykehjem |
| Arnfinn Seim | Professor ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Jobber også som allmennlege. Har i mange år forsket innen urininkontinens og allmennpraksis |
| Mona Stedenfeldt Prosjektansvarlig Veileder og medforfatter prosjektrapport | Fysioterapeut MSc PhD. Rådgiver, Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom Kvalitetsrådgiver St. Olavs Hospital |
| Steen Buntzen Prosjektleder | Spesialist innen gastrokirurgi, professor, arbeider som fag- og forskningsleder ved KIB og som gastrokirurg ved gastrokir avd UNN. Massiv forskning innen fekalinkontinens. |
| Kari Johannessen | Sykepleier og tverrfaglig koordinator ved Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkebunnsykdom |
| Marianne Nicolaisen Prosjektansvarlig og veileder | Spl/uroterapeut, MSc. Leder ved Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom |

Prosjektarbeidere

Tabell 2 Prosjektmedarbeider

| | |
|---|--|
| Elisabeth Jacobsen Skjernes | Medisinstudent/turnuslege Prosjektkoordinator September 2015 – Februar 2016 |
| Anne Marvik | Spesialsykepleier Prosjekt- og inkontinenskoordinator Mai 2016 – August 2016 |
| Airin Nilsen Nordgård | Sykepleier Inkontinenskoordinator Mars 2016 – Desember 2017 |
| Tone Prøsch-Bilden Forfatter prosjektrapport | Fysioterapeut Prosjekt- og inkontinenskoordinator August 2016 – Desember 2017 |

DESIGN

Det overordnede målet med prosjektet var å formidle og implementere grunnleggende kunnskap og verktøy i primærhelsetjenesten, slik at pasienter fikk et tilstrekkelig lavterskeltilbud i sin kommune for ivaretagelse av inkontinensomsorgen. Videre ønsket en å stryke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt bidra til en mer kostnadseffektiv helsetjenesten gjennom økt kunnskap bedret tjeneste. Prosjektgruppen ønsket å sette fokus på om en ved å endre rutiner, øke kunnskap og gi opplæring til helsepersonell kunne forebygge og behandle inkontinens, samt øke pasientenes livskvalitet og funksjon. Fellesnevneren for å kunne implimentere dette “der pasienten er”, ble å opprette en inkontinenskoordinator, som skulle være en lokal kompetansekilde samt bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Det ble besluttet at en liten og en mellomstor kommune skulle inkluderes i studie. Begge kommunene representert med en sykehjemsavdelinger på et gitt sykehjem, samt en hjemmetjenestesone.

Prosjektperioden var fra januar 2015 ut desember 2017.

Koordinatorers oppgaver i primærhelsetjenesten

Inkontinenskoordinator skulle ivareta praktiske løsninger opp mot institusjoner og behandlingssteder i første omgang rettet mot de enheter knyttet til prosjektet. Den skulle være en kompetanseperson for helsepersonell i primærhelsetjenesten, samt fremme samhandling og rutiner innen forebygging, utredning og behandling av inkontinens. Videre skulle koordinatoren bidra til kunnskaps- og kvalitetsheving.

Intervensjonen var todelt:

1. Undervisningsprogram for helsepersonell for å øke fokuset på AI og UI, konsekvensene det har for bruker og samfunnet, samt gi kunnskap om hvordan det kan identifisere, vurderes, forebygges og behandles hos eldre pasienter (multifaktoriell intervensjon)
2. Gi et lavterskel behandlingstilbud til hjemmeboende eldre (singel intervensjon)

Tiltak knyttet opp mot kommunehelsetjenesten

Utdanning/kurs

- Direkte kursing av sykehjemspersonale/ hjemmetjeneste som vektla forskningsbasert kunnskap.
- Innføring av rutiner som bidrar til endring av livsstil som toaletterutiner, fysisk aktivitet, kosthold og diverse hjelpemidler.

Videre var det i prosjektbeskrivelsen besluttet at ved/om ledig kapasitet skulle inkontinenskoordinator holde kurs, opplæring og samarbeid med helsesøstre, jordmortjenesten og fysioterapitjenesten i kommunene i forhold til svangerskapskontroll og oppfølging etter fødsel. Blant annet med fokus på forebygging og behandling av obstetriske sfinkter skader. En så også for seg at fastleger trengte gode rutiner for å håndtere de med inkontinensplager. Dette være seg bruk av skåringssystem, henvisningsrutiner, kjennskap til behandlingsoalternativer og hvilke tilbud som finnes innenfor spesialisthelsetjenesten. Inkontinenskoordinatoren skulle i samarbeid med prosjektkoordinatoren kunne gjennomføre informasjonsmøter, kurs og opplæring for fastlegene i kommunen.

Behandling

Det var planlagt at inkontinenskoordinator skulle kunne gi konservativ behandling til pasienter og utføre egen behandling. Tiltakene inkluderte bekkenbunnstrening, livsstils- og kostholdsveiledning, medikamentell rådgivning og informasjon/opplæring i anal irrigasjon. Ønsket var at behandlingstjenesten skulle være i tett samarbeid med fastlegene og fysioterapeuter i kommunen, slik koordinatoren kunne lære opp flere til å utføre konservativ behandling, og på den måten sikre at tilbudet ikke ble for sårbart.

Pasientene som ville ha nytte av dette tilbudet var de som tidligere kom inn til spesialisthelsetjenesten for å få konservativt behandling for sin inkontinensproblematikk, noe som utgjør ca 60% av alle henviste for tilstandene. I tillegg antok en at økt kompetanse hos helsepersonell ville virke forebyggende på generelle inkontinensrelaterte helseplager.

Koordinator oppgave opp mot spesialisthelsetjenesten

Koordinator skulle innhente og motta kunnskap og veiledning fra Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB) i henhold til styrende dokumenter og gjeldende rutiner på fagfeltet. Vedkommende skulle kunne anvende retningslinjer for forebygging og behandling av inkontinens, og bruke scoringsverktøy som var relevante i inkontinensomsorg og behandlingsforløp. For eksempel bruk av måleinstrumenter for omfang inkontinens (St. Marks og ICIQ-UI) og livskvalitet.

Koordinator skulle bistå kravet med dokumentering på effekt og kvalitet, samt bidra til å utvide Norsk kvalitetsregister for behandling av analinkontinens, eller bidra til utvikling av lokalt kvalitetsregister til å inkludere pasientene om mottar konservativ behandling i primærhelsetjenesten.

Fremdriftplan for aktiviteter før intervensjonen, under intervensjonen og etter intervensjonen ligger som vedlegg 1

REKRUTTERING

Rekruttering av kommuner

Primo 2015 var «mellomstor kommunen» rekruttert til prosjektet, med forankring hos kommuneoverlege, og senere etats- og enhetsledere for sykehjem og hjemmetjeneste. Det tok imidlertid ytterligere 12 måneder før det var avklart hvilke hjemmetjenestesone og sykehjemsavdeling som skulle delta. Etter flere runder med tilfeldig utvalgte «små kommuner», lyktes en først i slutten av november 2015 å få rekruttert en til prosjektet, forankret hos virksomhetsleder for henholdsvis sykehjem- og hjemmetjeneste. De ønsket å finne en kandidat til stillingen som inkontinenskoordinator blant sine egne. Hvilke bogruppe og hjemmetjenestesone som skulle delta, ble besluttet først når inkontinenskoordinator var på plass mars 2016. For praktisk gjennomføring var det ønske om at hjemmetjenestesonene skulle være mest mulig demografisk samlet. Totalt er det loggført 20 dialogmøter initiert av Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, før endelig forankring av hjemmetjenestesoner og sykehjemsavdelinger forelå.

I dette prosjektet har vi ikke lyktes i å få til et samarbeid med fastlegekontorene knyttet til de ulike kommunene i sin helhet. På individbasis har inkontinenskoordinator etter behov og samtykke fra bruker, samarbeidet med fastlegen i enkelttilfeller.

Prosjektkoordinator

Stillingen ble utlyst i flere omganger, både internt og eksternt. Fra første utlysning i mai 2015, gikk det 15 måneder før endelige prosjektkoordinator var på plass august 2016. I 10 av disse 15 månedene var stillingen dekt av to ulike koordinatore. Totalt har 3 ulike prosjektkoordinatorer ledet prosjektet, hvorav kun 2 av de overlappet hverandre i en kortere periode.

Inkontinenskoordinator

Mellomstor kommune

Det lot seg ikke gjøre å finne aktuell kandidat til stillingen i kommunen, som allerede var knyttet til de aktuelle bogrupperne og hjemmetjenestesone. Stillingen ble utlyst internt og eksternt i flere omganger, det ble etter hvert en lang prosess og prosjektet var allerede godt i gang før endelig inkontinenskoordinator var på plass august 2016. Da var allerede baseline gjennomført.

