

Høringssvar til National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne, 2014

1. DASYS
2. MBH
3. Danske Regioner
4. Jordemoderforeningen
5. Danske Fysioterapeuter

Peer Review: Overlæge Stig Norderval, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Peer Review: Marianne Starck, Malmø University Hospital.

Peer Review: Tom Øresland, Prof. i Kirurgi, Universitetet i Oslo og Overlege Akershus Universitetssykehus

Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og Beredskab
syb@sst

Odense den 27. oktober 2014

Høringssvar fra DASYS vedr. NKR for analinkontinens hos voksne

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DASYS har været repræsenteret i referencegruppen, og vi har derfor kun nogle overordnede kommentarer til retningslinjen.

Retningslinjen beskæftiger sig ikke med den specialiserede behandling som tilbydes på specialafdeling og der er kun medtaget et udredningsspørgsmål relateret til udredning af kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødslen.

Vi mangler overvejelser for den tilgang, idet vi finder det ville være relevant at tilbyde et udredningsforløb mere bredt og til andre patientgrupper. En udredning, der måske ikke nødvendigvis bør finde sted på en specialafdeling, men ud fra retningslinjer fra specialister og med mulighed for at trække på en specialafdelings ekspertise. Det kunne samtidig medvirke til at imødegå det problem, at det ikke kun er patienter, men også sundhedspersonale, der undlader at tale mere uddybende om problemet.

Retningslinjen omhandler borgere og patienter, hvor man har udelukket behandlingskrævende patologi og hvor der skønnes at være behov for at igangsætte en sundhedsfaglig indsats overfor problemet.

Det kan undre, at der udelukkende er fokus på patologiske tilstande, i det analsufficiens kan have andre årsager. Det synes derfor rimeligt, at der anbefales en sundhedsfaglig udredning indeholdende specifikke elementer, som alle borgere/patienterne skal tilbydes/gennemgå når analinsufficiens er konstateret. Det kunne formentlig forebygge en del tilfælde af analinsufficiens.

Førstebehandlingsvalg til afhjælpning af analinkontinens er en regulering af afføringens konsistens, så afføringen bliver mere formet, og dermed bliver nemmere at holde på. Behandlingen er forbundet med få bivirkninger, lave omkostninger og kan umiddelbart iværksættes.

Det kan undre, at førstevalg ikke er en udredning af eventuelle årsager, og efterfølgende fx afprøvning af tiltag som kostændringer, motion og ikke mindst gennemgang og seponering af virkningsløs og stoppende medicin. Samtidig er det også her vigtigt, at inddrage patienter/borgere og deres pårørende i afhjælpning/behandling af analinsufficiens.

Samtidig bør sundhedspersonalet spørge til, hvordan patienterne håndterer at have problemet både fysik og forhold til relationer til eventuel partner og sociale funktioner i øvrigt.

Skulle vores høringssvar give anledning til spørgsmål uddyber vi naturligvis gerne vores synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bente Hoeck
Medlem af bestyrelsen

Fra: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab
Sendt: 31. oktober 2014 12:06
Til: Sigrid Paulsen
Emne: VS: Høring vedr. nationale kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne

Fra: Henrik Bork Bjerregaard [<mailto:hb@mbh-international.com>]
Sendt: 31. oktober 2014 12:00
Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab
Cc: Suryaninoff Bente. BESU; Niels Balle
Emne: Høring vedr. nationale kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne

Til Sundhedsstyrelsen.

Jeg har læst jeres retningslinier vedr. analinkontinens for voksne.

Vi har igennem de sidste 8 år arbejdet med transanal irrigation (TAI) i samarbejde med bl.a. Analfysiologisk Klinik på Århus Universitets Hospital og en række institutioner for voksen som Områdecenter Hedelund ved Esbjerg.

Afføringsproblematikker fylder meget ressourcemæssigt og menneskeligt og kræver en bred tilgang for at finde den bedste løsning for den enkelte. Men erfaringerne og studier viser at TAI har en gavnlig effekt og ikke er tidskrævende. Det kræver dog at personlet forstår problematikkerne for at være i stand til at interagere med borgerne der lider af forstoppelse og inkontinens.

