

# Kontinens **Nyt**

nr. 2 – sommer 2009

**TEMA**  
**Familien**  
**og inkontinens**

**Jeg har et**  
**usynligt handicap**

*Interview med*  
*Dorte Høj Drostrup*

**Overgang fra den**  
**trygge børnehave**  
**til skole og**  
**fritidsordningen**

*Bente Thorsen*

**Analinkontinens**  
**kan undertiden**  
**helbredes**  
**af sygeplejersker**

*Gitte Weinreich*

**Stressinkontinens**  
**hos unge kvinder**


*Jean Vennestrøm*



## N Y T !

Der er en stigende tendens til, at vi har mere stof, end vi kan rumme i bladet. Kig derfor efter det lille info-ikon. Det henviser til supplerende artikler og mere information på Kontinensforeningens hjemmeside: [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk)



 SE MERE på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk)  
> KontinensNyt > Artikler > KontinensNyt 2 - sommer

## R I N G Inkontinenslinien

h e l e d ø g n e t  
**70 20 08 70**

Rådgivningen er landsdækkende og åben for alle

Du kan på alle tider af døgnet kontakte rådgivningslinien og lægge besked med navn og telefonnummer.

Så vil du blive ringet op af de rådgivere, der efterfølgende har vagten.

Vagttiderne er:

mandag til torsdag fra kl. 17-19.

OBS! Sommerlukning i juli og august

## KONTAKT

Administrationskontoret

**33 32 52 74**

[info@kontinens.dk](mailto:info@kontinens.dk)

- 3 Lederen**
- 4 Overgang fra den trygge børnehave...**  
*Bente Thorsen*
- 8 Find dig ikke i vandladningsproblemer**  
*Aase Randstoft*
- 9 Undervisning i udskillelse af afføring**  
*Charlotte Fabricius Kragh*
- 12 Hvordan jeg læret at håndtere 'pinlige' spørgsmål**  
*Yanina Monastyrska*
- 13 Patientens situation under indlæggelsen**  
*Louise Fiskers*
- 14 Sådan var det, da jeg var barn**  
*Anne fra Sunds fortæller sin historie*
- 17 Inkontinens - arven fra mor**
- 18 Stressinkontinens hos unge kvinder**  
*Jean Vennestrøm*
- 20 Underlivet skal helst holde hele livet**  
*Christine Felding*
- 22 Jeg har et usynligt handicap**  
*Anne Mette Futtrup*
- 25 Sengevædning sætter familien på prøve**
- 27 Et historisk hjælpemiddel**  
*Torben von Herbst*
- 29 Mere end rigeligt**
- 30 Skam og tabu blokerer for behandling**  
*Maria Alstrup*
- 33 Kom ud af busken!**  
*Aase Randstoft*
- 35 Analinkontinens kan undertiden helbredes af sygeplejersker**  
*Gitte Weinreich*
- 38 Opslagstavlen**
- 39 Rådgivningsklinikker i Danmark**

**KontinensNyt**  
Årgang 21 – nr.2 – 2009

**Udgiver**  
Kontinensforeningen  
Vester Farimagsgade 6. 1.  
1606 København V  
Tlf. 33 32 52 74\*  
[info@kontinens.dk](mailto:info@kontinens.dk)  
[www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk)

**Rådgivning**  
Inkontinenslinien  
Tlf. 70 20 08 70

**Ansvarshavende  
chefredaktør**  
Klinikchef, ph.d.  
Lars Alling Møller

**Redaktionssekretær**  
Aase Randstoft

**Oplag**  
10.000

**Layout og produktion**  
Punch Design Productions  
[www.punch.dk](http://www.punch.dk)

**Annoncer**  
Kontinensforeningen  
Tlf. 33 32 52 74

**Tryk**  
ScanPrint

©Kontinensforeningen og forfatterne

Forfatterne meninger og synspunkter i teksterne er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med Kontinensforeningens.

ISSN 1396-4925

Kontinensforeningens  
telefon 33 32 52 74 \*

\*Åbningstider annonceres på telefonsvareren.

# Vi slås stadig med tabuet – inkontinens! Hvorfor egentlig?



Aase Randstoft  
Sekretariatschef

Sommeren er over os – og ferien nærmer sig med hastige skridt. Dejligt tænker de fleste – men alt for mange spekulerer på eller måske ligefrem frygter den lange køretur, flyrejsen eller familiesommerhuset med kun ét toilet. Hvad gør man, når inkontinensen fylder meget i hverdagen og i familien?

Et godt råd er at tale om det – at være åben om de problemer man kan støde på. Måske er der i den nære vennekreds eller i familien – eller hos din læge – rigtig gode idéer. Men det vigtigste er, at komme ud af busken og blive undersøgt og hurtigst muligt få igangsat en behandling eller blive henvist til specialist. Det gælder både voksne og børn – alle er patienter og har krav på seriøs og korrekt udredning. Dog er et teori og et andet praksis – for det kræver at man selv byder ind med god forberedelse. Fx er det en stor hjælp for din læge, hvis du i forvejen har et væske-vandladnings-skema udfyldt og en frisk urinprøve med allerede ved første konsultation – og husk at du som kvinde skal fortælle, at du også skal have lavet en gynækologisk undersøgelse.

Hvis dit barn har inkontinens – så er det dit ansvar som forældre at søge læge, stadig med en god forberedelse af dit barn. Et motiveret barn er en rigtig god patient, og både undersøgelser og behandling går meget bedre og oftest med et vellykket resultat og et glad barn og en lettet familie i tilgift.

I bladet kan du læse om de professionelle behandleres baggrund for at klare dagligdagen med tabuet – hvordan sygehuspersonalet forberedes til at hjælpe patienten, der indlægges med fx afføringsproblemer, som

måske også for sygeplejeeleven kan have et skær af 'pinlighed' over sig. Sygeplejersker og læger er også mennesker med grænser – hvordan lære de at tackle disse grænser og handle til patientens bedste. Naturligvis bringes også i dette blad patientens egen historie – Anne fra Sunds barndomserindringer – og interviewet med læge Dorte Drostrup, der efter sin fødsel blev inkontinent og trods god støtte og åbenhed også gennemlevede mange måneders frustration over ikke at kunne fortsætte sit aktive sportsliv.

Kontinensforeningen har ikke ligget på den lade side – hele foråret har alle 5 regioner i Danmark fået besøg. Måske har netop din læge været til et af vores gå-hjem-møder, og hørt, hvordan vi sammen kan hjælpe dig som patient og din familie – og også via de mange dygtige speciallæger, som deltog i møderne, hvad der på hospitalet bliver gjort for at udrede og helbrede. Læs artiklen 'Skam og tabu blokerer for behandling' på side 30-32 – du finder hele spørgeundersøgelsen, som vi sammen med kommunikationsfirmaet Kompas har gennemført, på foreningens hjemmeside – [WWW.KONTINENS.DK](http://WWW.KONTINENS.DK)

Det og meget mere kan du læse om her i dette sommernummer – og har du mulighed for at gå på nettet, kan du på [WWW.KONTINENS.DK](http://WWW.KONTINENS.DK) læse mange flere artikler, som knytter sig til dette blads tema 'Familien og Inkontinens'.

Som medlem kan du altid rekvirere artiklerne fra Kontinensforeningen, hvis du ikke selv har computer, printer – eller har familie og venner, der kan printe ud for dig.

En særlig tak til alle der har husket at indbetale deres

## KONTINGENT!

Mangler du endnu at betale?

Brug venligst giro-kontoen +01 36 26 040

# Overgang fra den trygge børnehave til skole og fritidsordningen

HVAD GØR MAN, NÅR

BARNET HAR PROBLEMER

MED INKONTINENS?

...det kunne være det første spørgsmål, der melder sig hos forældrene, når forberedelserne til at møde den store nye og spændende verden – skolestarten med nye voksne og nye venner.

Som ansvarlige forældre, har man selvfølgelig et stort ønske om, at inkontinensproblemer og andre sygdomme (fx astma og sukkersyge) fra skolens side tages alvorligt. Her skal man fra starten informere åbent og indlede et samarbejde med klasselæreren og skolesundhedsplejersken.

Kendsgerningerne er, at mere end 50.000 danske børn lider af inkontinens. Mange forældre og børn bruger alt for lang tid på at få den rette information om behandling – i grelle tilfælde kan der gå helt op mod 10 år, før et barn bliver diagnosticeret og behandlet.

Som forældre kører tankerne rundt – og man stiller sig selv spørgsmål om, hvad vi mon har gjort forkert – kan det skyldes skilsmisse, kan det skyldes nye små søskende, er det dovenskab, er det protest, er det psykisk, bliver barnet mobbet, skal vi prøve psykolog eller alternativ behandling – er det noget med knibeøvelser? – og 1000 andre ting, der fylder rigtig meget i hverdagen? De fleste forældre, har sikkert også hørt meget og fået mange 'gode og velmenende' råd, uden at det har hjulpet noget som helst.

Inkontinens hos børn skyldes oftest fysiologiske årsager, og kun meget sjældent psykiske årsager. Langt de fleste af børnene fungerer helt normalt, er friske og kvikke børn – men hvis ikke der bliver gjort noget for at afhjælpe problemet, kan det give psykiske proble-

mer, idet børnene meget ofte får problemer med deres selvværd.

Det er derfor meget vigtigt, at forældrene bliver informeret og orienteret om, at barnet skal udredes, der skal stilles en diagnose og herudfra igangsættes en behandling – for langt de fleste børn med urin- eller afføringsinkontinens kan behandles med succes.

## Hvornår er et barn inkontinent?

Når barnet er 5-6 år gammelt, og der stadig er ugentlige episoder med ufrivillig vandladning eller afføring. Det er meget vigtigt for en succesfuld behandling, at barnet selv er motiveret for, at der skal gøres noget, ligesom det er vigtigt at få barnet udredt inden skolestart. (For at undgå drillerier og mobning).

Som behandler skal man tage sig rigtig god tid til at tale med forældrene og barnet. Der skal oftest afsættes en time til første konsultation med barn og forældre, for at få overblik over sygehistorien. Det er vigtigt, at barnet er til stede – og at der bliver talt ligeværdigt til barnet, som jo er patienten. Oplever et barn, at der bliver talt hen over hovedet på det – eller endnu værre ned til det, er resultatet oftest, at samarbejdet omkring en behandling er vanskelig. Men motivation, modenhed og god kontakt går oftest hånd i hånd.

## Udredning når barnet har urininkontinens

Under samtalen er det vigtigt, at alle fakta bliver fremlagt – er det daginkontinens eller natlig inkontinens – eller begge dele? Da daginkontinens er det mest gene-



rende (og synlige) skal der udredes først for denne tilstand. Når der er styr på dagproblemerne, kan man tage fat på natproblemerne.

Behandleren prøver at indkredse problemerne med spørgsmål som fx – Hvornår er problemet startet? – Har barnet på noget tidspunkt været tørt? – Hvor ofte går barnet på toilettet? – Hvordan er barnets drikkevaner? – Er der problemer i skolen eller i hjemmet? – Hvordan påvirker inkontinensen barnet? – Er der også afføringsproblemer? – Har forældre eller søskende haft problemet? – Er der svie ved vandladning? – Er forældrene motiverede for at støtte og hjælpe barnet? – Barnets sociale adfærd – og hvad der ellers dukker op undervejs i samtaleforløbet med forældre og barn.

En urinprøve skal undersøges for albumin, blod og sukker og evt. også nitrit. Dernæst skal forældrene og barnet instrueres grundigt i, hvordan de udfylder et væske-vandladnings-skema (som udleveres). Dette skema udfyldes over 3 sammenhængende normale dage. Der skal også laves en blevejningstest – bleen vejes tør og våd over en uges tid. Skemaerne giver behandleren en masse oplysninger, som fx om

- Hvor mange gange tisser barnet om dagen (normalt er det 5-7 pr. dag)?
- Hvor meget drikker barnet og fordelingen over dagen (½-1 liter pr. dag)?
- Hvordan er den funktionelle blærekapacitet (svarer blærens størrelse til barnets alder)?
- Hvor stor er den natlige urinproduktion?
- Hvornår opstår der inkontinensperioder?

### Daginkontinens – hvad kan der gøres?

Mange børn fortæller, at de ikke kan mærke, når de skal tisse, eller at de ikke kan nå at komme på toilettet. Det kan de sådan set godt have ret i. Tidsrummet fra tissetrangen melder sig, til blæren starter med at tømme sig er så kort, at barnet ikke når at registrere det fx hvis de er midt i en spændende leg, hvis man har meget tøj på, hvis der er langt til nærmeste toilet – eller hvis man skal spørge om lov til at gå ud først.

Årsagerne kan være en lille blære, der i øvrigt tømmer sig fint. Det vil også give natproblemer, idet barnet ikke vågner ved vandladningstrangen. Her er det også små portioner urin der kan komme flere gange i nattens løb. (Den hyppigste årsag.)

Derfor er det meget vigtigt at både forældre og børn får en god og grundig forklaring på, hvad det er, der sker, når tisseblæren tømmer sig, og hvordan man får styr på det. Dvs. at der skal en grundig pædagogisk indføring i blærens anatomi og fysiologi samt vandladningsmekanismen. Så ved både barn og forældre, hvad der sker, når man tisser, og hvorfor det i nogle tilfælde går galt.

Børnene kan også lære nogle afværgemekanismer, som fx at sætte sig i hug. Det kan godt få vandladningstrangen til at falde til ro det stykke tid, der gør, at barnet kan nå ind på toilettet. Nogle børn bliver tørre om dagen, alene ved at lære om disse ting, og lytte til kroppen. Det er selvfølgelig også nødvendigt med hjælp fra voksne (pædagoger, lærere, forældre og andre voksne der til dagligt omgås barnet.)

Ingen børn kan eller skal klare deres inkontinens alene – det er udelukkende et voksenansvar at hjælpe.

Nogle børn kan også have stor glæde af et vibrationssur eller et ur med bipsignal, når de skal huskes på de faste toilettider (blæretræning ved hjælp af et fast tisse-skema).

Her skal man være konsekvent som voksen og sende barnet af sted – også selvom der kommer protester – og det måske fortæller, at det næsten lige har været på toilettet. Det skal ikke være til diskussion hver gang uret ringer/vibrerer. I øvrigt er det så også vigtigt, at man ikke hele tiden fokuserer på tissetider, våde bukser m.m. – men snakker om almindelige dagligdags ting med barnet i løbet af dagen. Forældrene skal også huske på, at de ikke som det første skal spørge om tisseskemaet og plastikposen, når de henter barnet fra SFO'en efter skoletid!

### Supplerende medicin

Hvis ikke der i løbet af 3-4 måneder ses forbedring i et nyt væske-vandladnings-skema, kan det blive nødvendigt at supplere med medicin, for at få blæren til at slappe af, så den kan komme til at 'arbejde normalt' igen. Medicinen virker dæmpende på blæremuskulens aktivitet, så blæren bliver mere rolig (slapper af). På den måde kan barnet træne blæren til at fylde sig bedre og nå på toilettet i roligt tempo, inden vandladningen melder sig.

### Natlig inkontinens (latin: enuresis nocturna)

Hvis det er natproblemer, det drejer sig om, skal man også her ind og lave et drikke/tisse skema over 3 sammenhængende døgn, samt en blevejningstest.

Hvis det drejer sig om en blære med lille rummelighed, vil et ringeapparat eller et ringelagen være et rigtig godt valg, idet barnet også her skal lære at reagere på vandladningstrangen om natten, og få stoppet vandladningen, så det kan nå at komme på toilettet og tisse færdig.

Hos nogle børn ser man at urinproduktionen om natten, er halvdelen, eller endda mere en halvdelen af den samlede døgnproduktion af urin. Her vil det hjælpe at give medicin som smeltetablet. Normalt ordi-

neres i starten laveste dosis – men hvis der kun er lidt effekt, kan man i samråd med lægen forhøje dosis. Medicinen ordineres normalt til 3 måneder efterfulgt af 1 uges pause. Medicinen skal tages dagligt og som ordineret af lægen (ikke kun fx i weekender, hvor barnet sover ude). Hvis der efter pause igen kommer inkontinens, starter man igen med 3 måneders medicinsk behandling efterfulgt af 1 uges pause.

Barnet må kun drikke højst ½ glas vand efter at have fået smeltetabletten.

Med til udredningen af inkontinens hos børn hører selvfølgelig en grundig lægelig undersøgelse, med ultralydsscanning af nyrer og urinveje samt scanning af blæren efter vandladning, så man er helt sikker på, at barnet tømmer blæren helt.

### De gode toiletvaner

Børnehavebørn og skolebørn kan have godt af en praktisk vejledning omkring gode toiletvaner. Som forældre, skal man forklare barnet, at det skal tage sig ordentlig tid til at få tisset af. Giv barnet en skammel under fødderne, så det sidder i en korrekt 'tissestilling' – og så er det en rigtig god idé opfordre drenge til at sætte sig på toilettet i stedet for at stå op! Hvis drengen insisterer på at stå op, så forklar ham, at det er smart at trække bukserne helt ned imens han tisser!

### Børn med afføringsinkontinens

Også her eksisterer myten om psykiske årsager desværre stadig, selvom vi i dag ved, at for langt de fleste børns vedkommende, drejer det sig om forstoppelse. Årsagerne kan være mange - fx kan barnet have haft eller har en lille rift ved endetarmen, som kan være meget smertefuld. Det kan betyde at barnet ubevidst holder afføringen tilbage af frygt for, at smerten kommer igen.