Liten kommune

Virksomhetsleder var, i samarbeid med sine medarbeider, svært innstilt på å finne en kandidat til inkontinenskoordinatorstillingen i egen kommune, for å sitte igjen med en kompetanseperson etter endt prosjektperiode. Av fire kandidater, var det en som til slutt takket ja. Vedkommende fikk innvilget 50% permisjon fra sin fulle stilling som sykepleier på omsorgssenteret, og gikk dermed fra 1. mars 2016 inn i 50% stilling som inkontinenskoordinator.

Opplæringsprogram inkontinenskoordinator

På bakgrunn av tidligere holdt undervisning til sykepleierstudenter og evaluering av denne, og på bakgrunn av rollebeskrivelse for inkontinenskoordinator utarbeidet prosjektkoordinator et undervisning- og opplæringsprogram for inkontinenskoordinatoren. Programmet bestod i en dag konsentrert undervisning om fekalinkontinens, en dag om urininkontinens, med teoretisk innføring og demonstrasjon av utstyr brukt i konservativ behandling. Deretter tilrettelagt for hospitering ved

utredningspoliklinikk drevet av både sykepleier og lege, alt etter hva inkontinenskoordinator opplevde å ha behov for på bakgrunn av kandidatens kunnskap og erfaring.

ØKONOMISKE HOVEDPUNKTER

Tabell 3 Utgifter

| KATEGORI | 2015 | 2016 | 2017 | TOTALT | KOMMENTAR |
|---|------------------|------------------|------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Lønn | 234 287,- | 625 708,- | 915 839,- | 1 775 834,- | |
| Utstyr til prosjektet | 396 177,- | 1 481,- | 8,- | 397 666,- | 2015: Bladderscan 333 270,- |
| Reiser/møter, Kurs/opplæring av koordinatorer | 84 850,- | 27 254,- | 39 211,- | 151 315,- | |
| Direkte driftskostnader | 3 042,- | 1 613,- | | 4 655,- | |
| TOTALT | 718 356,- | 656 056,- | 955 058,- | 2 329 470,- | |

Det var bevilget tre millioner til prosjektet, av disse er 2 329 470,- kostnadsført direkte på prosjektet. Ut fra prosjektbeskrivelsen var det budsjettert utgifter på en million i året i perioden 2015-2017, hvorav lønnsmidler utgjorde kroner 650 000 for 2015, og kroner 923 550,- pr år i 2016 og 2017 (Vedlegg 2). Grunnet den lange prosessen med å få ansatt en prosjektkoordinator, og senere inkontinenskoordinator, var det i all hovedsak fag- og forskningsleder, samt leder, ved Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, som tok jobbet med inklusjon av kommuner og plan for praktisk gjennomføring, loggført med 20 dialogmøter, før endelig bestemmelse var på plass. Tid bruk og lønnsmidler til disse er dekt av Nasjonal kompetansetjeneste, og fremkommer ikke i oversikten over. Gapet mellom innvilget budsjett og faktiske utgifter, tilskriver seg i sin helhet lønnsutgifter i 2015 og 2016.

METODE

Utvalget

Intervensjonen var todelt. Målgruppen var både helsepersonell og pasient/bruker i primærhelsetjenesten. I samsvar med prosjektbeskrivelsen skulle alle pasientene over 18 år med urin- og/eller fekalinkontinens ved de aktuelle sykehjemsavdelingene og hjemmetjenestesonene inkluderes. Eksklusjonskriterier var alder <18år og terminale pasienter. All datainnsamling foregikk fra juni 2016 til september 2017.

Personalet

Personalgruppen bestod av sykepleiere, spesialsykepleiere, hjelpepleiere, assistenter, lærlinger, studenter, leger, ergoterapeut og annet pleiepersonell, alle representert ved 2 eller flere undervisningsbolker. Avdelingsledere, bogrupperkoordinatorer og fagansvarlig deltok også. Sykehjemmene valgte å tilrettelegge for avspasering for de som møtte på undervisning utenfor normal arbeidstid, mens en i hjemmetjenesten forsøkte å legge undervisning til dedikert fellestid der flest mulig var samlet. Nattevakter på alle respektive plasser fikk informasjon om prosjektet, men majoriteten har ikke deltatt på undervisning. Helsepersonell samtykket til registrering av kompetanse ved å besvare spørreskjema.

Pasient/Bruker

Hjemmetjenesten

Alle aktuelle pasienter i hjemmetjenesten fikk informasjon om prosjektet og tilbud om deltagelse. For god ivaretagelse av brukerne, var det besluttet at pleiepersonalet i hjemmetjenesten skulle levere ut informasjonsskriv til brukerne (Vedlegg 3). De som ønsket å delta i prosjektet ble bedt om å fylle ut samtykkeskjema i slutten av informasjonsskiver, som så ble levert inkontinenskoordinator. Hjemmetjenesten i henholdsvis liten og stor kommune rapportert at totalt 120 brukere fikk informasjon om prosjektet og ble forespurt om de ønsket å delta. Av disse takket 21 brukere ja til videre oppfølging av inkontinenskoordinator, hvorav 2 ble ekskludert etter kartlegging grunnet ingen lekkasjeproblematikk, samt 1 som gikk bort i løpet av intervensjonsperioden.

Sykehjem:

Dette prosjektet omfattet pasienter fra to kommunale sykehjem, representert med to avdelinger, 10 bruker på hver avdeling. Totalt 40 beboere ved fullt belegg. Sykehjemmene var ordinære sykehjem med alle pasientkategorier. I samråd med personvernombudet ved UNN Tromsø, var det besluttet at mental habitus og usikkerhet knyttet til samtykkekompetanse hos kognitivt svekket personer på sykehjemmene, ikke var et eksklusjonskriterie. Inkontinens blant kognitivt svekket personer er et kjent og en høyst aktuell problemstilling, og registrering av potensiell endring blant denne pasientgruppen er essensielt for å kvalitetssikre helsehjelpen som gis. Hos pasienten i sykehjem var det dermed pleiepersonalet som utførte registreringene, og inkontinenskoordinator som håndterte innhentet data og lagring av dette.

Etikk

Studiet ble vurdert og godkjent av Personvernombudet Universitetssykehuset Nord-Norge, ved sikkerhetssjef Per Bruvold. Det ble ikke opprettet noen personidentifiserbare elektroniske registre. (Vedlegg 4)

Scoringsverktøy

Scoring/kartlegging av bruker/pasient i hjemmetjenesten

AI var definert som ufrivillig lekkasje av luft, flytende og/eller fast avføring. Hos hjemmeboende eldre ble symptomene vurdert ved hjelp av St.marks skåringskjema, et validert skåringsverktøy som inneholder syv spørsmål for gradering av symptombyrde for AI i løpet av de siste 4 uker. Totalscoren går fra 0 – 24. Symptombyrden ble gradert i forhold til klinisk relevans; 0-3 = «ingen AI», 4-8 = «mild/moderat AI» ≥ 9 «alvorlig AI». For å kunne si noe om andelen med AI, ble skåringene også klassifisert som 0-3 = «ingen AI» ≥ 4 = «AI». UI var definert som symptomatisk ufrivillig lekkasje av urin. Hjemmeboende eldre fylte ut det validerte skåringskjemaet ICIQ-UI SF, som er utformet for å evaluere type UI, samt prevalens, alvorlighetsgrad og påvirkning av livskvalitet. Totalscoren går fra 0-21. For å kunne si noe om andelen med UI, ble skåren klassifisert som 0= «Ingen UI» og 1= «UI». Videre, for klinisk relevans, ble grad av UI kategorisert som 1-8= «mild» og ≥ 9 = «moderat/alvorlig». Avslutningsvis ble brukerne i hjemmetjenesten i tillegg kartlagt i forhold til tilfredshet med tilværelsene og livskvalitet med spørsmålene: «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelse eller stort sett misfornøyd?» Svaralternativene var 1 = «svært misfornøyd», 2= «meget misfornøyd», 3= «nokså misfornøyd», 4= «både/og», 5 = «ganske fornøyd», 6= «meget fornøyd» og 7 = «svært fornøyd». Videre ble de spurt «hvordan er din generelle livskvalitet?» som skulle scores på en numerisk skala fra 0 = verst tenkelig til 10 = best tenkelig. Etter intervensjonen ble også de samme brukerne spurt om «hvor fornøyd er du med behandlingstilbudet per i dag, er du stort sett fornøyd eller stort sett misfornøyd?», samt «hvor fornøyd er du med behandlingsresultatet, er du stort sett fornøyd eller stort sett misfornøyd?» med svaralternativene; 0= «har ikke fått behandling», 1 = «svært misfornøyd», 2= «meget misfornøyd», 3= «nokså misfornøyd», 4= «både/og», 5 = «ganske fornøyd», 6= «meget fornøyd» og 7 = «svært fornøyd».

Inkontinenskoordinatorene i henholdsvis liten – og stor kommune gjennomgikk alle scoringsskjemaene sammen med bruker.

Scoring/kartlegging av sykehjemsbeboer

På sykehjemmene ble alle beboere på inkluderte avdelinger registrert av personalt i 5 dager før og etter intervensjon. På et avkryssingsskjema skulle personalet skrive opp hver gang bruker gikk, eller ble fulgt, på toalettet, samt registrere om de hadde hatt lekkasje av urin eller avføring i innlegg/klær. Det ble samlet data på antall toalettbesøk i døgnet gjennom 5 døgn, samt antall lekkasje for urin og/eller avføring. På grunn av ressursbruk ble ikke innlegg veid. Sykehjemsavdelingene mottok ingen økonomisk kompensasjon.

Scoring/kartlegging av personalet

Før oppstart av intervensjon ble hele personalgruppen på sykehjemmene og i hjemmetjenesten bedt om å vurdere hvorvidt de selv opplevde at de hadde tilstrekkelig kunnskap til å vite hvordan de skulle identifisere inkontinensplager hos beboere/pasienter, samt sette i verk tiltak for å behandle slike plager, samt om de ønsket undervisning og veiledning. I slutfasen av prosjektet besvarte personalgruppen et evalueringsskjema (Vedlegg 3), der en ønsket å kartlegge hvorvidt undervisning og veiledning har bidratt til økt kunnskap, og i neste rekke om økt kunnskap har ført til endret praksis. Skriftlig tilbakemelding var anonymisert, og i rapporten kodet som HP (for helsepersonell) eller P (pasient) + ID-nummer besvarelsen fikk i SPSS-filen; f.eks [HP9] eller [P150]

Dataanalyse

Innsamlet data er lagt inn av tidligere og nåværende prosjektkoordinator. Det er kontrollert fire ganger for å hindre at analyse utføres med feilpunsjede svar. En av kontrollene ble utført i samarbeid med inkontinenskoordinator, en annen i samarbeid med en kollega uten tilknytning til studiet (Marianne). Koding og databearbeiding er utført i samarbeid med prosjektansvarlig. Dataen ble analysert ved bruk av SPSS Statistics 24 (SPSS Inc, IL, USA). Dataen ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk.

Intervensjon

Undervisning:

Undervisningsprogrammet ble utviklet i henhold til anbefalinger om hvordan forskning best kan implementeres, i kombinasjon med pedagogiske teorier og erfaringer fra fagmiljøet hos Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom UNN Tromsø [30-32]. For å sikre at intervensjonen traff målgruppen, hadde prosjektkoordinator to møter med fagutviklingsansvarlig og erfaren spesialsykepleier på sykehjemmet for å diskutere innhold og progresjon i undervisning, samt samtale med enhetslederne. Målgruppen for undervisningen var sykepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere og sykehjemsleger. Fellesnevneren for målgruppe for undervisning var at de alle jobber med syke og/eller pleietrengende eldre pasienter.

Undervisningen ble delt opp i 4 bolker: Bolk 1 = Normalfunksjon nedre urinveier og tarm. Bolk 2: «De gamle vannveier» - urininkontinens: forebygging og konservativ behandling. Bolk 3: Konservativ behandling av obstipasjon og analinkontinens hos den eldre pasient. Bolk 4: Demonstrasjon konservative hjelpemidler og praktisk øving i bruk av blærescanner. Undervisningen ble tilpasset målgruppene – fra undervisning tilrettelagt for sykepleiere og leger, til samlet undervisning på tvers av faggrupper og bakgrunn. Koordinatoren brukte caser fra de aktuelle institusjonene til å skape en refleksjonsdialog rundt temaet. I tillegg deltok inkontinenskoordinator på legevisitt på sykehjem og gruppemøter i hjemmetjenesten, for å være en aktiv sparringspartner og veileder ved gjennomgang av aktuelle brukere.

Gjennom prosjektet ble det kjøpt inn 4 blærescannere som de 4 rekrutterte plassene skulle få overta etter prosjektperioden. Disse var tilgjengelig under hele prosjektperioden. Det ble gitt opplæring i praktisk bruk, samt fortløpende veiledning igjennom hele intervensjonsperioden.

Tabell 4 Oversikt over gitt undervisning og inkontinenskoordinators direkte kontakt med primærhelsetjenesten

| | Liten kommune | | Stor kommune | | Totalt |
|----------------------------------|---|--|--|---|---|
| | Hjemmetjeneste | Sykehjem | Hjemmetjeneste | Sykehjem | |
| Undervisning | 1t Fordelt Bolk 1 +2: | 13t Fordelt: 2x Bolk 1: 10 stk 2x Bolk 2: 8 stk 3x Bolk 3: 6 stk Bolk 4: etter behov | 5t Fordelt: Bolk 1: 30 stk Bolk 2: 11 stk Bolk 3: 18 stk Bolk 4: 10 stk | 13t Fordelt: 3x Bolk 1: 38 stk 2x Bolk 2: 29 stk 2x Bolk 3: 29 stk 2x Bolk 4: 18 stk 2x Oppsummering: 20Stk | 32t |
| Veiledning personal | 0t | Tilstedeværelse i det daglige | 3t | 80t 18x 4t legevisitt = 72t + 4t bladderscan + 4t veiledning personal i stell | 83t dedikert tid + daglig tilstedeværelse |
| Oppfølging enkelt brukere | 63t Fordelt: 40x 1t hjemmebesøk 39x 30min telefon 14 x 15min korrespondanse annet helsepersonell | 3t | 98t Fordelt: 76 x1t hjemmebesøk 26x 30 min telefon 35x 15 min korrespondanse annet helsepersonell | 10t | 174t |
| Totalt | 64t | 16t | 105t | 103t | 288t |

Konservativ behandling

Alle pasienter rekruttert fra hjemmetjenesten, samt enkelte brukere på institusjonene fikk individuell konservativ behandling og oppfølging fra inkontinenskoordinator. Behandlingen innebar bekkenbunnstrening, livsstil- og kostholdsveiledning, tilrettelegging av miljø, fallforebyggende tiltak og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlege; medikamentell rådgivning. Inkontinenskoordinator holdt samarbeidsmøte med hjemmetjenestene, hadde dialog med fastlegene, sørget for videre henvisning av aktuelle kandidater som trengte oppfølging i spesialisthelsetjenesten, samt koordinerte oppfølging hos fysioterapeut der en anså det som nødvendig. De hjemmeboende eldre som var inkludert i studie, fikk i snitt 6,44 (SD 3,62) hjemmebesøk av inkontinenskoordinator, samt 3,56 (SD 1,98) oppfølginger pr telefon. I tillegg var inkontinenskoordinator i snitt 2,94 (SD 2,74) ganger i korrespondanse med annet helsepersonell på vegne av brukeren.

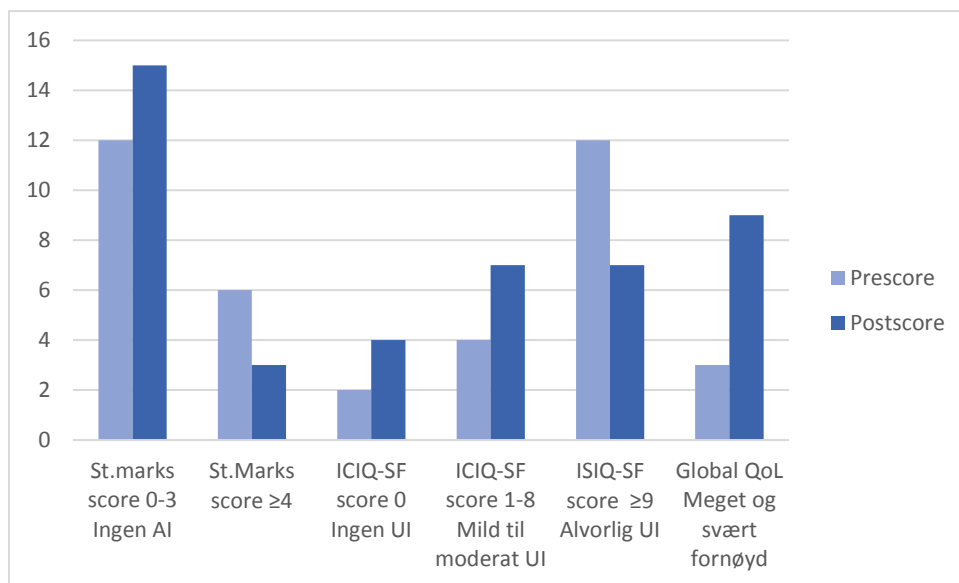
RESULTATER

Hjemmetjenesten

Pasienter

Hos pasienten i hjemmetjenesten er det 6 måneder med oppfølging av inkontinenskoordinator mellom pre- og postscore. Totalt 15 kvinner (83,3%) og 3 (16,7%) menn fullførte pre- og postscore. Gjennomsnittsalder 81,4 år (range: 58-94 år, SD 9,5). En tredjedel av de inkluderte hadde St.Marks score ≥ 4 , definert som mild/moderat eller alvorlig anal inkontinens. To tredjedeler (66,7 %) fikk en ICIQ-SF score ≥ 9 , definert som alvorlig UI, i tillegg til 22,2% (4stk) med moderat urininkontinens. 2 var ikke inkontinent for urin.