Kun ca. 5 % af børn med afføringsinkontinens har en diagnosticeret sygdom, der er årsag til forstoppelsen.

Oplever barnet en ubehagelig fornemmelse eller smerte fx ved hård afføring, kan det med viljens magt holde afføringen tilbage i dagevis. De undertrykker den naturlige afføringstrang og normale tømningrefleks.

Det medfører ophobning af afføring i endetarmen, som så igen er med til at give yderligere ubehag (den onde cirkel) og smerte, når barnet skal af med afføringen. Efterhånden overstrækkes endetarmen af den ophobede afføring, og mister dermed fornemmelsen for afførings-trangen, og barnet mærker ikke, at det skal have afføring – og ikke før afføringen føles ubehagelig i bukserne eller lugter, opdager barnet det.

Størstedelen af børn med afføringsinkontinens har funktionel forstoppelse, som også kaldes 'den onde cirkel'.

Forstoppelse kan i nogle tilfælde også være årsagen, til at barnet tisser i bukserne. Det viser sig, at hvis forstoppelsen effektivt bliver behandlet – så vil ca. 80% af de børn, som også tisser i bukserne om dagen, ikke længere have problemer.

Mange behandlere og pædagoger konstaterer, at der er flere børn med forstoppelse nu end tidligere. Det er der dog ingen videnskabelig dokumentation for, men det kan måske skyldes, at der er ved at blive større åbenhed og opmærksomhed om problemet.

Afføringsmedicin skal gives i samråd med lægen, og den anbefalede mængde/dosis skal overholdes nøje. Man skal ikke selv eksperimentere med dosis, fordi medicinen ikke lige virker fra dag et.

De afføringsmidler, der bruges til børn i dag, er ikke farlige. For flydende afføringsmidler gælder det, at den væske, som det er blandet op med, ikke optages af tarmen. Derfor når medicinen helt ned til den ophobede afføring (forstoppelsen) – og kan være med til at opløse den. Medicinen udskilles altså med afføringen, og er ikke vanedannende eller sløver tarmen.

Har barnet haft forstoppelse gennem længere tid, kan det tage mange dage at få tarmen tømt. Derfor skal der i starten normalt gives en høj dosis af afføringsmiddel. Målet er, at barnet har daglig blød, formet afføring. Men da problemet ofte har været længe inden barnet bliver henviset til udredning, kan det være nødvendigt at behandle op til ½ år eller længere.

I kombination med medicinen er det også her vigtigt at barnet har gode toiletvaner. Hjemme kan man give barnet mulighed for at tage bøger eller musik med på toilettet, for at gøre det lidt hyggeligt.

### Gode råd om at sidde på et toilet

For at udnytte tarmens egne reflekser, skal barnet sidde på toilettet 10-15 minutter ca. 2 gange dagligt - ½ time efter at det har spist.

Barnet skal sidde foroverbøjet med støtte under benene af fx en skammel, idet knæene skal holdes højere end hoften.

Kroppen skal lænes fremover, og barnet kan hvile albuerne på knæene, og spile maven ud.

Det er for mange familier vigtigt, at der i behandlingsperioden er støttepersoner, som man dagligt, hurtigt kan komme i kontakt med.

(Kontinenssygeplejersker, sundhedsplejersker og/eller egen læge).

Det er meget almindeligt, at børn kan få tilbagefald undervejs, hvor afføringsproblemerne kan vende tilbage. Her er det vigtigt, at vedligeholde eller øge behandlingen i en periode.

Kig på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) – læserbrevsafdelingen har masser af spørgsmål/svar fra forældre med inkontinente børn.

Meld jer som familie ind i Kontinensforeningen og få tilsendt en individuel børne-informationspakke. Henvendelse kan ske til kontoret på tlf. 33 32 52 74 – eller på mailen [info@kontinens.dk](mailto:info@kontinens.dk) – Det er vigtigt ved henvendelsen at informere om barnets alder og inkontinensproblem.

#### OM FORFATTEREN

*Bente Thordsen er kontinenssygeplejerske og har sin egen klinik for inkontinens i Haderslev. Besøg hendes hjemmeside her:*  
[www.bente-thordsen.dk](http://www.bente-thordsen.dk)



Artiklen, der tidligere er bragt i 'Sundhedsplejersken', er efter aftale med Bente Thordsen redigeret af sekretariatschef Aase Randstoft, Kontinensforeningen

# Find dig ikke i vandladningsproblemer – gå til læge!



Aase Randstoft  
sekretariatschef

VI SIGER OG SKRIVER DET OFTE, MEN HVAD SKAL MAN HAVE MED TIL FØRSTE LÆGEBESØG?

Når du skal til undersøgelse for vandladningsgener/inkontinens hos din læge eller på hospitalet, beder de altid om, at du udfylder et vandladningsskema. Hos lægen eller på apoteket kan du få udleveret en lille bog eller et A4-ark med skema og anvisning på, hvordan du skal udfylde det. Hos Kontinensforeningen har vi på vores hjemmeside [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) et overskueligt vandladningsskema, som er nemt at udfylde over en 3-dages periode.

Skemaet kan printes ud fra [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > Om inkontinens > vandladningsskema. Print 3 sider. Noter på de respektive felter på 3 helt normale hverdage. Et grundigt udfyldt skema viser din læge, hvordan din vandladning er, og gør det lettere at udrede og stille en diagnose.

Skemaerne kan også fås ved henvendelse til Kontinensforeningens kontor.

## Hvordan udreder lægen?

Medbring dit væske-vandladnings-skema samt en frisk morgenurinprøve ved første konsultation. Fortæl altid din læge hvis du får medicin – medbring gerne recepter/medicinpakken – og husk også at fortælle, hvis du tager naturmedicin eller helseprodukter.

Lægen foretager en gynækologisk undersøgelse på kvinder og undersøger prostatakirtlen hos mænd. Ud fra dine egne informationer, urinprøven, skemaet og undersøgelsen, stiller lægen en eller flere diagnoser. Nogle læger vælger også at henvise deres inkontinente

patienter til en speciallæge, en klinik eller en hospitalsafdeling. For kvinders vedkommende henvises til en gynækolog eller en urogynækolog, for mænds vedkommende til en urolog, og børn bør henvises til en børneinkontinensafdeling. Lægen informerer om sine

undersøgelser og resultaterne af disse på henvisningen. Alligevel kan det godt være, at du igen bliver bedt om at medbringe et vandladningsskema og en urinprøve, når du indkaldes til ny undersøgelse.

Det er ikke så besværligt at måle urinen til skemaet – eller at medbringe urinprøven til lægen – man skal blot bruge nogle praktiske redskaber beregnet til det samme.

Brugte sylteglas og køkkenciliterbægre er ikke de 'smartere' redskaber. Mål urinpor-

tionerne så nøjagtigt som muligt – og notér så godt det er muligt alle de gange, du om dagen og natten går på toilettet. En sikker metode at måle væske på, er ved fx at bruge et godkendte målebægre. Søg på nettet eller spørg på apoteket, hvor du kan få fat i et sådant bæger.

Det kan virke omstændeligt og besværligt – men det er nødvendige forberedelser, idet det hjælper din læge et godt stykke på vej til at stille den korrekte diagnose – og set i lyset af at du ved den rigtige behandling kan slippe af med din generende inkontinens – eller få et rigtig godt hjælpemiddel – så er det værd at afsætte tid til forberedelserne.



# Undervisning i udskillelse af afføring

SYGEPLEJERSKEUDDANNELSEN

HAR FOKUS PÅ DET PRIVATE

I DET OFFENTLIGE RUM

*Charlotte Fabricius Kragh*

*cand. cur., sygeplejerske og underviser /adjunkt ved Sygeplejerskeuddannelsen Roskilde*

I vores moderne samfund er kroppen og de enkelte kropsfunktioner noget helt privat. Når mennesker bliver ramt af sygdom, udsættes de i den forbindelse fx for indlæggelse på et hospital, og for at fremmede omstændigheder og kropsfunktioner må foregå i andre sammenhænge end det private og hjemlige. Det kan føre til forlegenhed. Bevidstheden om dette er helt elementær i sygeplejerskeuddannelsen. Forlegenhed kan opleves både af patienten, sygeplejersken og den sygeplejestuderende.

Når man som helt ny sygeplejestuderende starter en uddannelse, hvor man blandt andet skal lære at rumme patientens sygdom og yde sygepleje i relation til de funktioner, som patienten på grund af sygdom ikke selv kan. Patienten skal være tryk ved at overlade sit problem fx diare eller forstoppelse til sygeplejersken, derfor uddannes kommende sygeplejersker til at behandle professionelt og etisk.

## **At uddanne til at hjælpe mennesker der ikke selv kan**

Sygeplejerskeuddannelsen er en vekseluddannelse bestående både af teoretisk og klinisk undervisning. Den teoretiske undervisning foregår på uddannelsesinstitutionen og den kliniske undervisning foregår fx på sygehus, privathospitaler, kommunale hjemmeplejeordninger, i lægepraksis eller i en privat virksomhed.



Hovedformålet med at uddanne sig til sygeplejerske, er blandt andet at kvalificere sig til at kunne fungere selvstændigt som sygeplejerske. Uddannelsen skal derfor, i overensstemmelse med befolkningens behov for sygepleje, give den studerende en høj grad af faglige viden og kompetencer således, at den kommende sygeplejerskes faglighed og professionalitet gør en afgørende forskel for den enkelte patient. Det kan fx være at identificere et menneskes problemer i forbindelse med udskillelse af afføring. At kunne observere og handle på at patienten/borgeren har problemer med afføringen fx kronisk forstoppelse eller afføringsinkontinens.

Vi er en underviser, to sygeplejestuderende på 2.semester – modul 3, der på baggrund af refleksioner i forbindelse med undervisningen i TEMA Sygepleje – somatisk sygdom og lidelse, synes det er relevant at delagtiggøre KontinensNyt's læsere om, dels hvilke overvejelser man gør sig, når man som underviser skal medvirke til at uddanne kommende sygeplejersker til at varetage sygepleje til patienter, der skal have hjælp i forbindelse med afføring - dels hvordan to sygeplejestuderende oplever det at stå i en konkret situation med en patient, der har behov for sygepleje i forbindelse med udskillelse af afføring.

Den teoretiske undervisning på sygeplejerskolen har fokus på bl.a. observation og dokumentation af udskillelsesfunktionen i forhold til afføring – samt hvordan sygeplejersken på en omsorgsfuld måde kan hjælpe et andet menneske med noget så privat som at komme af med afføringen.

Formålet med dette indlæg er at fortælle specifikt om, hvordan man på Sygeplejerskeuddannelsen Roskilde uddanner kommende sygeplejerske til arbejdet med bl.a. afføringsproblematikker. Og hvordan sygeplejestuderende oplever situationer, der er forbundet med at hjælpe patienter, der har problemer med afføringen.

### **Men hvordan uddanne til omsorg i forbindelse med afføringsproblemer?**

En pioner indenfor sygeplejen, Virginia Henderson, siger at en af sygeplejerskens vigtigste opgaver, er at hjælpe patienter og borgere med at udskille kroppens affaldsstoffer.

Arbejdet med afføring er i vor moderne tid fanget i en dobbelthed. På den ene side er det et livsnødvendigt arbejde. På den anden side, er det eksponent for noget frastødende. Det skal de studerende lære at forholde sig til, ikke kun i relationer med patienter, men også i forhold til sig selv. Afføring og udskillelse heraf, er et tabubelagt område, som gør det vanskeligt at tale om, når man som patient har problemet med at holde på afføringen eller lider af kronisk forstoppelse. Det at skulle tale om afføringsproblemerne, kan godt i visse situationer virke krænkende på patienten men også på sygeplejersken. Derfor skal kommende sygeplejersker have stor faglig viden om og forståelse for, at omsorgsarbejdet med patienter, der har afføringsproblemer handler om at bevare patientens værdighed og rumme deres sårbarhed. Pleje og omsorgsarbejde med andre mennesker kroppe, er en del af sygeplejens arbejdsfelt. Derfor er viden om sygdomme, der kan medføre afføringsproblemer, fundamentet for at kunne yde en god og omsorgsfuld sygepleje. Patienter og pårørende bliver lettede, når de bliver hjulpet. Og som studerende 'vokser' man, når man oplever at have gjort en forskel for patienten. Det er en krævende opgave, men også tilfredsstillende at hjælpe et andet menneske, der har brug for én – det er livgivende.

### **At udskille afføring er et livsfænomen**

Alle mennesker udskiller afføring – ikke alle har problemer med det. Vi kender alle oplevelsen af en god fornemmelse, når vi har været på toilettet og udskilt en passende mængde afføring. Ca. 85% af alle raske mennesker har prøvet, hvad det vil sige at komme til at 'gøre i bukserne', og de følelser der er forbundet hermed som fx ydmyghed, skamfuldhed og flovhed. Selvom det at udskille afføring er en nødvendighed, vi alle kender, eksisterer der i vores samfund en kultur, hvor man ikke taler om det – det er nærmest ikke eksisterende. Tænk på hvor mange forskellige duftmidler man kan købe i supermarkeder, der kun har til hensigt at camouflere sporene af, at man har haft afføring. Udskillelsen skal altså helst være usynlig. Hvis man af en eller anden grund – fx sygdom – ikke kan kontrollere udskillelsen, og andre mennesker derved kan se, høre eller lugte det, medfører det skam og forlegenhed hos

patienten, sygeplejersken og eventuelle medpatienter eller pårørende.

I vores kultur eksisterer nogle uskrevne regler som vi ikke taler om omkring det at have afføring, og som vi først ved, hvornår vi har overskredet disse regler eller når det er gået galt. Luftafgang og lugt og manglende kontrol er eksempler på et brud, fordi det ikke er accepteret eller tilladt i det offentlige rum. Det er simpelthen pinligt. Mange professionelle – deriblandt sygeplejersker – viger tilbage for at interessere sig for afføringsproblemer hos patienter.

### En tid hvor den perfekte krop er i fokus

Vi lever i en tid, hvor kroppen er mere i fokus end nogensinde. Kroppen bruges til at tage sig ud med, at vise man har kontrol, at man ser godt ud. Vi vælger tøj, livsstil og sågar sportsgrene som på en måde kræver, at vi udstiller vores krop. Vi vil helst matche forestillingen om den perfekte, velduftende og sunde krop.

Studier viser, hvordan vi i vores kultur opfatter en utæt krop som ækel og frastødende. Måske netop derfor har det moderne menneske svært ved at identificere sig med det modsatte; den uperfekte, ildelugtende og syge krop, hvor man ikke har kontrol over udskillelsesfunktionerne. Man kan dermed sige, at vi har et forhold til kroppen og dens funktioner, som er ambivalent. På den ene side viser vi gerne bare maver, ben og muskler – på den anden side er kroppen privat, når det handler om udskillelse (urin- og afføring).

Vi er især private, når det gælder afføring. De fleste piger og kvinder har prøvet at gå med hinanden på toiletet og tisse, men man inviterer ikke nogen med, hvis man skal lave stort.

Det moderne menneske har på en måde lært at føle angst overfor kropslige udskillelser som kulturen definerer som ubehagelige, forbudte og frastødende. Når patienter, der har afføringsproblemer, møder sygeplejersken, kommer de hver især med deres sociale, kulturelle og psykologiske forståelse af det at have afføring. Fælles for disse patienter er, at de har mistet kontrollen over et grundlæggende, tabubelagt behov – at udskille afføring. Derfor har disse patienter ofte en mindre-værdsfølelse, er frygtsomme og har forinden indlæggelsen måske isoleret sig socialt. Derfor må sygeplejer-

sken have viden om, at det at miste kontrollen over sin afføring kan virke identitetstruende, fordi man mister værdighed. Det er vanskeligt, også for den som skal yde hjælpen, at overbevise patienten om, at det sociale liv forsat er levneværdigt, også selv om man må have hjælp til at udskille affaldsstoffer.

### Fanget i en dobbelthed i arbejdet med afføring

Det er en tvetydig og udfordrende opgave at uddanne sygeplejestuderende indenfor dette område, fordi arbejdet med afføring er fanget i en dobbelthed – fordi dette arbejde på den ene side er (livs)nødvendigt og på den anden side repræsenterer noget, som vi ikke vil identificeres os med, fordi det er frastødende.

Studier viser, at arbejdet med inkontinente patienter, antages at være mere stressende og følelsesmæssigt krævende end nogen andre former for omsorgsarbejde. Dette nære arbejde må værne om den persons identitet og værdighed, der har brug for omsorg og pleje. Tilsvarende må sygeplejersken søge at være bevidst om egne reaktioner i arbejdet med afføringsinkontinente patienter.

### Litteratur og kildemateriale

- Dahle, R, Isaksen LW. *Lav tolerance overfor kroppens lugt og fugt*.  
 Henderson, Virginia (2003) *ICN Sygeplejerskens Grundlæggende principper*. Dansk Sygeplejeråd.  
 Henderson, Virginia (1995) *The Nature of Nursing. Overvejelser efter 25 år*. Munksgaard, København.  
 Isaksen, Lise Widding (2002) *Om angsten for de andres afsky – Inkontinens som et socialt og kulturelt fænomen*.  
 I. Trygve Wyller *SKAM – perspektiver på skam, ære og skamløshed i det moderne samfund*. Fagbokforlaget, Oslo.  
 Johnsen, Gerd (2000) *Tarmanamnese, analyse, mål og handlinger*. Sygeplejersken – tidsskrift for sygeplejersker nr. 5-2000.  
 Johnsen, Gerd (2005) *Udskillelse af fæces I Sygeplejens fundament 2*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk p.205-277  
 Lawler J. (1996) *Bak Skjerm Brettende*. Oslo, Ad Notam, Gyldendal A/S  
 Nielsen, Niels Kayser (2003) *Madkultur, opbrud og tradition*. Forlaget KLIM  
 Tellervo, Jorit (2003) *Det snavsede dilemma*. Sygeplejersken - Tidsskrift for sygeplejersker nr.12-2003.  
 Øverlie, Anne (2007) *Defækation i Sygeplejebogen 1 Grundlæggende behov 2. del* GADS FORLAG p. 183-241

## Et af de første kliniske undervisningsforløb på en mave-tarm-kirurgisk afdeling – en praksisbeskrivelse.

Jeg har ikke så stor erfaring med at pleje patienter, der har problemer med udskillelse af afføring. En sygeplejerske fortæller mig om en ny patient, der er indlagt med 'ileus' (tarmslyng) – jeg kalder ham i denne beretning hr. Olsen.