Ved postscore var gruppen med St.marks score ≥ 4 halvert, og det var ingen lengre med alvorlig anal inkontinens. Gruppen «Alvorlig UI» var redusert fra 12 til 7 personer, med en dertil økning blant de med «mild til moderat UI». 2 var blitt helt kontinent. Videre var det en reduksjon i hvor stor grad urinlekkasjen påvirket en i hverdagen, fra et snitt på 4,06 (SD 3,4) på en skala fra 0-10 ved prescore, til 3,0 (SD 3,1) etter intervensjon. På spørsmålet som omhandlet global livskvalitet økte gruppen «meget fornøyd» og «svært fornøyd» fra å utgjøre til sammen 16,7% til 50% av totalen.



Figur 1 Pre-og Postscore (etter 6 mnd) for analinkontinens fra brukere i hjemmetjenesten (n=18)

14 av 18 var ganske til svært fornøyd med behandlingstilbudet, og hele 47% (n8) var meget eller svært fornøyd med behandlingsresultatet.

Personalet

21 personer svarte på prekartlegging blant personalgruppen i hjemmetjenesten. 9 (42,9%) var sykepleiere, 4 (19%) hjelpepleiere, øvrige var assistenter, omsorgsarbeider, ergoterapeut og annet helsefagarbeider. Mellomstor kommune var representert med over 70% av besvarelsene. Ved gradering av kunnskapsnivå angav 8 (38,1%) at de hadde «ingen til noe kunnskap», 9 (42,9%) «middels god kunnskap», mens de resterende 4 (19,1%) «god til meget godt og svært god kunnskap». 95% ønsket undervisning og veiledning i forhold til å øke kunnskap om

inkontinensproblematikk blant eldre, og konservativ behandling for dette. Ved postscore fikk vi inn 25 besvarelser, hvorav 19 (76%) var fra mellomstor kommune. Sammensetning av personalgruppa var tilnærmet lik som ved prescore. Totalt 13 fra mellomstor kommune og 1 fra liten kommune svarte at de ikke hadde, eller ikke visste om de hadde, deltatt på undervisning eller veiledning i regi av inkontinenskoordinator. Disse 14 (56%) er ekskludert fra analysedelen som omhandler effekt av tilstedeværelse og undervisning (Tabell 5).

Tabell 5 Oppsummering av svar på spørreskjema fra hjemmetjenesten (N=25)

| Hjemmetjenesten | JA n (%) | NEI n (%) | VET IKKE n (%) |
|---|-------------|--------------|-------------------|
| I ditt arbeid, møter du pasienter mer UI? | 24 (96 %) | 1 (4%) | 0 |
| I ditt arbeid, møter du pasienter med AI? | 19 (76 %) | 1 (4%) | 1 (4%) |
| Har du vært informert om at det er en inkontinenskoordinator på din arbeidsplass? | 11 (44%) | 5 (20%) | 9 (36%) |
| Har inkontinenskoordinator vært synlig? | 11 (44%) | 7 (28%) | 7 (28%) |
| Har du deltatt på kurs eller undervisning gitt i regi av inkontinenskoordinator? | 11 (44%) | 13 (52%) | 1 (4%) |

Av de 11 som hadde deltatt på kurs, veiledning eller undervisning i regi av inkontinenskoordinator, angav tre fjerdedeler at de opplevde tilstedeværelse av inkontinenskoordinator som nyttig. Oppsummert i tabell 6 er endring målt på en skala fra 0 («ingen endring») til 10 («i svært stor grad»).

Tabell 6 Svar fra hjemmetjenesten på spørsmål om økt kunnskap har bidratt til endring

| | N = | Mean | SD |
|---|-----|------|-----|
| Har undervisning bidratt til økt kunnskap? | 11 | 5,2 | 1,4 |
| Har undervisning gitt deg kunnskap til å identifisere og håndtere inkontinensplager? | 11 | 5,6 | 2,7 |
| Har tilstedeværelse av inkontinenskoordinator bidratt til økt kunnskap? | 11 | 5,8 | 2,8 |
| Opplever du at inkontinenskoordinator har bidratt til bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten? | 11 | 4 | 1,9 |

På spørsmål om økt kunnskap førte til endret rutine, svarte 6 av 11 «ja» og de resterende 5 «vet ikke». Det var kun en som spesifiserte hva endringen innbar; «Gi brukeren bedre tid på toalettet». Avslutningsvis mente 73% at brukerne fikk bedre inkontinenspleie er intervensjonsperioden.

Sykehjem

Pasienter

Maksbelegg på sykehjemsavdelingene utgjør 40 beboere til enhver tid. I løpet av en periode på 14 måneder ble det gjennomført prekartlegging av totalt 53 beboere, hvorav 3 flyttet til annen avdeling og 16 gikk bort før postscore ble utført. Analysen baserer seg på registrering av 34 beboere, hvorav 5 satt i rullestol og trengte hjelp til all ADL. Tabell 7 oppsummerer: Det var 21 (61,8%) kvinner og 13 (38,2%) menn. Gjennomsnittsalder 82 år (Rang: 48-100, SD 10,3). Beboerne ble i snitt registrert i 4,4 døgn (SD 0,8) ved prescore og 4,5 døgn (SD 0,7) ved post. Ved prescore har 73,5% av beboerne ≥ 1 episode(r) med urinlekkasje, og 53% ≥ 1 episoder med avføringslekkasje. 47,1% av de med UI har 2 eller flere lekkasjeepisoder hver dag, det bemerkes imidlertid at i snitt har åtte av ti beboere under 4 toalettregistreringer i døgnet. Ved postscore har andelen beboere med ≥ 4 toalettbesøk i døgnet økt fra 17,6% til 41,2%. Høyeste gjennomsnittlig antall registreringer på 5 dager er 5,8 toalettbesøk/dagen. Antall registreringer med ≥ 1 episoder med urinlekkasje/våte innlegg økte til 82,4%, der særlig gruppen som i snitt hadde < 1 episode daglig økte fra 5,9% ved prescore til 20,6% post. Antall tilfeller med ≥ 1 episoder avføringslekkasje økte til 61,8%, tilsvarende 3 nye beboere med avføringslekkasje.

Tabell 7 Pre- og postscore 5-dagers registrering sykehjemsbeboerne

| Antall | Kjønn | Alder | Antall døgn registrert | | Gj.snittlig toalettbesøk ≥ 4 gang i døgnet | | Forekomst av episoder med urinlekkasje | | Forekomst av episoder med avføringslekkasje | |
|--------|---------------------------|---|------------------------|----------------------|---|-------|--|-------|---|----------------------|
| | | | PRE | POST | PRE | POST | PRE | POST | PRE | POST |
| N34 | Kvinner n21 (61,8%) | Range: 48-100 år Median: 83 år Gj.sn: 81,3 år | 4.4 døgn (SD 0,8) | 4,5 døgn (SD 0.7) | 17,6% | 41,2% | 73,5% | 82,4% | 53% ≥ 1 AI | 61,8% ≥ 1 AI |

Personalet

23 personer svarte på prekartlegging blant personalgruppen ved de inkluderte sykehjemsavdelingene. 5 (21,7%) var sykepleiere, 6 (26.1%) hjelpepleiere, øvrige var assistenter, omsorgsarbeider, og annet helsefagarbeider. Mellomstor kommune var representert med over 43,5% av besvarelsene. Ved gradering av kunnskapsnivå angav 4 (17,4%) at de hadde «ingen til noe kunnskap», 12 (52,2%) «middels god kunnskap», mens de resterende 7 (30,4%) «god til meget god kunnskap». 83 % ønsket undervisning og veiledning for å øke kunnskap om hvordan en kan indentifisere inkontinensplager hos beboer, og hvilke tiltak en kan gjøre for å hjelpe de som har slike plager.

Ved postscore fikk vi inn 33 besvarelser, hvorav 22 (67%) var fra mellomstor kommune. Sammensetning av personalgruppa var tilnærmet lik som ved prescore. Totalt 3 fra mellomstor kommune og 1 fra liten kommune svarte at de ikke hadde, eller ikke visste om de hadde, deltatt på undervisning eller veiledning i regi av inkontinenskoordinator. Disse 4 er ekskludert fra analysedelen som omhandler effekt av tilstedeværelse og undervisning.

Tabell 8 Svar fra sykehjems personalet om møte med pasienter med UI og AI samt opplevelse av tilstedeværelse av inkontinenskoordinator

| | JA n (%) | NEI n (%) | VET IKKE n (%) |
|--|-------------|--------------|-------------------|
| I ditt arbeid, møter du pasienter mer UI? | 33 (100%) | 0 | 0 |
| I ditt arbeid, møter du pasienter med AI? | 33 (100 %) | 0 | 0 |
| Har du vært informert om at det er en inkontinenskoordinator på din arbeidsplass? | 29 (88%) | 3 (9%) | 1 (3%) |
| Har inkontinenskoordinator vært synlig? | 27 (82%) | 3 (9%) | 3 (9%) |
| Har du deltatt på kurs eller undervisning gitt i regi av inkontinenskoordinator? | 29 (88%) | 3(9%) | 1 (3%) |

Av de 29 som hadde deltatt på kurs, veiledning eller undervisning i regi av inkontinenskoordinator, angav 90% at de opplevde tilstedeværelse av inkontinenskoordinator som nyttig. Oppsummert i tabell 9 er endring målt på en skala fra 0 («ingen endring») til 10 («i svært stor grad»)

Tabell 9 Svar fra sykehjemmene på spørsmål om økt kunnskap har bidratt til endring

| | N = | Mean | SD |
|--|-----|------|-----|
| Har undervisning bidratt til økt kunnskap? | 29 | 7,5 | 2,0 |
| Har undervisning gitt deg kunnskap til å identifisere og håndtere inkontinensplager? | 26 | 7,9 | 2,2 |
| Har tilstedeværelse av inkontinenskoordinator bidratt til økt kunnskap? | 26 | 7,5 | 2,1 |
| Opplever du at inkontinenskoordinator har bidratt til bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten? | 28 | 6,6 | 2,0 |

«Det handler ikke om medisiner vi kan gi, men hvor flinke vi er til å tilby hjelp og assistanse»

På spørsmål om økt kunnskap førte til endret rutine, svarte 19 (66%) «ja». Økt bevissthet rundt behovet for at det er personalet som må ivareta pasientens mulighet for å holde seg kontinent er det som går mest igjen.

Det handler ikke om medisiner vi kan gi, men hvor flinke vi er til å tilby hjelp og assistanse [HP6]

Endringen som nevnes flest ganger er økt tilbud om følge til toalett (nevnt ved 8 av 15 tilbakemeldinger), etterfulgt av bedre tid og privatliv på toalettet, faste rutiner på å gå etter matinntak for å utnytte gastrokolske refleks, og bedre tilrettelegging på toalettet og i stellsituasjoner.

«Beboerne glemmer/vet ikke alltid at de må på toalettet, jeg har blitt flinkere til å tilby WC-tur oftere» [HP20]

«Jeg har sluttet å be pasienten om å vente når han/hun ber om å få gå på do (ofte i forbindelse med frokost). Jeg forsøker å følge de umiddelbart, og da har de oftere avføring» [HP21]

«Faste rutiner på å følge på toalettet. Gi pasienten bedre tid til å sitte i fred på toalettet» [HP22]

«Jeg passer på at pasienten sitter godt. Jeg har sluttet å stille han/hun mens de sitter på toalettet, nå får de sitte i fred» [HP17]

Videre angir 76 % av sykehjempersonalet, som har deltatt på undervisning og/eller veiledning, at de opplever at beboerne nå får bedre inkontinenspleie:

«Tidligere pleide beboerne å få stell i seng før de kom opp, da kom avføring og urin hele tiden. Nå får beboerne komme opp og spise måltid først, før vi steller de på badet. Etter hvert har det blitt bedre for beboerne å bruke toalettet, og da har de sluttet å ha avføring og urin når vi steller de i seng» [HP9]

Tilbakemeldingene avdekker og at tilbudet til pasienten, og kompetansestøtte til personalet pr i dag ikke er godt nok:

«Det skulle ha vært en som jobbet fast i teamet. Koordinatoren har bedre tid til å observere slik at vi kan tilrettelegge bedre og dermed bruke tiden bedre = bedre omsorg» HP40

«Obligatorisk undervisning er bra, men vi trenger en inkontinenskoordinator som en del av teamet vårt» HP46

«Skulle hatt faste dager gjennom hele året, f.eks. 2 ganger i måneden der inkontinenskoordinator kom. Det minner oss på at dette er noe vi må jobbe med hele tiden» [HP20]

Oppfordringen er soleklar:

«Opprett inkontinenskoordinator» [H54]

DISKUSJON

Prosjektet har vist at inkontinens, både for urin og avføring, er et utbredt problem blant sykehjemspasienter, og utgjør en betydelig byrde for hjemmeboende eldre. Samtlige i personalgruppen, både på sykehjem og i hjemmetjenesten, møter pasienter/brukere med inkontinensproblematikk i sitt daglige virke, imidlertid graderte 70 prosent av sykehjems personalet og over 80 prosent av personalet i hjemmetjeneste eget kunnskapsnivå, i forhold til inkontinensproblematikk hos eldre, til i ligge på «ingen, til noe og middels god» ved prescore. Av hele personalgruppen (n=44) ønsket 89 prosent undervisning og veiledning for å øke kompetanse i forhold til forebygging og konservativ behandling. Av de i personalgruppen, som deltok på undervisning og/eller veiledning (n=41), mente 73 prosent at pasient/bruker fikk bedre inkontinensomsorg etter intervensjonsperioden. Oppfølging med konservativ tilbud til hjemmeboende eldre viste videre en markert reduksjon i alvorlighetsgrad av lekkasje både for urin og avføring, tilfredshetsmål på global livskvalitet økte og hele 47 prosent var «meget tilfreds» eller «svært tilfreds» med behandlingsresultatet.

Intensjonen med prosjektet var å formidle og implementere grunnleggende kunnskap og verktøy i primærhelsetjenesten, slik at pasienter fikk et tilstrekkelig lavterskeltilbud i sin kommune for ivaretagelse av inkontinensomsorg. En ønsket å sette fokus på om en ved å endre rutiner, øke kunnskap og gi opplæring til helsepersonell, kunne forebygge og behandle inkontinens, samt øke pasientenes livskvalitet og funksjon. Målet var å bidra til større grad av samhandling i primær- og spesialisthelsetjenesten, bidra til en mer kostnadseffektiv og bedre helsetjeneste, samt at primærhelsetjenesten ville overta ansvaret for videreføring av dette.

I likhet med Sagas populasjonsbasert tverrsnittsstudie fra en stor norsk kommune [14], finner også vi en forekomsten av UI blant sykehjemsbeboeren på over 70 prosent, og at så mange som over halvparten har 1 eller flere episoder med avføringslekkasje i løpet av 5 dager. Forekomsten av avføringslekkasje er noe høyere enn i Sagas tverrsnittsstudie [14], men funnene samsvarer likevel med det som sees i annen nasjonal- og internasjonal forskning [2, 6, 7, 15, 16]. Selv om kjønn, alder, kognitiv funksjon, demens, sengeleie og redusert fysisk aktivitet er viktige risikofaktorer for inkontinens blant sykehjemsbeboere, kan andre risikofaktorer relatert til geriatrisk pleie spille en viktig rolle. En av viktig endringene, og essensiell erkjennelse, vi avdekket ved sykehjemmene i løpet av prosjektperioden, var økt bevissthet rundt behovet for at det er personalet som må ivareta pasientens mulighet for å holde seg kontinent. Tilbakemeldingen som gikk flest ganger igjen var økt fokus på å tilby følge til toalett. Pasientgruppen som var registrert med 4 eller flere toalettbesøk i døgnet økte fra å representere 17,6 prosent ved prescore til 41,2 prosent av beboerne ved postscore. Ved godt regulert væskebalanse, bør antall blæretømninger normalt ligge ved 4-8 ganger/døgnet [33]. Frekvensen øker imidlertid noe ved økende alder. For de som av ulike årsaker trenger påminne/følge til toalett, er det rimelig å forvente lekkasje i innlegg ved færre enn 4 toalettbesøk i døgnet. Videre ser vi at det mellom pre og postscore skjer en økning i antall registreringer av lekkasjeepisoder. Forklaringen kan ligge i økt bevissthet og økt frekvens på følge til toalett, noe som igjen bidrar til å avdekke flere lekkasjetilfeller. Når tre av fem har under 4 toalettbesøk i døgnet, er det sannsynlig å tenke seg at det kan forklare noe av lekkasjeproblematikken.

På grunn av ressursbegrensinger var det besluttet at en på sykehjemmene kun skulle registrere antall lekkasjeepisoder, i løpet av 5 døgn. Vi har dermed ingen objektive mål på mengde lekkasje, og sannsynligheten for at enkelte toalettbesøk ikke er registrert øker proporsjonalt med antall dager

registreringen foregikk. Videre er pasientene i sykehjem skrøpelige eldre, som er i en fase av livet der helsen ofte blir forverret. I tillegg vil det å være avhengig av hjelp fra andre for å gå på toalettet være en medvirkende faktor for å både forverre en eksisterende inkontinens ved innleggelse i sykehjem, og samtidig kunne føre til ny inkontinens for de som tidligere har klart seg selv. En kan anta at det å hjelpe pasienter i forbindelse med toalettsituasjoner er en økt arbeidsbelastning for de ansatte, men når hele 76 prosent av personalgruppa opplever at pasientene får bedre inkontinensomsorg etter intervensjonsperioden, viser det at intervensjonen treffer. Det finnes dokumentasjon på at intervensjoner for å redusere inkontinensepisoder blant sykehjemspasienter ikke har en kostnadseffektiv effekt sett opp mot tid brukt på stell og kostnad i bruk av inkontinenshjelpemidler som bleie/innlegg [34], men økt verdighet og økt livskvalitet forblir en sterk indikator for å sørge for god inkontinensomsorg for skrøpelige eldre inn mot deres siste fase av livet.