Hr. Olsen har fået ordineret medicinen Movicol, som er et afføringsmiddel i form af pulver, som skal opløses i vand. Endvidere skal han have et klyx – væske som indføres direkte i endetarmen. Dette klyx klarer hr. Olsen selv. Virkningen kommer i løbet af 20 minutter. Efter ca. et kvarter går jeg ind til hr. Olsen og spørger, om han har været på toiletet, og hvordan hans afføring ser ud. Dette er en helt almindelig og normal situation for sygeplejerskerne på mave-tarm afdelingen. Men det er det (endnu) ikke for mig! – Sikkert heller ikke for patienten for den sags skyld. På mine spørgsmål svarer hr. Olsen: 'Det var helt i orden'.

Da jeg efterfølgende fortalte sygeplejersken, dels hvad jeg selv havde spurgt hr. Olsen om, dels hans svar, fortalte sygeplejersken, at det ikke var oplysninger nok i forhold til, at patienten var indlagt til udredning for sin tarmlidelse. Selvfølgelig skulle jeg have spurgt ind til afføringens konsistens, farve og lugt. Men jeg vidste (på det tidspunkt) ikke, hvad det vil sige 'at spørge ind' til patientens afføring. Det lærte jeg ved den lejlighed, og jeg vil helt sikkert fremover også overveje, hvordan jeg stiller spørgsmål til patienterne. Sygeplejersken forklarede mig efterfølgende, hvordan jeg skal spørge ind til patientens afføring - og hvorfor det er så vigtigt at vide.

Imidlertid viste det sig, at der også var en anden grund til, at hr. Olsen besvarede spørgsmålene så kortfattet. En ny patient blev netop indlagt på stuen samtidig med, at jeg forsøgte, at få hr. Olsen til at fortælle om sin afføring. Den nye medpatients seng var placeret foran hr. Olsens seng. Den nye patient havde tillige to pårørende med ind på stuen. Det var uden betydning, at jeg trak gardinerne for eller ej - alle kunne jo alligevel

ikke udgå at høre vores samtale om den afføring, som hr. Olsen lige havde udskilt.

I den situation tænkte jeg kun på blufærdighed. Jeg troede, at hr. Olsen oplevede samtalen som pinlig og ubehagelig. Jeg gjorde mig mange overvejelser, fordi jeg ikke ville overskride hr. Olsens grænser ved at indgå i snak om afføring.

Da jeg gik ind på stuen igen og trak gardinerne for, fordi jeg håbede, at det ville give hr. Olsen indtryk af, at samtalen var privat. Jeg begyndte

forfra med at spørge ind til hans afføringsvaner. Jeg forklarede på bedste vis, hvorfor det var vigtigt at vide, hvordan udseende af afføringen var. Hr.

Olsen fortalte så, at hans afføring var en hård klump, men at der ikke var blod i – og at afføringen var lidt mørk.

Jeg fornemmede nu, at hr. Olsen ikke var så genereret i forhold til at tale om afføringen, som jeg først troede.

Derfor har denne situation givet stof til eftertanke. Var det mig som sygeplejestuderende, der forsøgte at forsvare min egen blufærdighed og personlige grænser? Havde jeg mon en

tro på, at det at skulle samtale med hr. Olsen om afføring, var pinligt og personligt? Jeg følte mig lidt forvirret, fordi jeg ikke var forberedt på, at jeg faktisk selv følte situationen mere krænkende end hr. Olsen.

## Jeg fik sat ord på min egen frustration

3 måneder senere skulle jeg på modul 3 – teoretisk undervisning. Vi havde et sygeplejetema om det at være fysisk syg. Et af områderne i undervisningen var udskillelse af afføring (defækation). Der fik vi viden, om bl.a. tarmenes anatomi og fysiologi i forhold til udskillelse af afføring. I undervisningen diskuterede vi de sygeplejefaglige og etiske problemstillinger, der er forbundet med at hjælpe et andet menneske i den situation. I undervisningen blev vi også præsenteret for forskellige forskningsresultater, der beskrev hvordan sygeplejersker og patienter påvirkes i plejesituationer, hvor patienten er udsat for at skulle tale om afføring. Dette betød, at jeg nu selv fik sat ord på den frustration, jeg havde oplevet ved at skulle spørge hr. Olsen om afføringens udseende og konsistens.



Hvordan  
jeg lærte  
at håndtere  
'pinlige'  
spørgsmål

# Patientens situation under indlæggelsen

Jeg er uddannet social- og sundhedshjælper og har derfor praktisk erfaring med at hjælpe andre mennesker, som har problemer med fx afføringsinkontinens. I forhold til min nuværende tid som sygeplejestuderende er mine oplevelser følgende.

I min første praktik oplevede jeg sygeplejersker, der bare gik med patienterne, når de skulle på wc. Jeg havde kun været i afdelingen få dage, da jeg oplevede dette. Derfor kan jeg ikke vurdere, om det var en aftale mellem patient og sygeplejerske. Imidlertid oplevede jeg et eller andet ved situationen, der var uetisk. Jeg ved ikke, om det hang sammen med, at jeg var inspireret af sygeplejeteoretikeren Virginia Henderson, som har udviklet principper om grundlæggende sygepleje. Hun siger blandt andet; "at sygeplejersken skal hjælpe patienten med de aktiviteter, som han ville udføre på egen hånd, hvis han havde den fornødne styrke, hjælp eller viden, og at gøre dette på en måde, der hjælper patienten til så hurtigt som muligt at blive selvhjulpent." Men jeg synes ikke, det var en måde, der umiddelbart så ud til at styrke patientens mulighed for at klare det han kunne.

Gad vide, hvad patienten synes om, at have en sygeplejerske med sig på toilettet. Alt andet lige må det have gjort det vanskeligere for patienten at have afføring!

## Teori og praktik

Selvom jeg i mit arbejde som social- og sundhedshjælper har talt med mange ældre om toiletvaner, var det nu noget helt andet i praktikken. De ældre mennesker var nu byttet ud med patienter på mine forældres alder eller yngre. Jeg gjorde alt, hvad jeg kunne, for ikke at krænke deres blufærdighed samt have respekt for deres ønsker og behov. Jeg gjorde mit bedste for at sætte mig i deres sted.

Jeg stod i min første praktik med en kvindelig patient på 51 år. Hun havde haft et 'uheld' og var meget ked af det. Hun undskyldte mange gange. Samtidig med at jeg skulle hjælpe hende med, at blive ren igen, skulle jeg også forsøge at trøste hende. Det var en svær situation at stå i. Jeg gjorde mit til at få situationen overstået så hurtigt som muligt. Kvinden var meget af-



hængig af min hjælp i den pågældende situation, så jeg gjorde derfor alt for at bevare ligeværdigheden imellem hende og mig selv. Situationen gjorde mig usikker på det jeg havde lært og det, jeg inderste inde selv følte.

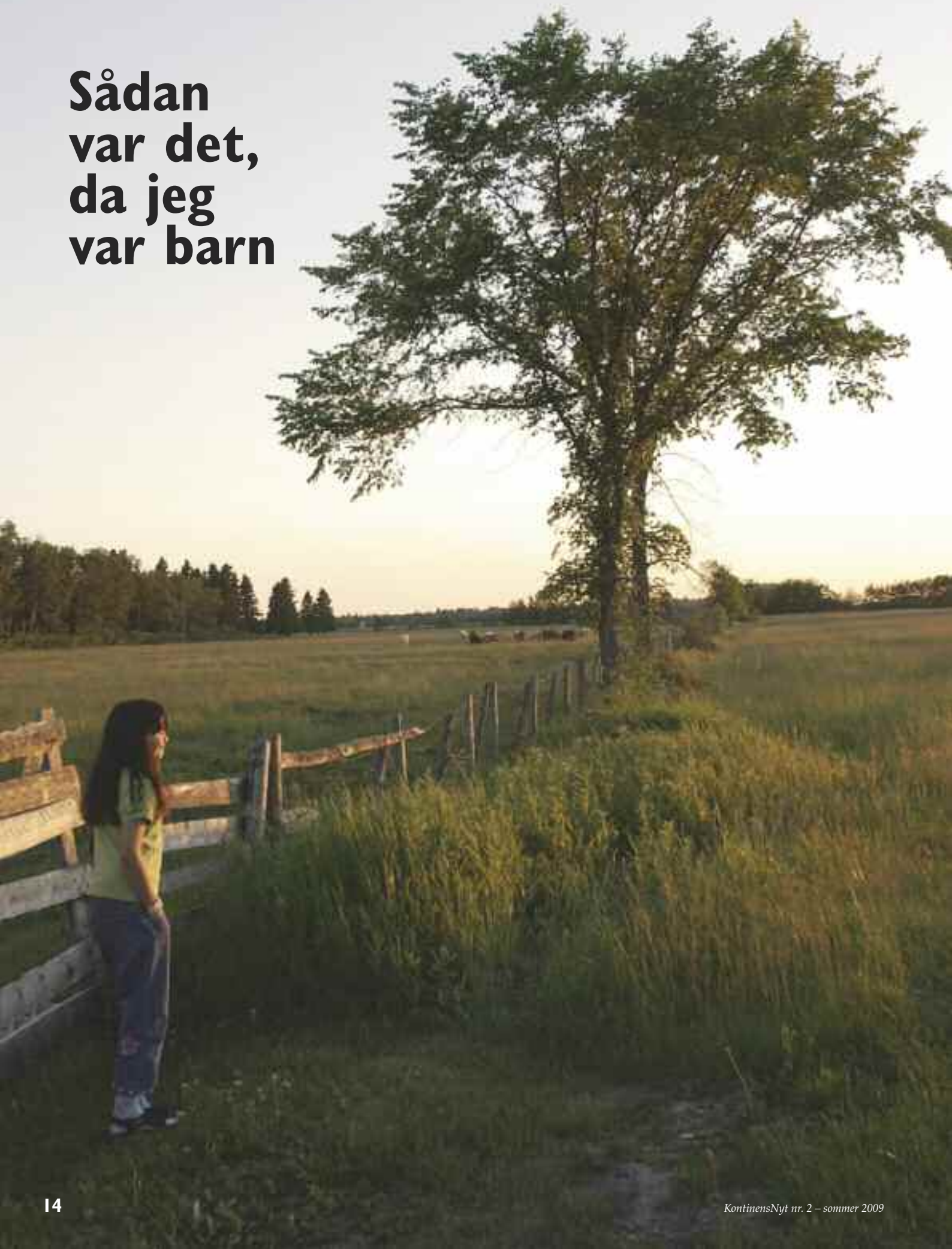
De fleste mennesker ser jo toiletbesøg som noget helt privat, der skal foregå for lukkede døre. Det er normalt kun helt små børn og meget demente mennesker, der har gavn af at have nogen med til denne handling. Som sygeplejestuderende får vi efter første periode med klinisk undervisning, som er det der tidligere hed "praktik", undervisning i, hvad det indebærer at være eller at blive afføringsinkontinent.

## Gang i tankerne

Det fik sat en masse tanker i gang i mig om, hvordan jeg bør og vil handle i forskellige situationer i forhold til udskillelse af afføring. Det giver os som sygeplejestuderende en faglig baggrund, således at vi kan se situationen fra patientens side – herunder de oplevelser og reaktioner, der kan være forbundet med at skulle have hjælp til at komme af med sin afføring. Vi får også viden om, hvordan vi skal identificere og analysere patientens behov for sygepleje. Det betyder, at jeg via den kliniske undervisning har fået nogle redskaber til at reflektere og se det på en anden måde, som jeg har som hverdagshviden om det at have afføringsproblemer.

Respekt, diskretion og forståelse var bare nogle af nøgleordene, der indgik i undervisningen. Jeg lærte nye ting, som var meget relevante bla. om afføringsmidler og brugen heraf – og hvor forskellige patienters toiletvaner er. Undervisningen var meget konkret og gav mig gode redskaber til næste praktikforløb.

# Sådan var det, da jeg var barn



*Anne fra Sunds, et af vores medlemmer, har sendt denne historie  
Annes fulde navn er kendt af redaktionen*

## JEG KUNNE FRA BUSSEN HJEM FRA SKOLE SE DEN LANGE TØRRRESNOR

### FYLDT MED BLEER - MINE BLEER!

Jeg er født og opvokset i en lille by ved navn Sunds, lidt nord for Herning i det midt vestjyske. Sunds var i min barndom en lille flække med en brugs, en købmand, en slagter og andre småhandlende. Og så var den en del tekstilvirksomheder som blandt andet lavede tæpper. Jeg blev født lidt nord for byen – og er vokset op med mine to ældre brødre. Vores gård var – hvis jeg husker rigtigt – på 42 tønder land mager sandjord. Noget som ingen kan leve af i dag. Men vores forældre arbejdede hårdt og vi børn hjalp til – så det gik.

Gården, ejendommen eller husmandsstedet eller hvad sådan noget kaldes nu omdage, var alt i alt et trygt og varmt barndomshjem at vokse op i, og jeg har gode minder trods alt. Vi havde en del dyr – heste, køer og grise. Det med heste er nu så meget sagt, vi havde en – og det var Rasmus. Han var gået på pension, efter at min far havde købt traktor. Nu skulle han så barer nyde livet, så længe han levede. Så kunne vi børn tage en ridetur, altså hvis Rasmus ville, for det var ikke altid. Far havde også en del får sammen med andre landmænd. Fårene græssede på lyngarealerne længere vestpå. Dertil kommer diverse hunde og katte – især de sidste var der en del af.

Arbejde var der også nok af året rundt – også for os børn. Det hele skulle jo passes. Også skolen. De første tre år gik jeg i skole i Sunds, men flyttede så til en større skole i Herning, hvortil der kun var en busforbindelse. I den travle årstid havde vi lidt hjælp på gården – især omkring høsten. Hans, ja nogen kaldte ham for Tosse-Hans. Hvorfor han har fået det navn, ved jeg ikke, men der var nu ikke noget i vejen med ham. Overfor os børn var han et rart menneske, og hvis vi kunne få ham til at fortælle historier, var han rigtig sjov at hører på. Og lad mig så sige, at ferie var der ikke noget der hed i vores barndom. Det vil sige, på et tidspunkt holdt vi en på tre dage, med derom senere.

Jeg tissede i sengen om natten til jeg var 13-14 år. Problemet blev løst med bleer – masser af bleer. Det var stofbleer med gummibukser som overtræk. Det gik til på den måde, at vi børn altid kom tidligt i seng – for vi skulle jo tidligt op om morgenen. Jeg skulle tage mine

underbukser af, og så kom min mor med to til tre bleer, som var foldet i en trekant. Dem fik jeg under måsen, og så de her plastbukser uden på – og så ellers 'godnat'. Når jeg sådan tænker tilbage, kan jeg endnu huske, at jeg fra bussen hjem fra skole kunne se den lange tørresnor fyldt med hvide bleer – mine bleer! Tørresnoren gik fra det gamle pæretræ over til husgavlen, lige over mit vindue. Og derfra har jeg ofte hørt ordene fra nabokonerne, når de kom forbi for at tale med mor. 'Ær a tøs int snært tør?' (Er tøsen ikke snart tør). Æ tror hur ær doven. (Jeg tror, hun er doven). Hur sku hæ æ røvfuld (hun skulle have en røvfuld). 'Den slavs brur vi int hir' (den slags bruger vi ikke her), sagde min mor altid.

Nu skal man ikke tro, at der ikke blev gjort noget ved problemet, for det blev der! 2-3 gange blev jeg af min mor slæbt hen til vores huslæge, doktor Laursen. Jeg husker ham som en ældgammel mand uden hår på hovedet, men til gengæld masser af hår ud af næsen og ørene. Han sagde altid, at det bliver hun nok træt af en dag, og skal vi ikke se tiden an, så går det nok over en dag. Og så kunne vi ellers bare gå hjem til bleerne igen. Nu var det sådan, at mit lille problem ikke var skjult for nogen. Hverken skolekammerater eller den nære familie – men at de også vidste det i Brugsen, det kom som en overraskelse for mig.

En dag efter skoletid, var huset vendt på den anden ende. Far og mor diskuterede om 'hvordan og hvorledes!'. Grunden var, at der var kommet et brev med posten. Mors søsters datter skulle giftes – og det var på Fyn. Vi skulle med til bryllup. Problemet var nu at få det hele på gården passet, mens vi var væk. Der var ikke nogen, der kunne gøre det godt nok, var fars mening. Dyrene skulle foders og malkes, og der skulle muges ud. Og hjælp kunne vi ikke få, for der var ikke penge til lønnen. Men det endte med at Tosse-Hans skulle se efter bedriften, mens vi var væk. Vi havde ingen bil, så det skulle være med tog fra fredag til søndag. Hele 3 dage!