I hjemmetjenesten var det personalet som informerte sine brukere om prosjektet og mulighet for deltagelse. De som takket ja til tilbud om oppfølging av inkontinenskoordinator, var dermed allerede en selektert gruppe. Vi har dessverre ingen data i vårt materiale som kan si noe om utbredelsen av inkontinens blant de hjemmeboende eldre. Imidlertid svarte samtlige av hjemmetjenestepersonalet at de møter pasienter med inkontinensproblematikk i sitt daglige virke, og hele 95 prosent ønsket undervisning og veiledning i forhold til å øke kunnskap om konservativ behandling og forebygging av inkontinensproblematikk blant eldre. Tidligere forskning har vist at kvaliteten på helsehjelp eldre hjemmeboende pasienter med inkontinens får i primærhelsetjenesten ikke er god nok [35], en vet at få blir kartlagt og utredet med tanke på grad av plager, mulighet for tilrettelegging for kontinens, konservative tiltak og tidligere intervensjonen. Selv om det er vel dokumentert at enkel konservativ behandling av inkontinens kan være effektivt, har dette lite fokus i helsefaglig utdanning som f.eks. sykepleie, noe som fører til en faglig utrygghet og frustrasjon når en møter pasienter med inkontinens i praksis. Selv om det i dag finnes mange tilbud om oppdatering av kunnskap om inkontinens, er det dokumentert at helsepersonell ikke prioriterer dette på individbasis [36]. Tilbakemeldingen fra helsepersonell i hjemmetjenesten var behovet for at noen med spesialkompetanse innen forebygging og behandling av inkontinens bør være en del av deres faste behandlingsteam. Økt faglig stryke er både motiverende for teamet som helhet, men bidrar ikke minst til bedre pleie, økt pasientfokus, mulighet for bedre disponering av tiden og dermed også bedre omsorg.

Alle med lekkasjeproblematikk bør få like behandlingsmuligheter. Imidlertid har skrøpelige eldre andre problem og utfordringer sammenliknet med yngre og «friskere» befolkning, så grad av utredning og behandling må ta hensyn til eventuelt byrde for pasient, deres motivasjon og evne til å samarbeide, så vel som forventet prognose og levetid. Mål for behandlingen av inkontinens er viktig for berørte i alle aldre, særlig siden få alternativ garanterer høy sannsynlighet for å bli helt kurert. Dette er kanskje spesielt viktig for skrøpelig eldre, der det er mindre sannsynlig at en vil oppnå komplett kontinens, men der behandling kan bidra til økt livskvalitet i form av økt komfort og verdighet, samtidig som en reduserer faren for inkontinensrelaterte komplikasjoner. Til tross for at ingen av de hjemmeboende eldre ble helt kontinente, var nært halvparten meget eller svært tilfreds med behandlingsresultatet. En av de som ble fanget opp igjennom prosjektet oppsummerte ved sluttevaluering (gjengitt med samtykke fra pasient):

«Jeg kan ikke tro at det er sant....dette er noe av det beste jeg har opplevd av alt av medisiner jeg har fått opp igjennom alle år...jeg kan bare ikke tro at det er sant....det er et nytt liv, de smertene jeg hadde, jeg tror ingen leger klarer å forstå hvordan de smertene er..jeg er så

takknemlig for at den legen ikke gav seg, for at du tok tak...jeg tør ikke tro på at dette vil vare» [P146, 88år]

Utsagnet illustrere svært godt hvor nødvendig det er å se den enkelte, og den enorme betydningen det har for vedkommende. Vi vet det er mange som lider i stillhet.

UTFORDRINGER

Det var trolig uheldig for prosjektet og samarbeidet/koordineringen med kommunene at det tok hele 19 måneder fra prosjektstart til endelig prosjektkoordinator var på plass. Imidlertid ble prosjektet drevet frem av en prosjektansvarlig under hele forløpet, slik at kommunikasjon og progresjon var godt ivaretatt. Av større betydning er det imidlertid kanskje mer avgjørende at det tok lang tid før inkontinenskoordinator kom på plass i mellomstor kommune. Stillingen var utlyst i flere omganger, uten å få aktuelle kandidater til å søke. Hva som er årsaken til det er vanskelig å spekulere i. Liten kommune fant imidlertid en kandidat for stillingen som inkontinenskoordinator blant ansatte i egen virksomhet, og har således både styrket og sikret kompetanse etter endt prosjektperiode. Vi kom derimot ikke i mål med undervisning til hjemmetjeneste i «liten kommune». Til tross for gjentatte samarbeidsmøter, telefoner og mailkorrespondanse med fungerende virksomhetsleder for hjemmetjenesten i «liten» kommune, klarte vi ikke å få i stand et undervisningsprogram de ønsket å delta på. Med begrunnelse i knappe personalressurser og økte krav til produktivitet, valgte nærmeste leder å ikke prioritere tid til undervisning. I «liten kommune» ble det dermed kun gjennomført 1 undervisningstime, gitt til en hjemmetjenestesone, der 2 møtte opp. Personalgruppen som helhet gav også uttrykk for at de mente hjemmetjenesten ikke var egnet mottak for intervensjon.

Spesialisthelsetjenesten har igjennom dette prosjektet tatt et aktivt tak for kompetansehevende tiltak i primærhelsetjenesten, men apparatet for å ta dette imot har ikke vært tilstrekkelig på plass før implementeringen startet. Visjonen var å få på plass en stedlig inkontinenskoordinator som en ressursperson for primærhelsetjenesten. Det en først så for seg var at vedkommende skulle kunne ta imot henvisninger direkte fra fastlege, være en del av teamet til hjemmetjenesten og samt undervise og veilede personalet både på sykehjem, i hjemmetjenesten og andre aktuelle behandlingstjenester i primærhelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten var imidlertid ikke klar for å implementere dette som en del av deres behandlingstilbud på en systematisk og fruktbar måte. Det lot seg ikke gjennomføre at inkontinenskoordinator fikk et stedlig tilholdssted, der fastlegene kunne henvise pasienter inn. En hadde videre håpe på et samarbeid med fastlegekontorene, for å fange opp aktuelle pasienter, men dette viste seg å være en oppgave som var vanskelig å pålegge fastlegene å gjennomføre.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Over 70 prosent av sykehjemspasientene var inkontinente for urin og/eller avføring, og de aller fleste hadde behov for hjelp eller assistanse i toalettsituasjoner. Inkontinensproblematikk på sykehjemmene må med andre ord ansees å være et stort pleiemessig anliggende. Likeså svarte samtlige av personalet i hjemmetjenesten at de møter pasienter med inkontinensproblematikk i sitt daglige virke, samtidig som 70 prosent av sykehjems personalet, og over 80 prosent av personalet i hjemmetjenesten graderte eget kunnskapsnivå, i forhold til inkontinensomsorg, til å være «ingen til noe, og middels god kunnskap» før intervensjon. Prosjektet viste at multifaktoriell intervensjon bidro til strekt økt kunnskap blant helsepersonell i forhold til å identifisere og håndtere inkontinensplager hos den eldre pasient, og hele 76 prosent av den samlede personalgruppa mente bruker/pasient fikk bedre inkontinensomsorg etter intervensjon. Lavterskeltilbud med konservativbehandling til hjemmeboende eldre resulterte i en markert reduksjon i grad av inkontinensplager, global livskvalitet økte og hele 47 prosent var «meget tilfreds» eller «svært tilfreds» med behandlingsresultatet

Pasientgruppen vår var i hovedsak eldre, som i større grad var avhengig av hjelp og veiledning fra pleiepersonell/omsorgspersoner for ivaretagelse av kontinens, og der pleiepersonalets kunnskaper og holdninger blir spesielt viktig. Kompetanse knyttet til vurdering av inkontinensproblematikk, konservativ behandling og forebygging, samt aktiv bruk av eksisterende kunnskap er nødvendige fokus for å bedre inkontinensomsorg i primærhelsetjenesten. Prosjektet viste en svært positiv holdnings- og handlingsendring blant involvert helsepersonell, der både pasient, brukere, pårørende og ansatte rapporterte om økt livskvalitet og bedre pleieomsorg for pasienten.

Primærhelsetjenesten er gjennom samhandlingsformen pålagt å ivareta pasienter som kan ha helsegevinst av lavterskeltilbud. Implementering av en kunnskapsressurs og aktiv bruk av en inkontinenskoordinator, slik dette prosjektet var tiltenkt, tar tid å etablere. Basert på resultatene ser vi at en med fordel kan anbefale opprettelse av en fast stilling for inkontinenskoordinator i kommunens tverrfaglige behandlingsteam. Dette vil gi muligheter for rutinemessig kartlegging for inkontinens blant alle eldre i kontakt med tjenesten, sykehjemspasienter som hjemmeboende, samt være en ressurs for undervisning og faglig støtte for personalet. Videre bør en i tillegg aktivt jobbe for etablering av et behandlingstilbud i primærhelsetjenesten, der fastleger og andre aktuelle instanser, dirkete kan henvise alle pasienter som kan ha nytte av et lavterskel behandlingstilbud for inkontinensproblematikk. Pasientgruppen strekker seg lagt utover «eldre», fra de med medfødt eller ervervede nevrologisk sykdom, som multippel sklerose og parkinson, pasienter med tverrsnittslesjoner og slagrammede, til KOLS-pasient og de med sekveler etter kreftbehandling i bekkenet. Ved en slik ordning ville en kunne fanget opp en adskillig større pasientgruppe, på et tidligere tidspunkt i forløpet og med trolig større potensialet for bedring. Oppfordringen fra personalgruppa er klar, «ansett en inkontinenskoordinator i vårt team».

REFERANSELISTE

1. Omsorgsdepartementet, H.o., *St.meld, nr 47: Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*, H.o. Omsorgsdepartementet, Editor. 2009, Departementenes servicenter Informasjonsforvaltning: Oslo.
2. Milsom, I., et al., *Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence*, in *Incontinence*, P. Abrams, Cardozo, L., Wagg, A., Wein, A., Editor. 2017, 6th International Consultation on Incontinence.
3. Du Moulin, M.F., et al., *Prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adults receiving home care*. Res Nurs Health, 2008. **31**(6): p. 604-12.
4. Hannestad, Y.S., et al., *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study*. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag*. J Clin Epidemiol, 2000. **53**(11): p. 1150-7.
5. Offermans, M.P., et al., *Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review*. Neurourol Urodyn, 2009. **28**(4): p. 288-94.
6. Skotnes, L., et al., *Urinary incontinence in Norwegian nursing home residents*. Open Journal of Nursing, 2012. **2**: p. 116-122.
7. Wagg, A., et al., *Incontinence in frail older persons*, in *Incontinence - 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016*, P. Abrams, et al., Editors. 2017, Internationale Incontinence Society
8. Bump, R.C., et al., *Mixed urinary incontinence symptoms: urodynamic findings, incontinence severity, and treatment response*. Obstet Gynecol, 2003. **102**(1): p. 76-83.
9. Abrams, P., et al., *The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society*. Urology, 2003. **61**(1): p. 37-49.
10. McGrother, C.W., et al., *Urinary storage symptoms and comorbidities: a prospective population cohort study in middle-aged and older women*. Age Ageing, 2006. **35**(1): p. 16-24.
11. Chiarelli, P.E., L.A. Mackenzie, and P.G. Osmotherly, *Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review*. Australian Journal of Physiotherapy, 2009. **55**(2): p. 89-95.
12. Bliss, D.Z., et al., *Assessment and conservative management of faecal incontinence and quality of life in adults*, in *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016*, P. Abrams, et al., Editors. 2017, International Continence Society.
13. Shah, B.J., S. Chokhavatia, and S. Rose, *Fecal incontinence in the elderly: FAQ*. Am J Gastroenterol, 2012. **107**(11): p. 1635-46.
14. Saga, S., et al., *Bowel problem management among nursing home residents: a mixed methods study*. 2014. **13**(35).
15. Schnelle, J.F., et al., *Prevalence of constipation symptoms in fecally incontinent nursing home residents*. J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(4): p. 647-52.
16. Wang, J., et al., *The effects of resident and nursing home characteristics on activities of daily living*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2009. **64**(4): p. 473-80.
17. Bliss, D.Z., et al., *Prevalence of incontinence by race and ethnicity of older people admitted to nursing homes*. J Am Med Dir Assoc, 2013. **14**(6): p. 451.e1-7.
18. Saga, S., et al., *Prevalence and correlates of fecal incontinence among nursing home residents: a population-based cross-sectional study*. BMC Geriatr, 2013. **13**: p. 87.
19. Blekken, L.E., et al., *Feasibility, acceptability, and adherence of two educational programs for care staff concerning nursing home patients' fecal incontinence: a pilot study preceding a cluster-randomized controlled trial*. Implement Sci, 2015. **10**: p. 72.

20. Aslan, E., et al., *The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes*. J Clin Nurs, 2009. **18**(23): p. 3290-8.
21. Rose, A., et al., *Severity of urinary incontinence of nursing home residents correlates with malnutrition, dementia and loss of mobility*. Urol Int, 2013. **91**(2): p. 165-9.
22. Chiang, L., et al., *Dually incontinent nursing home residents: clinical characteristics and treatment differences*. J Am Geriatr Soc, 2000. **48**(6): p. 673-6.
23. Doughty, D., et al., *Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012. **39**(3): p. 303-15; quiz 316-7.
24. Ruby, C.M., et al., *Medication use and control of urination among community-dwelling older adults*. J Aging Health, 2005. **17**(5): p. 661-74.
25. Li, J., et al., *Incidence of constipation in stroke patients: A systematic review and meta-analysis*. Medicine (Baltimore), 2017. **96**(25): p. e7225.
26. Ouslander, J.G., et al., *Predictors of successful prompted voiding among incontinent nursing home residents*. Jama, 1995. **273**(17): p. 1366-70.
27. Palmer, M.H., P.S. German, and J.G. Ouslander, *Risk factors for urinary incontinence one year after nursing home admission*. Res Nurs Health, 1991. **14**(6): p. 405-12.
28. Crooks, V.C., et al., *Use of the Minimum Data Set to rate incontinence severity*. J Am Geriatr Soc, 1995. **43**(12): p. 1363-9.
29. Asplund, R., *Nocturia in relation to sleep, health, and medical treatment in the elderly*. BJU Int, 2005. **96 Suppl 1**: p. 15-21.
30. Grimshaw, J.M., et al., *Knowledge translation of research findings*. Implement Sci, 2012. **7**: p. 50.
31. Grimshaw, J.M., et al., *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. Health Technol Assess, 2004. **8**(6): p. iii-iv, 1-72.
32. O'Brien, M.A., et al., *Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(4): p. Cd000409.
33. Norlèn, L. and H. Siltberg, eds. *Hålla Tätt*. Diagnostikk, ed. L. Norlèn. 2003, Pfizer AB.
34. Schnelle, J.F., et al., *Does an exercise and incontinence intervention save healthcare costs in a nursing home population?* J Am Geriatr Soc, 2003. **51**(2): p. 161-8.
35. Gnanadesigan, N., et al., *The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence*. J Am Med Dir Assoc, 2004. **5**(3): p. 141-6.
36. Mangnall, J., et al., *Continence problems in care homes: auditing assessment and treatment*. Nurs Older People, 2006. **18**(2): p. 20-2.

VEDLEGG 1

Planlagt fremdriftsplan

Før intervensjon:

- Rekruttere en liten og en mellomstor kommune
- Etablere kontakt og gjøre avtale med aktuelle leder og fagpersoner
- Ansette inkontinenskoordinator i 50% stilling i hver av kommunene.
 - Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom stod med ansvar for opplæring av inkontinenskoordinator i konservativ behandling.
 - Inkontinenskoordinatorerne skulle fungere som intervensjon i prosjektet
- Kartlegge kompetanse og behov for kompetanseheving hos personalet i de respektive kommunene
- Alle brukere med inkontinens ved de aktuelle avdelingene/sonene skulle inviteres til å delta i prosjektet. Samtykkeskjema ble gitt til brukerne av hjemmetjenesten.
- Inkontinenskoordinator skulle så kartlegge de aktuelle med scoringsverktøy/intervju skjema (vedlegg 1), som blant annet inneholdt St.marks og ICIQ-UI-SF
- I samarbeid med personalet på sykehjemsavdelingene skulle også inkontinenskoordinator registrere antall inkontinensepisoder i en gitt tidsperiode

Intervensjon

- Inkontinenskoordinator skulle drive opplæring (forelesning, praktisk opplæring) av pleiepersonalet i de aktuelle sykehjemsavdelingene og hjemmetjenestesonene
 - Tema for forelesningene ville være konservativ behandling for urin- og fekalinkontinens (analinkontinens(?)), praktiskopplæring i bruk av bladderscan, bruk av scoringsverktøy o.l.
- Inkontinenskoordinatoren skulle også gi konservativ behandling til pasienter og være ressursperson for personal knyttet til aktuelle avdelinger og soner gjennom prosjektperioden
- Gjennomgå eksisterende rutiner i sykehjem og hjemmetjeneste, implementere produktive endringer i allerede eksisterende opplegg.