Jeg fik nu påbud om, at jeg skulle gå i Brugsen og købe de her nymodens engangsbleer, som mor kaldte dem. Brugsuddelerens kone, Karen, sad ved kassen. Og

det hun ikke vidste, var ikke værd at vide. Og hun spurgte så: 'Nå bedte Anne gider din mor ikke vaske bleer mere?' – 'Jamen de bleer der, er da alt for små til dig!' 'Ved du hvad, du skal have sådan nogle snipper uden på, men tror du at du kan passe dem?' Og så rejste hun sig op fra kassen, dukkede sig ned til hylden og fandt blesnipperne frem, bredte ud på disken og fortalte så, hvordan de skulle bindes. Alt imens stod de andre lokale kunder mere eller minder uforstående så på! Da jeg gik derfra, tudede jeg hele vejen hjem og ville aldrig hen i Brugsen mere.

Jeg var på det tidspunkt en rund og buttet pige på 12 år, og jeg kunne slet ikke passe de der snipper. Men heldigvis havde min mor taget et par gummibukser i bagagen til Fyn, så det gik alligevel udmærket. Og Hans havde såmænd også gjort det rigtig godt hjemme på gården – så det blev trods alt en god tur til Fyn. En dag var der en annonce i vores lokale avis 'Vestkysten'. Den meddelte følgende, at Læge Emil Arnold Laursen efter mere end 45 år, havde solgt sin praksis til en ung københavnerlæge (som jeg desværre ikke længere husker navnet på).

Hele byen var i oprør – især de gamle koner. De skulle ikke til sådan en københavnerlæge, som ikke vidste noget som helst. De havde jo alle deres gigtsygdomme og andet at slås med, og det kunne han helt sikkert ikke gøre noget ved, mente de! Så er det så spørgsmålet om doktor Laursen kunne? Mange af Sunds-konerne tog bussen ind til Herning for at finde en ny læge. Men sådan var det ikke hos os. Min mor syntes, at vi skulle gå hen til den nye doktor, for at se, om han havde en løsning på mit tisseproblem. Da vi kom hen til den nye læge, var det hele var lavet om – der var nu lyse og venlige lokaler, og så var han en pæn ung mand på omkring de 30. Den nye læge kikkede på min gamle journal, og hans øjne blev helt mørke. Så rejste han sig og gik hen til min mor, og nærmeste skældte hende ud. 'Hvorfor er der ikke gjort noget ved det her for mindst ti år siden?' 'Om et halvt år skal pigen konfirmeres, har I tænkt jer, at det skal vare hele livet?' Så gik han hen til mig. Hans øjne var nu blevet venlige. 'Hør her min pige, nu får du noget medicin, som du skal pifte op i næsen, inden du går i seng. Hvis det ikke hjælper i løbet af fjorten dage, så skal du på sygehuset. Jeg blev både glad og bange. Glad fordi, jeg ikke skulle tisse i sengen mere, men bange for tanken om sygehuset. Efter 3 uger var jeg tørlagt. Medicinen hed Minerin, og bruges den dag i dag.

Det var en stor dag, da jeg slæbte alle bleer, bukser, lagner ud på gårdspladsen, og min far hældte lidt benzin over det hele og satte en tændstik til – det blev et stort bål – og jeg kunne nu skribe ud over alle markerne: 'Jeg bruger ikke ble mere!'

Hilsen, Anne fra Sunds



**Qufora** 

Et stort problem, der kommer bag på mange  
Mange ved ikke, at op mod hver 3. dansker har svært ved at komme af med afføringen – og dermed oplever tømningsproblemer i deres dagligdag. Afføringsproblemer kræver både tid og energi, da toiletrutiner ofte bliver langvarige, komplicerede og styrende for dagligdagens aktiviteter. Dette kan betyde en væsentlig reduktion i livskvaliteten.

**Nyt, let og enkelt produkt til analirrigation**  
Heldigvis kan problemet nu afhjælpes på en simpel og let anvendelig måde med Qufora Analirrigationssystem. Systemet er en enkel og innovativ løsning til effektiv skylning af tarmen.

Qufora Analirrigationssystem giver øget velvære og bidrager til øget overskud – både personligt og socialt.

**Let anvendeligt system**  
Qufora Irrigationssystem bruger vand som medie og fungerer uden brug af medikamenter. Det er simpelt og kan anvendes af både plejepersonale og slutfugare – og giver som noget nyt, muligheden for at foretage analirrigation på toilettet både ude og hjemme.

Qufora Irrigationssystem fås i flere varianter til både toilet- eller sengebrug.

**Ved regelmæssig brug af Qufora Irrigationssystem opnås:**

- Effektiv afhjælpning af forstoppelse
- Sikring af kontinens mellem 24 og 48 timer
- Reduktion i brugen af afføringsmedicin

Yderligere oplysninger:  
Danpleje Kundeservice på 86 109 109.

  
Samlet Distribution i Danmark: Danpleje Danmark A/S, 110, Voldensvej 14, 4200 Århus N  
 Tel: 86 109 109 Fax: 86 86 109 300 [danpleje@danpleje.com](mailto:danpleje@danpleje.com) [www.danpleje.com](http://www.danpleje.com)

Kilde: [www.dr.dk](http://www.dr.dk) > DR 1 > Aftenshowet > Inkontinens • Artiklen er leveret af Dagens Puls - 24. apr. 2008  
Redigeret af redaktionssekretær Aase Randstoft, Kontinensforeningen

# Inkontinens - arven fra mor

URININKONTINENS FOREKOMMER 30% HYPPIGERE HOS KVINDER, HVIS MØDRE SELV HAVDE LIDELSEN, VISER EN NORSK UNDERSØGELSE, DER ER OFFENTLIGGJORT I BRITISH MEDICAL JOURNAL.

400.000 danskere – både mænd og kvinder – har ufrivillig vandladning, også kaldet urininkontinens. Nogle 'drypper' i bukserne, når de hoster eller dyrker sport [red.: anstrengelsesinkontinens/stressinkontinens]. Andre tisser i bukserne, fordi deres tissetrang kommer så stærkt og pludseligt, at de ikke har en chance for at nå på toiletet [red.: den overaktive blære/urgeinkontinens].

Hos nogen skyldes lidelsen problemer i blære, urinrør, bækkenbund eller nervesystem, mens den hos andre forårsages af for hyppig væskeindtagelse kombineret med for sjældne toiletbesøg.

Ofte er inkontinens forbundet med flovhed og med drillerier, men nu viser en norsk undersøgelse, der for nylig har været offentliggjort i *British Medical Journal*, at hver tredje kvinde, hvis mor led af inkontinens, har højere risiko for at få lidelsen end andre.

Undersøgelsen, der er foretaget på universitet i Bergen, viser også, at kvinder, hvis ældre søster er inkontinent, har hele 60% højere risiko for selv at komme til at lide af den ufrivillige vandladning.

Forskere har længe haft mistanke om, at arv spillede en ikke ubetydelig rolle for inkontinens, og nu er det altså fastslået. Så der er altså en stor gruppe kvinder, der har grund til at være ekstra ihærdige med de bækkenbundøvelser, som ifølge en af Danmarks førende eksperter på området, professor, dr.med., speciallæge i gynækologi og obstetrik Gunnar Lose, Glostrup Hospital, hos mange kan være med til at forhindre lidelsen i at bryde ud.

Gunnar Lose bliver ihærdigt ved med at fastslå, at kvinder – udsatte eller ej – selv kan gøre meget for med knibeøvelser at holde bækkenbunden i orden. Der findes ikke nogen tilsvarende dansk undersøgelse af arveligheden i inkontinens, men for de danske behandlere vil den norske undersøgelse umiddelbart kunne bruges i det daglige arbejde, fordi befolkningsgrupperne i Norden på bl.a. dette punkt ikke afviger så meget fra hinanden.

Når det til trods for, at det er en gammelkendt sygdom, og til trods for lægernes mistanker har taget så mange år at fastslå, at der var elementer af arvelighed i denne lidelse, så skyldes det blandt andet, at inkontinens er meget tabubelagt. Mange kvinder holder det skjult for selv deres mænd, at de må gå med ble. Så der er ingen tvivl om, at inkontinens er generende i dagligdagen. Faktisk er der bred enighed om, at inkontinens ofte har en direkte negativ virkning på livskvaliteten.

I ganske sjældne tilfælde kan inkontinensen også skyldes, at der er en falsk forbindelse mellem blæren og skeden, hvilket giver anledning til, at urinen siver konstant.

Uanset problemets årsag er det vigtigt at tilsidesætte flovheden og opsøge læge, så den rette behandling kan komme i gang.



## Stressinkontinens hos unge kvinder

### BRUGEN AF HJÆLPEMIDLER KAN VÆRE GRÆNSEOVERSKRIDENDE FOR MANGE KVINDER

Åh nej, nu sad jeg lige, og havde det så sjovt – og så kan jeg pludselig mærke en fugtig plamage i mine trusser, ikke nu igen! Hvorfor kommer det bare altid, når jeg mindst venter det?

Ja, sådan er der rigtig mange unge kvinder, der føler, når de sidder i et hyggeligt selskab og griner. De har lidelsen, som på fagsprog betegnes som stressinkontinens eller anstrengelsesinkontinens. Denne inkontinensform kommer, når blæren er tilstrækkelig fyldt, og man så fx hoster, nyser, griner eller hopper. I disse situationer sker der et ekstra pres på bækkenbun-

den. Ved dette pres løber der lidt urin ned i urinrøret, og hvis bækkenmuskulaturen så ikke kan klemme ordentligt af for urinrøret vil 'uheldet' være ude.

#### Faglig beskrivelse

Der er altså tale om, at bækkenbundens muskulatur ikke er tilstrækkelig stærk til at lukke af for blærens udmunding. Kort beskrevet er det primært én muskelgruppe (levator ani), som ved sammentrækning lukker for udmundingen af livmoderhalsen, urinrøret og endetarmen. Dette ved at presse 'organerne' frem mod

kønsbenet og derved bøje rørene af, præcis som en vandslange, der hurtig skal stoppes med et knæk på slangen.

Levator ani ligger som et ottetal om åbningen ved endetarmen og skeden. Hvis denne muskelgruppe ikke er blevet trænet jævnlige igennem livet, vil den på et tidspunkt blive slap. Der er stor forskel på, hvornår musklen ikke længere kan udøve en optimal funktion. Tillige er der andre faktorer som overdrevent væskeindtagelse, overvægt og tunge løft, som har indflydelse på, hvor meget pres musklen skal kunne klare.

Opfattes kroppen fra brystet til kønsorganet som en tønne, kan det være lidt nemmere at forestille sig vigtigheden af denne muskel. Forstil dig, at tønden indeholder en mængde vand, og at der foroven kan fyldes mere i, men ikke komme noget ud. Ved et pres oven på tønden (fx ved hop, nys eller host) eller i siderne (ved træning eller løft) vil trykket forstærkes nedefter. Hvis bunden i tønden ikke er tilstrækkelig stærk, vil det medføre, at vandet siver ud. Det er derfor vigtigt, at bunden er så stærk, at den kan holde til trykket. Tillige skal det være en aktiv handling at tømme 'tønden' for vand/urin.

### Tabu – hvorfor?

Det underlige er så derfor ikke, hvordan det rent fysiologisk hænger sammen, men mere at det stadig er et tabu i dagens Danmark ikke at kunne holde på vandet. Specielt fordi de indberettede tal viser at ca. 4%, 11%, og 23% af de hhv. 20-29-årige, de 30-39-årige og 40-59-årige kvinder har stress-inkontinens. Når dette er sagt, så er der endnu ikke taget højde for de andre typer af inkontinens. Således oplever en stor del af os kvinder på et tidspunkt i livet at være inkontinente i svære eller lettere grad. Spørger du rundt i din omgangskreds, vil du finde, at der ikke er nogen af dine venner, som har inkontinens, og de fleste mænd ved dårlig nok hvad det er. For kvindernes vedkommende vil det ofte være, at de synes det er en lidelse/situation, der er forbundet med alderdommen. Så unge kvinder står meget alene, når det gælder inkontinens. Jeg ser ofte i min klinik fortvivlede kvinder, som spørger, om jeg dog kan hjælpe dem, og om de nogensinde får deres føling tilbage i sexlivet. Svaret er meget enkelt? Ja. De fleste kan hjælpes ved ganske almindelig vejledning af bækkenbundstræning. Der er dog nogen, som har nedsat føling med muskelvævet og for disse kvinder, kan situationen være mere vanskelig.

Når jeg guider kvinder i bækkenbundstræning, vælger jeg ofte at træne hele 'korsettet' (mave, ryg og bækken). Grunden hertil er, at en dybdegående kropsforståelse giver en optimal træning for 'korsettet', og der-

ved kan problemer som fx lændesmerter også reduceres. Det er dog stadig vigtigt, at sikre at knibefunktionen er på plads, inden mavens muskulatur inddrages, da det ellers kan gøre træningen mere kompliceret.



### Løsning

Har du meget vanskeligt ved at lave en sammentrækning ved hjælp af mundtlig instruktion, kan forskellige hjælpemidler benyttes. Det kan fx dreje sig om træning ved hjælp af et perineometer (se figur 1), som er et apparat, der måler hvor kraftigt du trykker med

levator ani musklen og skedens muskulatur. Hvis dette ikke er løsningen, findes der også vibratorer, som kan benyttes både indvendigt i skeden eller uden på bækkenet, samt vaginalvægte, der føres op i skeden. Brug af hjælpemidler kan være meget grænseoverskridende for mange kvinder. Tillige virker det måske også underligt at bruge udstyr til at træne med. Men prøv at se lidt anderledes på det. I et træningscenter bruges vægte og vægtenes størrelse som et mål for udviklingen – og i idrætsverdenen tages alle resultater på tid. Så hvorfor ikke også gøre dette i en træning af bækkenet.

### Råd

Således er mulighederne altså uendelige, og der er bestemt ingen grund til først at søge hjælp flere år efter, at du er blevet inkontinent. Som med al anden træning gælder det, at jo tidligere du får startet, jo mindre skal der rettes op på – og jo lettere har du ved at forbedre og øge din styrke. Så mit råd er: Opfat bækkenmuskulaturen som en hvilken som helst anden muskel og kom i gang med at få den trænet.

### OM FORFATTEREN

Jean Vennestrøm, PhD  
Kvindelivet  
www.kvindelivet.dk  
tlf. 21280551  
info@kvindelivet.dk



SE MERE på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > **KontinensNyt** > **Artikler** > **KontinensNyt 2 - sommer** > **Inkontinensproblemer efter fødsel**

# Underlivet skal helst holde – hele livet!

I forbindelse med overgangsalderen holder æggestokkene op med at producere østrogen, og det giver anledning til diverse symptomer hos mange kvinder.

Som man kan se i Faktaboksen overfor, har op mod 50% 'lokale' gener, dvs. gener i selve underlivet. Disse organer er nogle af legemets mest østrogenfølsomme. Generne kan være kløe, svie, smerter ved samleje, pletblødninger, tørhedsfornemmelse, hyppige blærebetændelser og inkontinens. Man taler om 'sandpapirsforfornemmelse'.

Mangel på østrogen får slimhinderne til at blive tyndere, mindre elastiske og dermed mere sarte. pH-værdien stiger, og slimhinderne bliver mere modtagelige for infektioner.

At slimhinderne i urinrøret også bliver tyndere (fig. 1), er blandt andet med til at forårsage inkontinens, mest af den såkaldte 'urge-type' (tranginkontinens = når jeg skal, så skal jeg her og nu).

Når man kigger på slimhinden i skeden (fig. 2), er

den bleg og tør, og ofte er der små, røde prikker samt lidt udflåd. Hvis kvinden kommer på grund af blødning, får hun også foretaget en ultralydsscanning for god ordens skyld, og her ses slimhinden i livmoderen helt tynd.

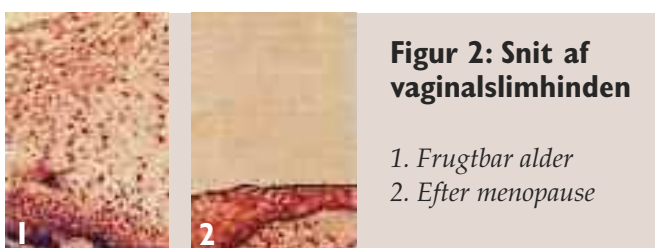
Hvis man har nogle af disse nævnte gener, er der hjælp at hente, hvis man vel at mærke går til sin læge eller gynækolog og beder om hjælp. Lægen vil kigge på slimhinderne, eventuelt undersøge urinen, og derefter skulle sagen være klar – tørre slimhinder, som trænger til behandling med lokalt østrogen.

Der er flere forskellige behandlingsmuligheder. Ovestin kan gives som vagitorier eller creme. Estring er en lille ring, som kan sidde i 3 måneder i skeden, før den skal skiftes ud. Vagifem er en lille vaginaltablett, som først gives dagligt i 14 dage, derefter 2-3 gange om ugen. Alle præparater vil i løbet af nogen tid få de tørre slimhinder, til at blive normale igen.

Det er vigtigt at understrege, at dette ikke er en kur, men en livslang behandling. Jeg oplever ofte kvinder, som er holdt op, fordi der ikke var mere på recepten, eller endnu værre kvinder, som holder op fordi 'nogen' fortæller dem, at man kan få kræft af at tage hormoner! De får så – igen – at vide, at med de undersøgelser, der indtil nu foreligger, er der ingen øget risiko for kræft, når man får lokal østrogenbehandling, og at vi ligefrem også tilbyder behandlingen til kvinder med brystkræft. Dosis er jo ganske beskedent – et helt års behandling med lokal østrogen svarer til hvad man får i 1½ dags tablettbehandling mod hedeture.