Etter intervensjon

- Ny kartlegging av personalet for å kartlegge om kompetansehevende tiltak har ført til økt kunnskap og eventuelt endring av rutiner
- Ny kartlegging av pasientenes grad av inkontinensplager etter intervensjon ved hjelp av de samme kartleggingsskjemaene som tidligere.
- I samarbeid med personalet på sykehjemsavdelingene, ny registrering av antall inkontinensepisoder i en gitt periode
- Sammenlikne kompetansenivået hos personalet før og etter intervensjon
 - Er rutiner endret, hvilke?
- Sammenlikne grad av inkontinensplager samt antall inkontinensepisoder før og etter intervensjon
- Evaluering av prosjektet og intervensjon

VEDLEGG 2

BUDSJETT PILOT 2015 – 2017 Hentet fra Prosjektbeskrivelsen

Budsjett pilot 2015-2017

2015

| | |
|---|-----------------|
| 1 x 50 % koordinator stilling (inkl sosiale omkostninger) | 325 000 |
| 1 x 50 % KIB ansatt pr år (inkludert sosiale omkostninger) | 325 000 |
| Reiser/møter, Kurs/opplæring av koordinatorene, kontorutstyr, utvikling av utdanning og kursmateriale – inkludert e-helse | 350 000 |
| Totalt | 1000 000 |

2016-2017 pr år

| | |
|--|-----------------|
| 2 x 50 % koordinator stilling a 307 850 (inkl sosiale omkostninger) | 615 700 |
| 1 x 50 % KIB ansatt pr år (inkludert sosiale omkostninger) | 307 850 |
| Reiser/møter, Kurs/opplæring av koordinatorene, IKT, utvikling av kursmateriale | 76 450 |
| Totalt | 1000 000 |

Fagfolk/ansatte i kommunehelsetjenesten: Spørsmål og evaluering i forbindelse med prosjektet

”Når enkle tilnærminger gjør stor forskjell – samhandlingsprosjekt for å ivareta inkontinensomsorgen i primærhelsetjenesten”

Hei

I løpet av det siste året har din arbeidsplass deltatt i prosjektet «når enkel tilnærming gjør stor forskjell – samhandlingsprosjekt for å ivareta inkontinensomsorgen i primærhelsetjenesten» ledet av Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB) ved UNN Tromsø. Lekkasje for urin, avføring og luft er lidelser som kan ramme mennesker i alle aldre. Så mange som 20-30 av norske hjemmeboende kvinner og 5-10% menn opplever en eller annen form for urinlekkasje, mens opptil 20% av den hjemmeboende befolkningen kan ha avføringslekkasje. Man vet også at hos hjemmeboende eldre øker forekomsten av begge inkontinensgruppene. En undersøkelse i en stor norsk kommune viste at over 70% av sykehjemsbeboere hadde urininkontinens, mens over 40% hadde avføringslekkasje av ulik alvorlighetsgrad. Plagene påvirker hverdagsliv og livskvalitet, og for mange er dette et flaut og tabubelagt tema. Per i dag finnes det ingen nasjonale retningslinjer for konservativ behandling, selv om det er godt dokumentert at enkle, konservative tiltak har god effekt.

Hovedformålet var at prosjektet skulle være med å utvikle og etablere grunnleggende kunnskap og verktøy i primærhelsetjenesten, slik at pasienten fikk et godt lavterskeltilbud i sin kommune for ivaretagelse av inkontinensomsorgen. Vi er nå i slutføringen av prosjektet og ønsker derfor å kartlegge hvorvidt du opplever at tiltakene som er gjennomført, har bidratt til økt kunnskap/kompetansenivå om hvordan man kan hjelpe pasienter/beboere med inkontinensproblematikk, og eventuelt om dette har ført til endring av rutiner.

Alle svar er anonyme og vil ikke kunne spores tilbake til deg.

Ved spørsmål, kontakt inkontinenskoordinator Tone Prøsch-Bilden,
Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, UNN Tromsø
Telefonnummer 99552231 / 776 69733

Vennligst sett kryss ved det/de aktuelle alternativer:

1. Yrkestittel:

- Sykepleier Spesialsykepleier Fastlege, spesialist i allmenntmedisin
 Hjelpepleier Omsorgsarbeider Assistent
 Annet, hva: _____

2. Arbeidsinstitusjon:

- Sykehjem Hjemmesykepleie Annet,
hva: _____

3. I ditt arbeid, møter du pasienter med urininkontinens? Ja Nei Vet ikke

4. I ditt arbeid møter du pasienter med analinkontinens ? Ja Nei Vet ikke

5. Inkontinenskoordinator

5.1 Et av tiltakene var å etablere en inkontinenskoordinator. Har du vært informert om at det er en inkontinenskoordinator på din arbeidsplass?

Ja Nei Vet ikke

5.2 Har inkontinenskoordinatoren vært synlig på din arbeidsplass?

Ja Nei Vet ikke

Hvis ja, gå til 5.2.1

5.2.1. Har det vært nyttig med inkontinenskoordinatoren?

Ja Nei Vet ikke

5.2.2. Har tilstedeværelse og/eller veiledning av inkontinenskoordinator, bidratt til økt kunnskap?

Vær vennlig, sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (mye)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Kurs og undervisning

Har du deltatt på kurs eller undervisning som er gitt i regi av inkontinenskoordinatoren?

Ja Nei Vet ikke

Hvis ja – gå til 6.1

6.1 Kunnskapsnivå vedrørende inkontinens

På en skala fra 0-10, der 0 betyr ingen endring og 10 betyr i svært stor grad.

6.1.1 Har undervisning gitt av inkontinenskoordinator, bidratt til økt kunnskap?

Vær vennlig, sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (mye)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6.1.2 Har undervisning og veiledning gitt av inkontinenskoordinator gitt deg kunnskap til å indentifisere og håndtere inkontinensplager hos beboere/pasient bedre nå enn før?

Vær vennlig, sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (mye)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6.1.3. Har i tilfelle økt kunnskap eller bevisstgjøring ført til endret rutine?

Ja Nei Vet ikke

Hvis ja:

6.1.3.1. Kan du eventuelt spesifisere:

.....

.....

.....

.....

6.1.4 I dine øyne, opplever du at beboere/brukere nå får bedre inkontinenspleie?

Ja Nei Vet ikke

6.1.5 (På en skala fra 0-10, der 0 er ikke i det hele tatt og 10 er i svært stor grad)
Opplever du at inkontinenskoordinator har bidratt til bedre samarbeid med
spesialisthelsetjenesten?

Vær vennlig, sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (mye)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7.0 Er det noe du ønsker å tilføye?

.....

.....

.....

.....

Tusen takk for ditt bidrag!

VEDLEGG 4



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



Steen Buntzen

Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens
og bekkenbunnsykdom

9038 Tromsø

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tif.:

Dato:

2015/3353

Per Bruvold / 77755855

5.1.2016

ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vises til Meldeskjema for forskningsstudier, kvalitetsstudier og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter, mottatt ...

Meldingen gjelder prosjektet/registeret:

Nr. 0496

**Navn på prosjektet: Samhandlingsprosjekt: inkontinensomsorg i
primærhelsetjenesten Nasjonal kompetansetjeneste for
inkontinens og bekkenbunnsykdom - KIB**

Prosjektet er en **forskningsstudie** hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig.

Formål: Intervensjonsprosjekt; kartlegge kompetansenivå hos personale og inkontinens hos personer, deretter evaluere effekt av intervensjon. Formål:

Etablere samhandlingstjeneste (inkontinenskoordinator) for å gi pasienter med inkontinens rett behandling, på rett sted til rett tid.

Personvernombudet (PVO) har vurdert prosjektet, og finner at deler av formålet vil kunne falle inn under kategorien kvalitetsstudier. Studien har likevel, som et hovedmål, å få etablert en ny samhandlingstjeneste og behandlingen av personopplysningene i denne forskningsstudien **faller derfor ikke inn under medisinsk- og helsefaglig forskning etter Helseforskningsloven**. Prosjektet trenger ikke REK godkjenning. Behandlingen vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helseregisterloven § 6, jf. Personopplysningsloven §§ 9 og 33 fjerde ledd. Forskningsstudien vil være samtykkebasert.

Videre har PVO vurdert behov for konsesjon og konkluderer at dette ikke er nødvendig.

PVO forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt, samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter. Videre forutsettes det at data anonymiseres etter prosjektavslutning ved at kodelista slettes.

PVO har på bakgrunn av og tilsendte meldeskjema med vedlegg registrert prosjektet og opprettet et eget område (mappe) på <\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning> (o:\) med navn **0496** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres.

I tillegg er det opprettet et område på <\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning\key> med navn **0496N**

hvor nøkkelfil skal oppbevares. Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte prosjektleder og den som prosjektleder definerer. PVO vil ha tilgang til området.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når registeret er slettet. PVO skal også ha melding dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig behandlet innen 3 år.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12 godkjenner PVO at behandlingen av personopplysningene settes i gang som beskrevet.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Per Bruvold

Sikkerhetssjef IKT/Personvernombud

Kopi: Klinikkleder Arthur Revhaug

KIB v/ Marianne Nicolaisen