I løbet af uger til måneder vil slimhinderne normaliseres, generne aftager, vandladningsproblemerne bliver minder, og sex bliver igen en fornøjelse!

Der er ingen tid at spille – gå til lægen og bed om – eller forlang – at få hjælp!



# FAKTA

## OM OVERGANGSALDER

### Gener som sikkert skyldes hormonmangel

**75% får** Hedestigninger  
Svedeture, nattesved  
Søvnløshed  
Hjertebanken  
Blødningsforstyrrels

**25-50% får** Tørre slimhinder  
Smerter ved samleje  
Kløe og udflåd  
Natlig vandladningstrang  
Urininkontinens  
Hyppige blærebetændelser

**25-40% får** Knogleskørhed – hyppige knoglebrud

**45% får** Hjerter-kar-sygdomme

### Gener som IKKE sikkert skyldes hormonmangel

Irritabilitet  
Depression  
Koncentrationsproblemer  
Træthed  
Hovedpine  
Nedsat lyst til sex  
Ryg- og ledsmerter

#### OM FORFATTEREN

**Christine Felding**  
er speciallæge i gynækologi og  
obstetrik (kvindesygdomme og  
fødselshjælp).

Har egen Gynækologisk klinik:  
Rungsted Bytorv 1  
2960 Rungsted Kyst  
[www.felding.dk](http://www.felding.dk)



# Abri-Flex

## Enestående pull-ups



Floro-elastikken sikrer en  
markant bedre komfort  
og reducerer lækagerisikoen.

Et sikkert bevis på vores produktfilosofi:



Brugerens livskvalitet  
står altid i centrum.



Abena A/S, Egebjerg 5200 Åbenrå. Tlf. 74 31 18 10  
e-mail: [info@abena.dk](mailto:info@abena.dk) . [www.abena.dk](http://www.abena.dk)

www.abena.dk

# Jeg har et usynligt handicap

HUN ER 32 ÅR, LÆGE,  
INKONTINENT OG  
BRYDER SIG IKKE OM  
HEMMELIGHEDSKRÆMMERI.

*"Jeg har sagt til mine kolleger både i den lægepraksis og den sygehusafdeling, jeg er knyttet til, at jeg er inkontinent. Allerede inden jeg begyndte, meldte jeg det åbent ud. Det gør det hele nemmere, at jeg ikke skal gå og skjule sandheden. Jeg kan lide at være ærlig, og jeg tror på, at det er den eneste vej til at få fokus på et problem, som rammer mange mennesker. Også unge. Men jeg pådutter ikke mine patienter, at de skal gøre som jeg."*

Dorte Høj Drostrup

"Sting synger en sang, der går 'Every breath you take, every move you make...'. Den fortæller meget godt, hvor inkontinent jeg var. Hver gang jeg tog et skridt, hver gang jeg bukkede mig, lagde det ene ben over det andet, hostede, nøs, grinede ... hver gang tisede jeg i bukserne."

32-årige Dorte Høj Drostrup blev inkontinent, da hun fødte sit andet barn, sønnen Oscar, i maj 2006. I mange måneder kunne ingen forklare årsagen, først efter flere operationer blev hun hjulpet. I dag er handicappet mindsket. Men det forsvinder formentligt aldrig helt.

Foråret 2006 var lys og glad for den unge, sportsaktive kvinde, Dorte Høj Drostrup. Hun var gift med Anders og mor til 2-årige Anna. Efter medicinstudiet var hun i gang med speciallægeuddannelse til praktiserende læge. Og nu skulle hun føde det barn, hun ventede, og dermed øge familien til fire. Den tidlige sommer havde godt tag i Danmark.

Den unge kvinde glædede sig til at føde. Hendes datter Anna kom til verden ved kejsersnit, fordi pigen lå i underkropsstilling med rumpen nedad, og derfor var den kommende andengangsmor ekstra spændt på, hvordan det egentlig ville føles.

"Det var selvfølgelig smertefuldt, men også en fantastisk oplevelse at prøve at føde. Som sportsmenneske var jeg fascineret af at prøve kræfter med naturen," fortæller Dorte Høj Drostrup.

De første dage efter fødslen kunne Dorte ikke holde på vandet. Urinen kom efter forgodtbefindende og sjældent efter Dortes ønske. Hun var noget chokeret over, at hun ikke selv kunne kontrollere sin tissetrang, men fik besked på, at alting skulle have tid til at falde på plads efter en fødsel.

Der gik en uge. Der gik to. Der gik en måned. To. Tre. Fire. Seks ...

"Jeg var vildt inkontinent og meget ked af det. Min egen læge henviste mig hurtigt til sygehuset, hvor lægerne forsøgte at berolige mig med, at det ville blive godt, jeg skulle bare give det tid, lave mange bækkenbundsøvelser og måske gennem en enkelt operation på et senere tidspunkt. Men knibeøvelser havde ingen effekt. Jeg havde også forfærdelig ondt i mellemkødet og tog mange smertestillende piller," fortæller hun om de første mange måneder efter fødslen.

### **Forsøgte at se det positive**

Handicappet var et åg. Dorte Høj Drostrup måtte bruge store bind og erkende, at selv de 700 meter til datteren Annas vuggestue var tilstrækkeligt til, at bindet skulle skiftes.

"Jeg syntes, at det var meget uretfærdigt, at jeg var blevet inkontinent. Jeg var så ung, og inkontinens var noget, jeg forbandt med gamle koner. Men jeg forsøgte at se lidt humoristisk på det og troede på, at jeg kunne blive helbredt. Jeg gik og jokede med, at jeg skulle have en Tena-heldragt," smiler hun.

Hun nægtede at være flov og skamfuld og holde det generende tisseri hemmeligt.

"Jeg fortalte det til venner og familie – og til min mødregruppe, som har været en fantastisk støtte i hele forløbet. Nogle havde svært ved at tale med mig om mit problem og lukkede fuldstændigt af. Jeg vidste godt, at inkontinens er et tabu. Men jeg blev alligevel rystet og skuffet over nogle reaktioner. Jeg mener, at det er et handicap på linje med andre handicaps – det er bare ikke synligt."

*Nogle fra min omgangskreds havde svært ved at tale med mig om mit problem og lukkede fuldstændigt af – det var jeg skuffet over.*

### **Frustrationer og ubehag**

Som månederne gik, blev Dorte Høj Drostrups humør dårligere og dårligere, inkontinensen styrede hendes liv. Alle løbeture og volleyball på højt niveau, som hun tidligere holdt så meget af, var udelukket. Det var vanskeligt at bevæge sig rundt i huset, og hun kunne dårligt lege med sine børn.

Hun skulle tilbage på job efter barsel, men hendes tidligere arbejdsplads havde toilet i kælderen, og det var en alt for stor belastning i hverdagen.

”Det var ren overlevelse at gå på arbejde. I den nye lægepraksis, hvor jeg fik arbejde, jokede kollegerne heldigvis med mig. De sagde, at jeg kunne låne en toilet-trailer, som en af deres patienter havde fremstillet, så han kunne tage sin syge hustru med på tur. Det hjalp lidt på humøret at grine af det. Men jeg var helt nede at bide i græsset,” fortæller Dorte Høj Drostrup om ventetiden til første operation.

Parallelt med de daglige frustrationer herskede den opslidende frygt for, at problemet aldrig ville holde op. ”Selv om man er læge, er man patient, når man er syg. Og jeg synes, at de undersøgelser, som inkontinente skal igennem, er meget ydmygende. Man skal for eksempel tisse i en spand midt i et undersøgelsesrum, mens undersøgeren venter lige på den anden side af døren. Jeg ved godt, at det ikke er noget at være flow over, men det er altså meget meget ubehageligt,” fortæller den unge læge.

### **Ja tak, endelig operation**

”Jeg var bange for, at andre syntes, at jeg var blevet hypokonder. Jeg havde gået og grædt, når jeg var alene, et helt år, og som læge ved jeg, at kroniske sygdomme også påvirker hjernen. Nogle af os kvinder – måske især kvindelige læger – har lidt tendens til at tænke ”Ja, ja, du dør jo ikke af det, og vi har alle vores at slås med”. Men jeg er blevet meget skuffet, når jeg har mødt de kommentarer. Inkontinente har så ufattelig dårlig livskvalitet. Så da operation endelig kom på tale, var jeg glad og så frem til et normalt aktivitets- og familieliv igen”.

### **Enorme indgreb**

Det viste sig, at Dorte Høj Drostrups bækkenbund var blevet ødelagt ved fødslen. Mellemkødmusklerne var revet over, bagvæggen i skeden var krøllet sammen og presset op i en krog. Desuden var både forvæggen og højre sidevæg ødelagte.

Dorte føle sig nu endelig bekræftet i, at det reelt stod slemt til. Og hun forventede ikke længere, at inkontinensen ville forsvinde af sig selv.

Operationerne var enorme indgreb, og efter den første gik der med Dorte Høj Drostrups egne ord 14 dage, før hun igen smilte.

Skedens for-, side- og bagvæg blev syet på plads, og mellemkødet lappet sammen. Blæren blev løftet op ad to omgange. Ved første forsøg blev den hæftet op indvendigt, hvilket ikke var nogen succes. Anden gang brugte man et såkaldt tvtbånd, der fungerer som en slynge rundt om urinrøret. Båndet blev hæftet i mavemusklernes, trukket ind rundt om urinrøret og ført tilbage til mavemusklernes, hvor det blev hæftet igen.

### **Bedring kom hurtigt**

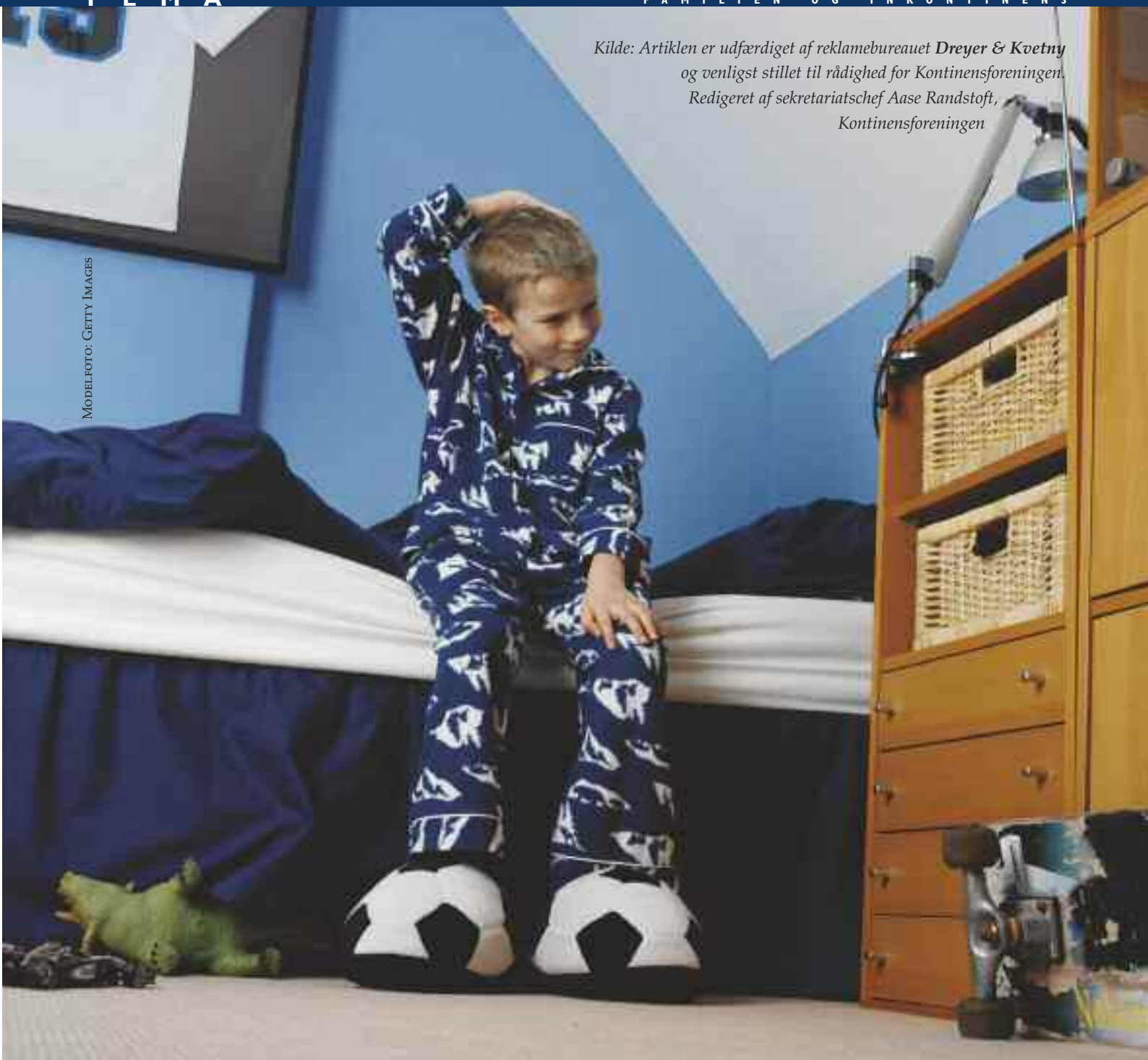
De mange indgreb hjalp på Dorte Høj Drostrups inkontinens og gav hende en vis kontrol tilbage.

”Nu er der ikke så meget Sting-sang over det mere. Jeg kan gå flere skridt, uden det siver. Dagligdagen fungerer langt bedre både hjemme med familien og i de skiftende stillinger på sygehusafdelinger, som jeg skal igennem i speciallægeuddannelse til praktiserende læge.” Operationerne kunne imidlertid ikke hjælpe hende tilbage til den sportsaktive tilværelse, hun nød før i tiden. Og hun bruger stadig bind både nat og dag. ”Jeg er optimistisk af sind og sikker på, at inden jeg bliver gammel og grå, har flere forskere fattet interesse for inkontinens og vist nogle nye alternativer. Første skridt mod et større fokus på sygdommen er, at patienterne er åbne, så omfanget bliver tydeligt,” siger hun. ”Det er absolut ikke kun ældre kvinder, der er inkontinente. Gennem mit job ser jeg en del yngre kvinder med inkontinens – og jeg har megen forståelse for deres problem.”

*Jeg  
drømmer om  
at kunne  
løbe igen uden at  
tisse i bukserne,  
inden jeg fylder  
40 år.*

Kilde: Artiklen er udfærdiget af reklamebureauet Dreyer & Kvætny og venligst stillet til rådighed for Kontinensforeningen.  
Redigeret af sekretariatschef Aase Randstoft,  
Kontinensforeningen

MODEL FOTO: GETTY IMAGES



## Sengevædning sætter familielivet på prøve

Mere end 50.000 danske børn i alderen 4-15 år tisser i sengen. De fleste vokser fra problemet. Men før det sker, er lidelsen en stor belastning for mange familier. Forældrene ransager sig selv, mens børnene kæmper med selvværdet. Men en åben snak om problemet, professionel støtte og brug af hjælpemidler kan være med til at afværge de største kriser.

### 10% af alle børn i 6-års alderen – altså ved skolestart – tisser i sengen

Børnene er kede af det – og mange forældre har det skidt med en lurende tvivl om, hvorvidt de har gjort noget forkert i opdragelsen af barnet. Sengevædning er en kronisk tilstand hos de 50.000 børn – og det kan godt hjulpet af uvidenhed sætte sammenholdet i

familien på prøve.

Sengevædning er ikke en lidelse, der er alvorlig på samme måde som fx kræft eller AIDS. Men den forringer både børns og voksnes livskvalitet i dagligdagen betydeligt. Det slider på familien at skulle op hver nat og skifte sengetøj, og det kan ende med at give både børn og forældre stor skyldfølelse, hvis der i kampens hede i afmagt falder hårde ord.

### Stadig et stort tabu

Ud over de praktiske udfordringer, der er forbundet med sengevædning, tærer det også på mange familier, at det i dagens Danmark stadig er en meget tabubelagt lidelse.

'Børns udviklingstrin er beskrevet i detaljer i dag, og det er nøje formuleret, hvad et "normalt" barn skal kunne inden for bestemte aldersgrænser. Og i den sammenhæng er kropskontrol altid blevet betragtet som et helt basalt element i barnets udvikling. Derfor er det at tisse i sengen omgæret af så meget flovhed for større børn, fordi det opfattes som normalt, at børn smider bleen, når de fylder tre år', siger kontinenssygeplejerske Ulla Kappelgaard fra Børneinkontinensklinikken på Næstved Sygehus.

Kontinensforeningen bliver dagligt kontaktet af forældre, der ransager sig selv og prøver at finde frem til, hvad de har gjort forkert, eller om de kan gøre noget anderledes. Det kan være en stor psykisk belastning for børnefamilier at skulle "evaluere" sig selv på den måde. En del forældre føler sig 'ramt' af, at der ofte bliver blandet en psykolog ind i sagen. De føler sig kontrolleret og set skævt til.

### Naturlig forklaring

Tidligere troede man, at natlig inkontinens hos børn skyldtes psykiske problemer og mistrivsel hos barnet, men nyere tids forskning har heldigvis påvist noget andet.

'Børn tisser i sengen pga. en forhøjet natlig urinproduktion eller en blære, der ikke kan følge med kroppens voksevækst. Vi betegner det som en kronisk tilstand, idet den typisk varer til barnet kommer i puberteten' - siger overlæge Søren Rittig, Skejby Sygehus, der har forsket i over 25 år i børneinkontinens. I hans arbejde hører han ofte børnenes version af problemerne omkring sengevædning.

'Når børn selv fortæller og ser tilbage på deres tid som sengevæder, så nævner de, at et af de største problemer var, at ingen ville snakke med dem om det. Og selvom forældrene forsøgte at være forstående og imødekommende, så kunne moderens ansigtsudtryk være nok, når hun kom ind på værelset og så våde lagner igen og kunne lugte resultatet. Det var en straf i sig selv

for børnene, der skammede sig over, hvad de havde gjort' fortæller Søren Rittig.

### Snak om problemerne

Søren Rittig mener derfor, at det er vigtigt at få forklaret barnet, at det ikke kan gøre for de natlige uheld. 'Det er helt afgørende, at alle forstår, at der er en fysisk forklaring på problemet i langt de fleste tilfælde. Og selvom jeg ved, det kan være svært for mange, vil jeg helt klart foreslå at forældre skal fortælle åbent om det - og også opfordre fx klasselæreren til at diskutere det i klassen, så barnet ikke føler sig anderledes og isoleret. Vores erfaring viser heldigvis, at en meget stor del af børnene kan behandles med succes - enten med et ringeapparat eller medicin. Men fra børnene kommer i kontakt med behandlingssystemet, kan der dog gå lang tid, før behandlingen virker ordentligt og effektivt. I den tid er det altafgørende med gode hjælpemidler.

### Søg hjælp

Nogle af de mange forældre, der henvender sig til Kontinensforeningen, oplever og fortæller, at der er alt for lidt hjælp og information at hente hos deres læge. 'Mange forældre får beskeden om, at det nok går over af sig selv - at barnet nok skal vokse fra det. Men mange af børnene kan risikere at være nattevædere i op til ti år. Og det er helt urimeligt at skulle trækkes med et så ubehageligt problem i så lang tid, når der rent faktisk kan behandles for det. Som forældre skal man ikke lade sig nøje med et henholdende svar, men insistere på at få hjælp og rådgivning, og få stillet den korrekte diagnose og anvist behandlingsmuligheder som ringeapparat, medicin og hjælpemidler.

Informationsbogen Børn og Inkontinens, temabladet februar 2008 med fokus på Børn, Unge og Inkontinens og andre gode og oplysende informationsmaterialer fås ved henvendelse til Kontinensforeningens kontor.



**SE MERE på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > KontinensNyt > Artikler > KontinensNyt 2 - sommer > Medicin til børn med urininkontinens**



**SE MERE på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > KontinensNyt > Artikler > KontinensNyt 2 - sommer > Afføringsinkontinent dreng skal starte i skolen**



**SE MERE på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > KontinensNyt > Artikler > KontinensNyt 2 - sommer > Børn må vente på behandling**



**SE MERE på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > KontinensNyt > Artikler > KontinensNyt 2 - sommer > Børn skades af ulækre toiletter**



LOUIS BOURDALOUE

# Et historisk hjælpemiddel

## PORTERLOO - LIDT HISTORIE

## OG EN EFTERLYSNING

Somme tider krydser mit arbejde som kontinenssygeplejerske og min fritidsinteresse for kurveflet hinanden – denne gang i historisk henseende.

Jeg fandt følgende på nettet: *Did you know that ladies used to carry a portable potty to church in a specially shaped willow basket in case they were caught short during lengthy sermons? They were called a porterloo!*

Min oversættelse: Vidste du, at kvinder [I England] førhen medbragte en bærbar potte i en dertil flettet kurv, i tilfælde af at de blev trængende under en langvarig gudstjeneste? Denne blev kaldt en porterloo.

Det er næsten surrealistisk at forestille sig, at en agtværdig dame tager låget af en kurv, slår de omfangsrige skørter ud over denne og forretter sin nødtørft midt i kirken, til akkompagnement af salmesang eller prædiken!!

Jeg ville blive glad, hvis nogen kunne hjælpe mig med at finde et billede af en sådan porterloo – jeg vil gerne se, hvordan kurven ser ud.

Med venlig hilsen – Cita Steinmeier



*Kontinensforeningens æresmedlem, speciallæge Torben von Herbst, har denne forklaring:*

I *KontinensNyt* nr. 1 marts 1999, har jeg beskrevet fænomenet, her med den franske betegnelse – en Bourdaloue, opkaldt efter Ludvig XIV's hofprædikant, Louis Bourdaloue, der var kendt og frygtet for sine gode, men lange prædikener.

Bourdelouen har lignet en lille sovsekande. Den kunne benyttes i kirken, når prædiken trak ud samt 'diskret' på rejser i fx hestevogne, kareter og dillegencer.

Hvis der er andre, der fx har henvisninger, fotos eller historier om en Portelloo eller en Bourdelou, modtager Kontinensforeningen også meget gerne beskrivelsen på e-mail [info@kontinens.dk](mailto:info@kontinens.dk) – eller som brev til foreningens kontor. Indtil videre er det lykkedes redaktionen at finde dette foto af en Portelloo/Bourdaloue.



# TISSER DU OM NATTEN?



Ufrivillig natlig sengevædning og natlig vandladning kan forstyrre søvnen hos både *voksne og børn!*

Der findes god hjælp at hente hos din læge.

Ofte skyldes tilstandene **NATLIG POLYURI**. Natlig polyuri betyder, at kroppen producerer unormalt meget urin om natten, og det er en af de hyppigste årsager til, at voksne skal op at lade vandet eller at børn tisser i sengen om natten.

Få mere at vide på [www.np.dk](http://www.np.dk)



**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS



Ferring Lægemidler A/S, Kay Fiskers Plads 11, 2300 København S, tlf: 88 16 88 17, fax: 88 16 88 19

NP1013

## Jeg er ked af, at jeg tisser i sengen...

"Hvorfor tisser jeg om natten?"  
 "Jeg er ked af det, fordi jeg nogle gange tisser i sengen om natten."

Mere end 50.000 børn lider af sengevædning. Der kan dog være noget ved!

Hveropgørte fra Danish Care Technology er lavet af højteknologisk og har en effektiv behandling af urinvejen.

Værsgo til "SPEED" - en lille, let og nem at bære på kroppen.

"VALERIN" - en lille, let og nem at bære på kroppen.

Få yderligere information på [www.danishcare.com](http://www.danishcare.com) eller ring efter brochuren på telefonnummeret ovenfor.

**Danish Care Technology ApS**  
 Charged 3 • 4180 Lora  
 Tlf: 8880 0585 • Fax: 4498 4598  
[www.danishcare.dk](http://www.danishcare.dk)

## Inkontinens hjælpemidler



Filddenshul  
 Bløddetruser  
 Hemptusser  
 Urinposer/dag  
 Bædecruser

Nett AS • Søndergade 74 • 6000 Århus C • Tlf: 86 13 00 88 • info@nett.dk • www.nett.dk

# Mere end rigeligt...

## DET KAN VÆRE FORBUNDET MED RISIKO FOR HELBREDET AT DRIKKE FOR MEGET VAND

Næste gang du møder en person, som klynger sig til vandflasken, er det ikke nok at smile overbærende eller få dårlig samvittighed. Du skal vide, at det kan være farligt at drikke for meget vand, så måske skal man også holde lidt øje med den slags mennesker.

Det anerkendte lægevidenskabelige tidsskrift *British Medical Journal* har nu aflivet 7 myter om krop og helbred. En af dem er det såkaldte helseråd – eller rettere forkerte myte, mange mennesker i årevis har troet på – nemlig at man minimum skal drikke 6-8 glas vand i døgnet. Det er der ingen dokumentation for, konstaterer *British Medical Journals* eksperthold. Tværtimod tyder undersøgelser på, at man sædvanligvis får den væske, man dagligt har behov for ved at drikke mælk, juice, kaffe, te, øl, sodavand, spise frugt og grøntsager m.m. – og at der ikke er nogen grund til at hælde ekstra på. I hvert fald ikke i et så vildt omfang som 6-8 glas vand! Faktisk kan det være forbundet med risiko for helbredet at drikke for meget vand, advarer forskerne bag undersøgelsen. Det kendes blandt andet fra sportsfolk, som kan få kramper og hovedpine udløst af den saltmangel, de får af for store vandindtagelser.

### Information fra Kontinensforeningen:

*KontinensNyt* bragte september 2005 artiklen 'Danskerne er kommet på flasken – Vandflasken!', hvor Chef for Vand og Salt Centret, Aarhus Universitet, professor Søren Nielsen skrev om lignende resultater – om hvordan nyrenes evne til at regulere væskebalancen bliver forrykket, hvis man drikker for meget vand.



SE MERE på [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > KontinensNyt > Artikler > Det er en myte at vi skal drikke så meget vand





# Skam og tabu blokerer for behandling



*Maria Alstrup  
Kompass Kommunikation*

SELVOM 400.000 DANSKERE HAR PROBLEMER MED VANDLADNINGEN, AFHOLDER DE FLESTE SIG FRA AT GØRE NOGET VED PROBLEMET. I STEDET TILEGNER DE SIG VANER FOR AT LEVE MED DET. DET VISER NY UNDERSØGELSE.

Kontinensforeningen tog for nyligt initiativ til at lave en undersøgelse blandt inkontinente voksne danskere. Ambitionen var at tage temperaturen på, hvordan det er at leve med inkontinens i Danmark anno 2009 for dels at få medieomtale og skabe fokus på lidelsen, dels at arrangere regionale gå-hjem-møder for at styrke samarbejdet mellem lægerne i almen praksis og specialister.

## **Inkontinens påvirker livet negativt**

Det viste sig hurtigt, at tabuet omkring lidelsen fortsat lever i bedste velgående, ikke mindst hos kvinderne. Tre ud af fire (74%) synes i større eller mindre grad, at deres vandladningsproblemer påvirker deres liv negativt. Alligevel opfinder de hellere vaner for at leve med inkontinensen, end de trodser skammen og tabuet og går til lægen for at finde den rette behandling – og få et lettere liv.

## **Går ikke til lægen**

Undersøgelsen viser nemlig, at seks ud af ti inkontinente (59%) ikke har talt med lægen om deres problem. For godt hver fjerde (28%) af dem skyldes det, at inkontinensen ikke generer dem. Problemet er, at 31% forklarer det manglende lægebesøg med, at de ikke tror, at lægen kan hjælpe dem. Men det kan lægen. For de patienter, der har talt med deres læge, viser det sig, at lægen i langt de fleste tilfælde faktisk hjælper patienten ved at spørge ind til symptomerne, opfordre til bækkenbundsøvelser og udfylde et væskevandladningsskema eller blive ordineret medicinsk behandling.



Urogynækolog og klinikchef Lars Alling Møller fortæller et interesseret publikum om behandling af inkontinens til et gå-hjem-møde i foråret 2009.

## BAG OM undersøgelsen

1.315 inkontinente danskere i alderen 20 år og opefter deltog i december 2008 i internetundersøgelsen.

Deltagerne er demografisk bredt fordelt, selvom her er en underrepræsentation af de ældste på 80 år og opefter grundet, at undersøgelsen er foretaget på internettet. Graden af inkontinens varierer fra stressblære over blandingsinkontinens til overaktiv blære.

Undersøgelsen viser ingen væsentlige forskelle på symptomer og demografi. Undersøgelse og gå-hjem-møder er sponsoreret af Pfizer Danmark.

Dog har flere patienter oplevet, at lægen ikke tog dem seriøst (9%) eller for 13% af de spurgte lød beskeden, at de skulle se tiden an.

De inkontinente taler hellere med lægen end med deres nærmeste. To ud af tre (67%) har ikke engang talt med deres kæreste/ægtefælle om deres vandladningsproblemer, og for hver tredje gælder det, at de slet ikke har sagt noget til nogen. Kun 10% taler åbent om deres inkontinens.

### Hellere toiletruter end at bryde tabuet

Tabuet og den manglende handling over for lægerne resulterer i, at de inkontinente tilegner sig vaner for at leve med lidelsen – i stedet for at gøre noget ved den. Mange planlægger således toiletruten, inden de tager hjemmefra og udvælger specifikt restauranter, supermarkeder og lignende efter, hvor der er et toilet. Samtidig går hver tredje regelmæssigt med bind eller ble.

”Inkontinens er meget tabubelagt. Mange skammer sig over lidelsen, og derfor undlader de at tale med andre om det og søge hjælp. Her er tydeligvis behov for oplysning, så folk ved, at deres læge kan hjælpe dem med at gøre livet med inkontinens lettere – eller i bedste fald helt kan afhjælpe problemet,” siger Lars Alling Møller, der er urogynækolog og klinikchef på Frederiksberg Hospital/Rigshospitalet. Han har de sidste 15 år arbejdet med inkontinente patienter og kan konstatere, at de moderne tider til trods, så har tabuet omkring inkontinens fortsat ikke rykket sig særlig meget.

## Fokus i medierne

Siden undersøgelsen blev foretaget, har Kontinensforeningen i samarbejde med kommunikationsbureauet Kompas Kommunikation skabt fokus omkring inkontinens i medierne. Debatten om inkontinens har således været godt omkring fra *JyllandsPosten* og TV2 nationalt og regionalt til *Helse, Søndagsavisen* og *Lægemagasinet*.

## 7 ud af 10 patienter kan afsluttes hos lægen

Samtidig har Kontinensforeningen afholdt regionale gå-hjem-møder for de praktiserende læger og deres personale samt lokale speciallæger for at styrke samarbejdet og ruste lægerne bedst muligt til at håndtere den tabubelagte lidelse.

Mange læger deltog i møderne med stor interesse for emnet. De vidensdelte med erfaringer fra deres egen praksis, hvor det kom frem, at flere læger aktivt spørger ind til deres patienters vandladning i forbindelse med undersøgelser for livmoderhalskræft, efter fødslen og andre undersøgelser. Erfaringen her var, at det i høj grad gør det lettere for patienten at tale om deres inkontinensproblemer – og dermed få gjort noget ved det – når lægen tager initiativ til emnet i naturlig sammenhæng.

Samtidig redegjorde speciallægerne for, hvordan lægen bedst muligt håndterer de inkontinente patienter og behandler dem korrekt. Her er en grundig sygehistorie nødvendig, ligesom væske-vandladnings-skemaet giver det fornødne overblik over patientens væskeindtagelse og vandladningsvaner. Det overblik, som skemaet viser, kan i mange tilfælde alene hjælpe patienten til at forstå sit problem. Fx havde flere specialister oplevet, at patienten drak kaffe og meget væske sent om aftenen – hvorfor det var en naturlig følge, at patienten gik på toilettet flere gange om natten.

”7 ud af 10 patienter kan afsluttes hos lægen. Derfor er det efter min mening det væsentligste i almen praksis at spotte de inkontinente patienter. Vi ved, at mange inkontinente kvinder afstår fra at bestille tid hos lægen til undersøgelse for problemet. Så meget desto vigtigere er det, at lægen på eget initiativ spørger til forholdene – vel at mærke uden at sygeliggøre kvinderne. Alene at fokusere på problemet hjælper,” siger Lars Alling Møller.



Se endvidere [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) > **KontinensNyt** > **Artikler** > **KontinensNyt 2 - sommer** > **Skam og tabu blokerer for behandling**  
Her finder du besvarelserne på den fulde landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, som Kontinensforeningen sammen med kommunikationsfirmaet Kompas har foretaget i 2009.

## HVEM HAR DU TALT MED om dit vandladningsproblem?

Min læge	41%
Min kæreste/ægtefælle	33%
Min nærmeste familie	15%
Mine venner/kolleger	13%
Jeg taler frit om mine vandladningsproblemer	10%
Jeg har ikke talt med nogen om det	35%

Kilde: Kontinensforeningen i samarbejde med Kompas Kommunikation

## LÆGENS 4 TRIN til behandling af inkontinente

- 1. Amamnese**  
Vær opmærksom på, at patienterne kan have svært ved at udtrykke deres problem. Spørg derfor ind til:
  - vandladning og afføring
  - seksualliv
  - andre sygdomme
- 2. Gynækologisk undersøgelse**  
En gynækologisk undersøgelse er nødvendig for at afdække evt. andre problemer og definere blæretalje, nedsynkning, knibekraft, ømhed mm.
- 3. Væskevandladningsskema**  
Væskevandladningsskemaet er omfattende, men nødvendigt for at få et overblik over patientens indtag af væske og vandladning. 1½ liter væskeindtag er rigeligt for den gennemsnitlige dansker.
- 4. Behandling**  
Lægen kan afklare patientens behandlingsbehov, inden han/hun sender ham videre til en specialist, det være sig bækkenbunds-træning, operation eller medicinsk behandling.

Kilde: Overlæge Ulla Darling Hansen, Kolding Sygehus

# Kom ud af busken!

VI MÅ SAMMEN SE  
AT FÅ AFLIVET ET  
AF DE SIDSTE STORE  
TABUER I DANMARK  
– INKONTINENS!



Aase Randstoft  
Sekretariatschef,  
Kontinensforeningen

ILLUSTRATION: LISE MEIDELL



Hvis du er typen, der gør noget ved sagen – altså søger oplysninger, gør notater og går til lægen, drøfter din tilstand, bliver undersøgt, evt. henvist videre i sundhedssektoren – får stillet en diagnose og igangsat en behandling – SÅ behøver du egentlig ikke at læse mere! Giv *KontinensNyt* til din nabo – din læge får det allerede tilsendt.

Hvis du tøver med at søge læge – og i første omgang synes, at du lige selv vil finde oplysninger og information om din inkontinens – SÅ er du nået langt og er på rette spor. Søg på nettet. Brug søgeord som 'inkontinens', 'vandladningsproblemer', 'vandladning', 'inkontinens', 'afføringsproblemer', 'encoprese' – slå op på [WWW.KONTINENS.DK](http://WWW.KONTINENS.DK) eller [WWW.SUNDHED.DK](http://WWW.SUNDHED.DK) og bliv inspireret af de informationer, som vi har skrevet her. Gem *KontinensNyt* – skriv en huskeseddel, som du så senere kan tage med til din læge som støtte, når du får taget dig sammen til at ringe og få en tid. Bed sekretæren om i første omgang at sætte lidt ekstra tid af til en vejledende samtale, idet du har et problem med din vandladning eller din afføring.

Husk at få en ny tid hos lægen – det 'tvinger' både dig og lægen til at sætte gang i udredningen ved den næste konsultation, hvor du selv via en aktiv indsats medbringer et udfyldt væske-vandladnings-skema og en urinprøve (hvis dit problem er urininkontinens). Din læge vil så foretage en gynækologisk undersøgelse og undersøge urinen for bakterier, blod, protein og sukker. Få så en ny tid, hvor I gennemgår prøver og undersøgelsesresultaterne. Enten har lægen en plan for behandling, eller også bliver du henvist til en speciallæge, der så ud fra de undersøgelser, der allerede er foretaget,

kan gå videre med en vejledning og en behandlingsplan. Det kan godt være, at speciallægen beder dig endnu engang udfylde et væske-vandladnings-skema, foretager en gynækologisk undersøgelse og sender en urinprøve til laboratoriet. Det skal du ikke tage fortrydeligt op, kun være glad for, at dit inkontinensproblem undersøges ekstra grundigt.

Hvis du efter besøg hos lægen er i tvivl om betydningen af undersøgelsesforløbet – eller ikke rigtig fik 'oversat' nogle af de ord, som blev brugt under samtaleforløbet – så ring til Kontinensforeningens dygtige kontinenssygeplejersker på Inkontinenslinien – tlf. 70 20 08 70 - og spørg dem til råds.

Hvis du har rigtig, rigtig svært ved at tale med andre om din inkontinens – eller lige skal have det sidste lille skub til samtalen med din læge – SÅ sørg for at forny dit medlemskab i Kontinensforeningen. Vi forsøger gennem *KontinensNyt* og alle vores informationspjecer at forklare og vejlede om alle former for inkontinens – hvad enten det drejer sig om urin- eller afføringsinkontinens. Du har måske også brug for i en anonym telefonsamtale med Kontinensforeningens rådgivere for at få vendt dine problemer en ekstra gang – spørg løs – kontinenssygeplejerskerne har i deres daglige job rundt om på landet inkontinensklinikker og sygehuse hver dag kontakt med patienter som har nøjagtig de samme symptomer og blære/tarmproblemer som dig.

Husk at din læge er kliniker – altså parat til at tale om og undersøge alle anatomiske dele på og i din krop – også blære og tarm. Det er lægernes dagligdag og arbejde at hjælpe dig, dine børn og dine pårørende med ethvert sygdomsforløb – også inkontinens.

66

# Kniber det med at holde tæt?

- med TENA  
kan du føle dig  
helt tryk!



**[www.tenabutikken.dk](http://www.tenabutikken.dk)**  
- køb TENA nemt og diskret

- Større udvalg end i butikkerne
- Vælg mellem 20 forskellige varianter af bind og indlæg til kvinder og mænd
- Altid gode priser
- Leveres i neutral emballage - lige til døren!

SCA HYGIENE PRODUCTS A/S | HEALTH CARE  
Gydevang 33 | 3450 Allerød | Tlf. 48 16 82 00  
[www.tena.dk](http://www.tena.dk) | [www.tenabutikken.dk](http://www.tenabutikken.dk)



# Analinkontinens kan undertiden helbredes af sygeplejersker



Gitte Weinreich  
Sygeplejerske

Marion Marstein  
Sygeplejerske

## COMPUTERSPIL, RÅDGIVNING OG KLINIKKER ER FREMTIDEN FOR TABUBELAGT LIDELSE

Analinkontinens er et problem, som berører omkring 1-2% af den voksne befolkning i Danmark. Hvilket svarer til omkring 60-120.000 mennesker. Analinkontinens har en stor negativ effekt på patientens fysiske og psykiske situation. Denne lidelse har ofte stor indflydelse på patienternes sociale liv. Analinkontinens er socialt uacceptabelt, tabubelagt og patienterne ofte er meget flove over deres problem. Ovenstående er nogle af grundene til at denne patientgruppe ofte har svært ved at søge professionel hjælp. Mange søger først hjælpen efter mange års lidelse med analinkontinens, mens andre lever ubehandlet, en gruppe som vi aldrig ser.

Hvad skal der til for at gøre behandlingen af en overset gruppe patienter, som lider af analinkontinens og det tabu der ofte følger, bedre?

En løsning kunne være etablering af særlige inkontinensklinikker, som det kendes fra udlandet. Som inspiration har vi været på flere besøg på Sct. Marks Hospital i London. Efter deres model, åbnede vi "Inkontinensklinikken" i september 2005 på Herlev Hospital. I klinikken er vi ansat to sygeplejersker, hvilket gør, at både patient og behandler kender hinanden fra gang til gang, og derved sikres intimitet og kontinuitet i behandlingen.

Ideen med denne klinik er, at en stor del af patienterne kan behandles uden kirurgi, alene ved træning og afføringsregulering.

### Direkte henvisning

Patienter henvises direkte fra deres praktiserende læge til behandling i Inkontinensklinikken. Behandlingen består af 5 besøg efterfulgt af et 6 mdr.'s kontrolbesøg. Hver patient bliver behandlet ambulantly hver 6. - 8. uge, og hver individuelle besøg varer mellem 40 - 60 minutter. Ved første besøg spørges patienterne, om der har

været afføringsændringer af varighed over 4 uger, og om patienten har observeret blod eller slim i afføringen. Er dette tilfældet, henvises patienten direkte til en af afdelingens kirurgiske speciallæger til nærmere udredning, ellers startes behandling direkte ved sygeplejerskerne i Inkontinensklinikken.

Ved første besøg opstartes også en analfysiologisk journal. Patienten informeres om kost og medicinske råd, behandling med evt. stoppende eller afføringsregulerende midler, samt instruktion i bækkenbundsøvelser.

Instruktionen i bækkenbundsøvelser er baseret på visualisering og træning med et software program fra Medtronic, som giver mulighed for, at patienterne kan "spille Playstation" med bækkenbunden (se fig 1)



Fig. 1. Skærbillede fra knibeprogrammet

For at lære patienterne at knibe rigtigt med bækkenbunden, er patienten placeret i en vandret position mens elektroder er sat til computeren. Elektroderne placeres lige uden for anus, kl 3 og 9. Yderligere placeres en abdominal elektrode på patienten, for at sikre, at patienten ikke bruger mavemusklerne, mens bækkenbunden trænes. Patienten følger sine knib på skærmen, mens klinisygeplejersken sidder ved siden af og underviser i korrekt knib med bækkenbunden. For at sikre at patienten træner i den stilling, hvor de bedste

knib er, kan patienten testes både liggende, siddende og stående.

Programmet består af en kombination af styrkeknib, (hvor patienten kniber med maksimal kraft i 4 – 5 sek.), udholdenhedsknib, (hvor patienten kniber halvt op og holder knibet i 10-20 sek.) og hurtige knib (hvor patienten kniber hurtigt og kraftigt i 1 sek.).

### Programmet

Klinikkens standardprogram er som følger: 5 styrkeknib, 5 udholdenhedsknib og 5 hurtige knib. Der trænes 10 x 15 knib dagligt. I alt 150 knib dagligt i de måneder optræningen/behandlingen finder sted.

Det er nu patientens eget ansvar, at få trænet optimalt til næste besøg i klinikken. Sygeplejerskerne kan dog altid træffes på telefon i dagtiden, hvis patienten er i tvivl om noget eller blot har brug for motivering eller råd.

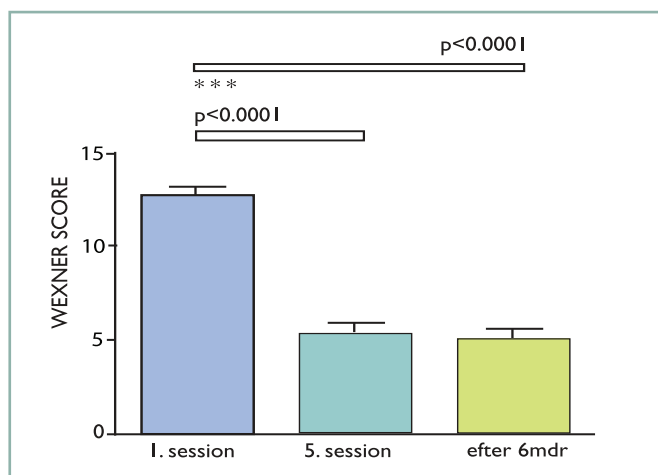
Ender forløbet i Inkontinensklinikken positivt, dvs. patienten er kontinent for afføring efter 5 besøg, skal patienten herefter blot vedligeholde styrken i bækkenbunden, ved at knibe 15 knib x 3 dagligt, dvs. 45 knib dagligt.

Gennemføres forløbet ikke med succes, henvises patienten til afdelingens kirurgiske speciallæger til nærmere udredning og evt. operation.

### Wexner score

I klinikken scorer [red. måler/vurderer] vi patienterne med Wexner score og FIS (Fecal Incontinence Severity Index). Begge systemer giver et indtryk af hyppigheden af analinkontinens. Ydermere måles patienterne med Rockwood FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life) score. Et målesystem som giver et indblik i patientens livsstil, mestring, selvopfattelse og flovhed over situationen.

I perioden 2005 – 2008 er 169 patienter henvist til Inkontinensklinikken. Vores behandlingssucces, dvs. opnåelse af anal kontinens, er 73%. Effekten holder også efter de 6 måneder.



### Definition af succes

På nuværende tidspunkt er 47 patienter i gang med behandling. 21% er viderehenvist til afdelingens speciallæger. En lille gruppe på 6 patienter har ikke fuldendt forløbet i Inkontinensklinikken p.g.a. død, demens, anden kirurgi, smerter eller utålmodighed.

Definition af succes i Inkontinensklinikken er, at kunne kontrollere sin afføring og derved være kontinent. Udover knibetræning suppleres selvfølgelig med diverse hjælpemidler som fx analpropper eller forskellige former for irrigation. Alt sammen noget der øger livskvaliteten, og hjælper til at bryde den sociale isolation som ofte følger med analinkontinens.



Fig 2. Analpropper, er ikke en helbredende løsning, men fungerer fint som hjælpemiddel til analinkontinens.

Udover vores succesrate på 73% af de behandlede patienterne mht opnåelse af kontinens, er vores vigtigste resultater en generelt øget livskvalitet. Patienterne opnår varig og signifikant forbedring i alle de målte dimensioner af livskvalitet. De målte dimensioner er livsstil, coping [red. dagligdags håndtering], selvopfattelse og flovhed. (se figur 4)

Vi ved dog endnu ikke om det er bækkenbundsøvelserne, kostråd, medicinske afføringsregulerende råd, eller omsorgen, som giver patienterne en målbar ændring i deres livskvalitet. Eller om det er det – at

Fig 3. Mean Wexner score ved opstart af behandling, efter 5. behandling og igen efter 6 måneder. Signifikant lavere score efter behandling, en effekt der holder efter 6 måneder (p < 0.0001). ANOVA multiple comparisons test, med Dunn's post-test. (mean ± SEM, n=74.).

komme et sted hvor lidelsen ikke er tabu, og hvor en stor del af patienterne for første gang kan tale ærligt og åbent om deres inkontinens, samt de følger og problemer det giver dem i deres hverdag – som reelt hjælper dem.

Efter endt forløb fortæller patienterne ofte, at det var af stor vigtighed for deres selvtilid, motivation og tro på behandlingen, at have et sted at passe ind. Et sted hvor dårlige undskyldninger og løgne ikke var nødvendige. Et sted hvor de kunne være sig selv med deres symptomer og ikke have følelsen af at være anderledes og blive set ned på.

Mange patienter spørger om mulighed for at fortsætte besøgene i Inkontinensklinikken på Herlev Hospital efter endt forløb. Vi mener på denne baggrund, at

denne patientgruppe har brug for et sted, hvor det er tilladt og accepteret, at tale åbent omkring deres analinkontinens. Den psykologiske del af behandlingen er af stor betydning for denne patientgruppe og deres livskvalitet, og varetages bedst i deciderede klinikker, som fx

Inkontinensklinikken

Herlev Hospital

Ringvejen 75

2730 Herlev

tlf. 44 88 34 12

Åbningstid: man-tors 9.00 – 15.00

Telefontid: onsdag 13.30 - 15-00

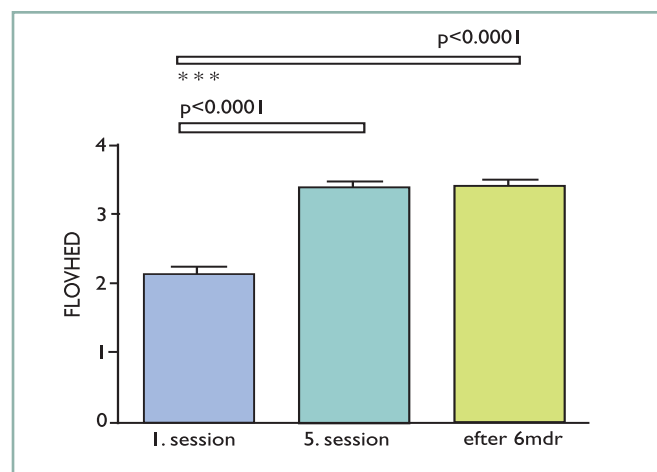
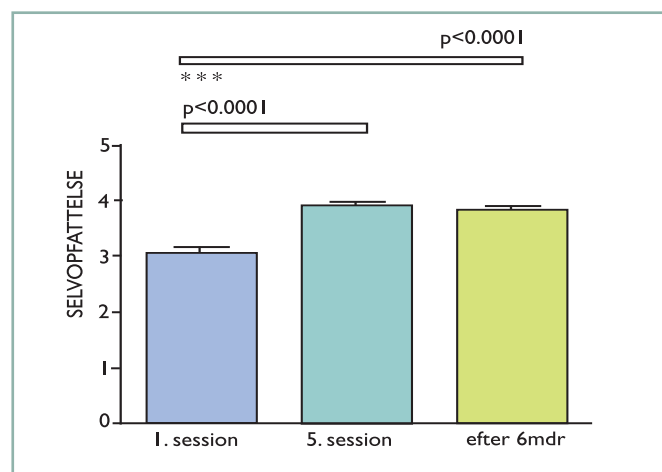
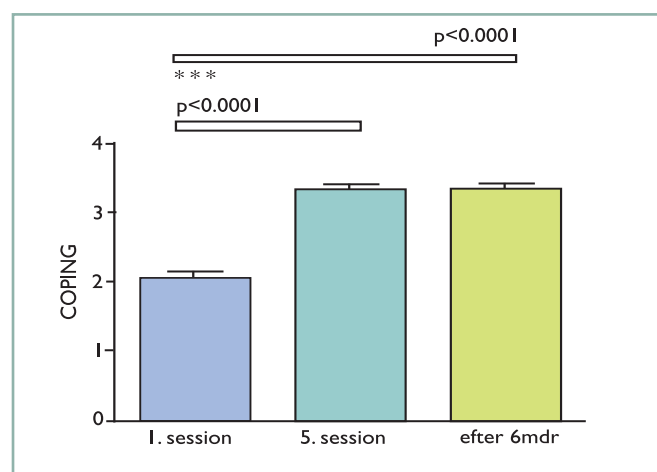
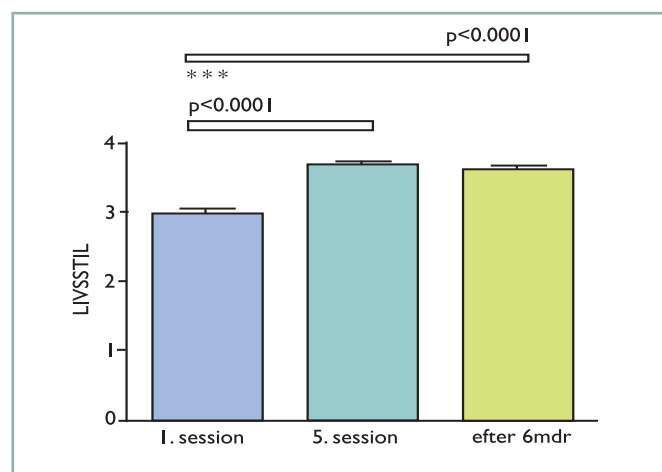


Fig 4. Livskvalitet målt i 4 dimensioner (livsstil, coping, selvpfattelse og flovhed), ved opstart af behandling, efter 5. behandling og igen efter 6 måneder. Signifikant forbedret livskvalitet efter behandling, en effekt der holder efter 6 måneder ( $p<0.0001$ ). ANOVA multiple comparisons test, med Dunn's post-test. (mean ± SEM, n=74.).

# REFERAT

af Kontinensforeningens ordinære generalforsamling  
torsdag, d. 16. april 2009, kl. 17.00, Vesterbrogade 6D, 5.  
1606 København V

Ad punkt 1. Valg af dirigent: Bjørn von Herbst blev valgt som dirigent. Dirigenten konstaterede, at generalforsamlingen var lovligt indvarslet via medlemsbladet KontinensNyt, som blev udsendt uge 6 i 2009. Generalforsamlingen er indvarslet efter vedtægternes bestemmelse med mindst 4 uges varsel.

Ad punkt 2. Valg af stemmetæller: Lars Alling Møller og Laila Ravnkilde Marlet blev valgt.

Ad punkt 3. Bestyrelsens beretning: Formand Lisbeth Andersen Freiberg fremlagde bestyrelsens årsberetning. Beretningen blev taget til efterretning. Foreningens medlemmer kan rekvirere beretningen ved henvendelse til Kontinensforeningens administrationskontor og beretningen vil ligeledes blive lagt på foreningens hjemmeside [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk)

Ad punkt 4. Forelæggelse af det reviderede regnskab til godkendelse: Foreningens statsautoriserede revisor Henning Ingemann Jensen, Ernst & Young, gennemgik sammen med bestyrelsen regnskabet for 2008. Regnskabet blev godkendt.

Ad punkt 5. Fastsættelse af medlemskontingent: Det blev vedtaget, at kontingenterne forbliver uændrede i 2009. Ordinært medlemskab og familiemedlemskab 250 kr. Klinik/institutionsmedlemskab 700 kr. Årsabonnement på KontinensNyt 300 kr. Firmamedlemskab 3.000 kr.

Ad punkt 6. Behandling af indsendte forslag: Der var ikke indkommet forslag.

Ad punkt 7. Valg af bestyrelse: Laila Ravnkilde Marlet er valgt på et 2-årigt mandat 2008-2010. Lisbeth Andersen Freiberg er valgt på et 2-årigt mandat 2008-2010. Ulla Due blev genvalgt for perioden 2009-2011. Merete Thuesen ønskede ikke at genopstille. Generalforsamlingen vedtog at give bestyrelsen bemyndigelse til at indsupplere et nyt medlem til bestyrelsen. Foreningens præsident, klinikchef Lars Alling Møller, er valgt for en 5-årig periode, og er således på valg i maj måned 2011.

Ad punkt 8. Valg af suppleanter: Ulla Kappelgaard Hansen-Nord blev genvalgt som suppleant. Bestyrelsen blev bemyndiget til at indsupplere en suppleant ekstra ved kommende bestyrelsesmøde.

Ad punkt 9. Valg af interne revisorer: Harald Stokkeland ønskede ikke genvalg. Advokat Carsten Fentz blev valgt.

Ad punkt 10. Eventuelt: Lisbeth Freiberg takkede dirigenten for god og kompetent varetægelse af dirigenthvervet samt statsautoriseret revisor Henning Ingemann Jensen for saglig vejledning og bistand.

Referat v/Sekretariatschef Aase Randstoft



## ANMELDELSE

### Magnus tisser i sengen

Bogen om Magnus er en dejlig læsehøjt-bog for de 5-8-årige.

Magnus er flov over, at han tisser i sengen om natten. Lige meget hvad han gør, så sker det gang på gang, at han vågner i en seng, der er våd og kold. Det er ikke rart for ham, og han kan simpelthen ikke forstå det – han tror, han er den eneste i hele verden, der ikke kan holde sig tør. Af samme grund vil Magnus ikke med sine venner hjem og sove, for tænk hvis han tisser i sengen der! Det vil være meget pinligt, synes han. Men en dag spørger hans bedste ven, om han ikke vil med ham hjem i weekenden, og for første gang lader Magnus sig overtale til at sove ude. Hjemme hos vennen sker der noget uventet – læs bogen og find ud af, hvordan Magnus klarer besøget hos sin ven!

På de sidste sider af bogen har forlaget indsat Kontinensforeningens fagligt indlæg, så forældre, bedste-forældre, pædagoger, lærere og andre, der i deres hverdag arbejder med børn kan blive orienteret om diagnoser og behandling af natlig inkontinens.

Bogen er illustreret af Birgitte Frier Stewart, der har bundet teksten sammen med en lille, fin sammenhængende billedlig baggrundshistorie.

Bogen er den 9. i "Lille Kloge Bi"-serien fra forlaget Turbine. Bogen kan bestilles via webshoppen [www.turbineforlaget.dk](http://www.turbineforlaget.dk) – eller direkte hos Turbine, Filmbyen 21, 4. sal, 8000 Århus C, tlf. 86 12 79 16.

# Rådgivning om inkontinens & hjælpemidler

## JYLLAND

Den urogynækologiske klinik i Århus  
Jens Baggesens Vej 88 F • Århus N  
Tlf. 86 16 15 53

Fysioterapeuterne i Sundhedens Hus  
Fysioterapeut Mette Villadsen  
Dag Hammarskjöldsgade 4 • 9000 Aalborg  
Tlf. 98 13 32 80  
*Har overenskomst med Sygesikringen*

Fysioterapi Colstrup v/Vibeke Colstrup  
Parkvej 198 • 7500 Holstebro  
Tlf. 23 45 95 42, kl. 8.15-9 og kl. 12-13  
www.fyscolstrup.dk — *Kvinder og mænd*

GynObs-klinikken Odder v/Laila Breum  
Snærildvej 37 • Odder • www.gynobs.dk  
Tlf. 86 56 02 73 (*indtal gerne besked*)

GynObs Klinikken Silkeborg v/Laila Breum  
Tværgade 9 • 8600 Silkeborg  
Tlf. 86 56 02 73 (*indtal gerne besked*)

GynObs-klinikken i Århus v/Laila Breum  
Morten Børupsgade 10, 1. • 8000 Århus C  
Tlf. 86 56 02 73 (*indtal gerne besked*)  
www.gynobs.dk

Gynobsklinikken v/Mette Hansen  
Borgvold 14 B • 7100 Vejle  
Tlf. 30 28 81 77 (*indtal gerne besked*)  
gynobsmh@gmail.com

Gynækologisk ambulatorium  
Kolding Sygehus • Skovvangen  
6000 Kolding • Tlf. 76 36 20 00,  
lok. 2456 & 2457 — hverdage kl. 8.30-14  
*Vandladningsproblemer hos kvinder*  
*Der kræves lægehenviisning*

Hjemmeplejens klinik  
Banegårdspladsen 10 • 8800 Viborg  
Tlf. 87 25 26 88 — man-tors kl. 8.30-12  
& 14 - 16.30, fre kl. 8.30-12

Hjørring Sygehus Inkontinensklinikken  
Bispensgade 37 • 9800 Hjørring  
Tlf. 98 92 72 44, lok. 2310 — *kon-*  
*sultation aftales — kun med lægehenviisning*

Inkontinensklinikken (for kvinder)  
Aalborg Sygehus Nord • 9000 Aalborg  
Tlf. 99 32 15 04 — tirs kl. 9-9.30 &  
tors kl. 8.30-9 — *Kun med lægehenviisning*

Klinik for Fysioterapi (mænd & kvinder)  
Fysioterapeut Alice Kindt  
Nørregade 27, stuen • 6100 Haderslev  
Tlf. 74 53 10 10 — kl. 8-15  
*Bækkenbundstræning og bio feedback*

Klinik for Fysioterapi Ribe  
Fysioterapeut Dorthe Høyer  
Tangevej 6 • 6760 Ribe  
Tlf. 75 42 30 39 • www.ribe-fysioterapi.dk

Klinik for Inkontinens v/Bente Thorsden  
Laurids Skaugsgade 8C, 1.t.h.  
6100 Haderslev • Tlf. 74 53 08 00  
man-ons kl. 8-9, tors kl. 17-19  
www.bente-thorsden.dk — *Kvinder & børn,*  
*henviisning ikke nødvendig*

Kontinensklinikken Herning Sygehus  
Gl. Landevej 61 • 7400 Herning  
Tlf. 99 27 23 13 eller 99 27 23 45  
*Formiddag — kun med lægehenviisning*

Lægerne Eva Rasmussen, Tommy Colding  
Kontinenssygeplejerske Marie Bruntse  
Østergade 24, stuen • 7620 Lemvig  
Tlf. 97 82 17 77

Nordthy Klinik for Fysioterapi  
v/Gunnvor Nicolajsen  
Munkevej 7B • 7700 Thisted  
Tlf. 97 92 56 26 — man-fre kl. 10-14  
*Behandler kvinder & mænd samt børn*  
*med ufrivillig natlig vandladning*

Områdekortoret Brørup  
Stadionvej 15 • 6650 Brørup  
Kontinenssygeplejersker:  
Bente Lundsgaard — tlf. 79 96 64 50  
Annette Højer — tlf. 79 96 64 52  
*Telefontid 12.30-13 — lægehenviisning ikke*  
*nødvendig, hjemmebesøg mulig*

Sygeplejeklinikken  
Sønderlandsgade 12 • 7500 Holstebro  
Tlf. 96 11 79 85 — man-fre 8.30-13 &  
tors 15-17 — *Alle kan henvende sig*

UroGyn Klinikken Fysioterapien Skovagervej  
Fysioterapeut Jette Winding  
Skovagervej 6B • 8240 Risskov  
Tlf. 61 16 47 61 & 86 17 94 40  
www.urogyn.dk

Urogynækologisk inkontinensklinik  
Skejby Sygehus  
*Speciallæger i Urologi og Gynækologi,*  
*Kontinenssygeplejersker, Fysioterapeuter*  
*Kun med lægehenviisning*

Vejen Fysioterapi  
Nørregade 58 • 6600 Vejen  
Tlf. 75 36 00 70 (*indtal gerne besked*)

Vejgård Hjemmesygeplejen  
Vejgård Bymidte 12 • Aalborg  
Tlf. 99 31 36 10 — ons kl. 8-9 & 12-14

## FYN

Gråbrødreklinikken (mænd & kvinder)  
Lille Gråbrødrestræde 1 • 5000 Odense C  
Tlf. 65 95 99 17 — man-tors 8-16 &  
fre 8-15 • www.graabroedreklinikken.dk

GynObs-klinikken i Odense v/Tove Boe  
Skovbrynet 11 • Odense S  
Tlf. 20 11 25 45

GynObs Klinik STOPinkontinens  
v/Laila R. Marlet • Mobil 26 53 81 12  
Ringe Fysioterapi Klinik  
Jernbanegade 16 • 5750 Ringe  
Tlf. 62 62 13 03 — hverdage 8.30-14.30  
info@stopinkontinens.dk  
www.stopinkontinens.dk

Hjemmeplejen Fyn  
Amtshygienesygeplejerske Anna Knudsen  
Tlf. 65 41 47 91

## SJÆLLAND

Frederiksberg Hospital Urologisk  
ambulatorium  
Nordre Fasanvej 57, Vej 8, indgang 2  
2000 Frederiksberg • Tlf. 38 16 35 30  
*Kun med lægehenviisning*

Fysioterapeut og Uroterapeut Heidi Kleis  
Vestensborg Allé 25 • 4800 Nyk. Falster  
Tlf. 54 82 89 89 — *Tidsbestilling:*  
man-fre kl. 8-8.30 & 12-13

GynObs-klinikken (uroterapi)  
Fysioterapeut Birthe Bonde  
Classensgade 37 • København Ø  
Tlf. 35 38 34 65 — hverdage kl. 8.15-9

Herlev Fysioterapi og Træningsklinik  
v/Fysioterapeuterne Helene Herlow Jensen  
og Anni Bach Zangenberg  
Herlev Bygade 41 • 2730 Herlev  
Tlf. 44 94 30 30 — kl. 8-12  
*Mænd & kvinder*

Hjælpemiddelafdelingen  
Gunnækær 64 • 2610 Rødovre  
Kontinenssygeplejerske Helle Nygaard  
Tlf. 36 37 74 86 — kl. 8-9 *kun lige uger*

Inkontinensklinikken for kvinder  
Frederiksgade 2A • 3400 Hillerød  
Tlf. 48 24 12 06 — kl. 9-12

Inkontinensklinikken, Herlev Hospital  
v/Gitte Weinreich & Marion Marstein  
Herlev Ringvej 75 • 2730 Herlev  
Tlf. 44 88 34 12 — ons. 13.00-14.30  
*Behandler mænd og kvinder — kræver*  
*henviisning fra praktiserende læge*

Inkontinens Klinikken (Kvindelivet)  
Kajerød Have 107 • 3460 Birkerød  
Tlf. 21 28 05 51 • www.kvindelivet.dk  
*Både dag- og aftenkonsultation*

Inkontinensklinikken i Næstved  
v/Ulla Kappelgaard  
Dehnsvej 6, 1. • 4700 Næstved  
*Tidsbestilling — kræver ikke henviisning*  
Tlf. 55 72 73 44 — man 9-19, tirs 16-19

Behandler voksne og børn  
Inkontinens- og stomihjælpemidler  
Baagøsgade 17 • 4800 Nykøbing Falster  
Tlf. 54 73 23 65 el. 54 73 23 66  
kl. 12-13.30

Kontinensklinikken PlejeGribkov  
Sundhedsfremme og forebyggelse  
Parkvænget 20 B • 3200 Helsingør  
Tlf. 72 49 83 22 — ons kl. 13-14  
www.gribkov.dk/kontinens.dk

Kontinensklinikken i Roskilde  
Fysioterapeut, uroterapeut  
Hanne Ryttergaard Jensen  
Skomagergade 15, 2. sal • 4000 Roskilde  
Tlf. 46 32 23 23 — man-fre kl. 8-12

Specialsygeplejerske Gerd Johnsen  
Afføringsinkontinens  
3400 Hillerød • Tlf. 48 24 08 34  
*Tirsdage gratis telefonrådgivning fra*  
*kl. 17.30-18.30*

Uro-gynækologisk klinik  
Fysioterapeut Dorthe Gritt Johannessen  
Østergade 11D • 4700 Næstved  
Tlf. 61 99 26 38 (bedst efter kl. 18)  
www.uro-gynaekologisk-klinik.dk  
*Lægehenviisning ikke nødvendig*

Urogynækologisk Klinik-Hvidovre Hospital  
Gynækologisk ambulatorium 537  
Kettegård Allé 30 • 2650 Hvidovre  
Tlf. 36 32 26 31 — hverdage 8-15  
www.gyncph.dk • *Henviisning nødvendig*

## BORNHOLM

Visitation Ældre  
Kontinenssygeplejerske Ingrid Mortensen  
Jernbanegade 9 • 3720 Aakirkeby  
Tlf. 56 92 60 64 — man-tirs kl. 8-9  
*Lægehenviisning ikke nødvendig — tlf.*  
*konsultation — voksne*

## TIL BØRN OG FORÆLDRE

Børneambulatoriet  
Storstrømmens Sygehus Næstved  
Ringstedgade 61 • 4700 Næstved  
Tlf. 56 51 40 33 el. 56 51 41 99  
man, ons, tors & fre kl. 8.30-15  
tirsdage kl. 8.30-15  
*Lægehenviisning ikke nødvendig*

Nykøbing Falster Sygehus  
Ny Pædiatrisk Ambulatorium  
Fjordvej 15 • 4800 Nykøbing F  
Tlf. sekretariatet 56 51 55 17

Odense Universitetshospital — Teddy  
Søndre Blvd. 29 • 5000 Odense C  
Tlf. 65 41 22 45

Tørdokken  
Rigshospitalet Center for børneinkontinens  
Tlf. 35 43 52 94 — tors kl. 16.30-19.30

Skejby Sygehus  
Tlf. 86 78 41 21 — man-ons kl. 15-17

# DryNites

## Hjælp til store børn som tisser i sengen

Sengevædning er i langt de fleste tilfælde fysisk betinget. Sengevædning skyldes manglende produktion af det hormon, der styrer urinproduktionen eller for lille blære i forhold til barnets alder.

Langt de fleste børn vokser fra sengevædningen omkring pubertetsalderen, og sengevædningen kan i mellemtiden behandles. Indtil den rebe behandling er fundet og for at undgå besvær og pinlige episoder i barnets hverdag, kan DryNites® natbukser være en stor hjælp.

DryNites® natbukser er diskrete absorberende underbukser specielt udviklet til større børn, og de kan bæres under almindeligt nattøj.

DryNites® Sleep shorts er unikke natshorts, der ligner rigtige boksershorts. De er meget absorberende, og er produceret i et specielt materiale, der ligner rigtig stof. DryNites® Sleep shorts fås i to størrelser og kan bruges af både piger og drenge.

"Der kan gå lang tid, fra børnene kommer i kontakt med behandlingssystemet, til behandlingen virker ordentligt. I den tid er det essentielt med gode hjælpemidler til at komme lettere gennem hverdagen – eksempelvis natbleer", siger Søren Rittig, overlæge på Skejby Sygehus.



DryNites® Pajama Pants fås i to størrelser i én drenge- og pigeudgave	+ 4-7 år (17-30 kg) + 8-15 år (27-57 kg)
DryNites® Sleep shorts fås i to størrelser	+ 4-7 år (17-30 kg) + 8-15 år (27-50 kg)

Bestil en gratis prøve på [www.drynites.dk](http://www.drynites.dk)

Få yderligere information om sengevædning hos patientforeningen Kontinensforeningen [www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk) eller ring til Kontinensforeningens landsdækkende telefon-rådgivning på telefon 70 20 00 70, indtil gerne besked.

 KONTINENSFORENINGEN

Afsender:  
Kontinensforeningen  
Vester Farimagsgade 6, 1.  
1606 København V.