Effekten er til gengæld reduceret tidsforbrug til primær pleje (irrigation tager typisk 30 minutter når proceduren er indkørt), mindre behov for tøjskift og -vask og generelt bedre velvære for borgeren.

Vi ser TAI som et reelt bud på at løse anal inkontinens problematikker for voksne og ønsker at der afsættes tid til at undersøge mulighederne især for pleje af ældre.

Jeg vil gerne have lov at henvise til det arbejde der er præsenteret i Peter Christensens Doktor disputats (udført på Århus Universitets Hospital) der omhandler brugen af irrigation, samt 3 case stories der er udarbejdet i samarbejde med Bent Suryaninoff på Områdecenter Hedelund. Jeg ved at Bente vil henvende sig til jer inden tirsdag, hvor I har høringen.

Med venlig hilsen

Henrik Bork Bjerregaard
Research and Development Manager

MBH-International
Gydevang 28 - 30
3450 Allerød

www.qufora.com

mobil + 45 31 13 59 70
direkte + 45 88 30 05 92

 **qufora®**

Colonic irrigation for
disordered defecation



Doctoral thesis
Peter Christensen

Faculty of Health Sciences
Aarhus University 2009

8. Dansk resumé (Summary in Danish)

Kolorektal irrigation til behandling af afføringsinkontinens og forstoppelse.

Afhandlingen består af en oversigt og ni originale arbejder (nummererede I-IX), hvoraf syv er publicerede og to antaget til publikation i internationale videnskabelige tidsskrifter. Arbejderne I-III indgik i min PhD-afhandling: *Scintigraphic assessment of colonic irrigation*, Århus Universitet 2002. Arbejderne IV-IX har ikke tidligere indgået i nogen akademisk afhandling.

Kolorektal irrigation blev beskrevet allerede i de medicinske papyri dateret tilbage til 1500 f. kr. Op igennem den medicinske historie har kolorektal irrigation primært været brugt som udrensning af påståede sygdomsfremkaldende affaldsstoffer i afføringen. Langt ind i det tyvende århundrede mente man, at disse affaldsstoffer gav ophav til mangeartede symptomer som træthed, kvalme, mavesmerter, melankoli, depression mv. Kolorektal irrigation anvendtes også som forebyggende behandling for at modvirke en lang række sygdommes opståen. Disse overleveringer fra den antikke lægekunst har imidlertid ingen rod i moderne lægevidenskab.

Vores tilgang til kolorektal irrigation som behandling af afføringsinkontinens og svær forstoppelse er også helt anderledes simpel: daglig irrigation sikrer tilstrækkelig tømning af kolon og rectum, således at afføringsinkontinens mellem irrigationerne forebygges. Ligeså genvindes kontrol med tid og sted for afføringen. Hos patienter med svær forstoppelse sikrer regelmæssig irrigation en tilstrækkelig kolorektal tømning til, at forstoppelsen behandles.

I arbejderne I-III en præsenteres en nyudviklet skintigrafisk metode til objektivt at bestemme effekten af kolorektal irrigation. Patienterne indtog en og to dage før undersøgelse ¹¹¹Indium mærkede plastikpartikler. På undersøgelsesdagen blev der optaget et skintigram før og efter irrigation, og ved at sammenligne disse to billeder kunne den total kolorektale tømning såvel som den segmentære transport mellem de enkelte kolorektale segmenter beregnes. Samtidig blev irrigationsvæsken mærket med ^{99m}Tc-DTPA, således at udbredelsen i kolon og rectum af den retinerede irrigationsvæske kunne bedømmes.

I arbejde I blev effekten af transanal irrigation undersøgt. Den mediane kolorektale tømning som følge af transanal irrigation svarede til komplet tømning af rectosigmoideum samt 57% af colon descendens. Effekten var signifikant bedre hos patienter med rygmarvsskade og idiopatisk fækal inkontinens end hos patienter med kronisk idiopatisk forstoppelse.

I arbejde II blev effekten af antegrad kolonirrigation undersøgt. Disse patienter har en appendicostomi eller en neoappendicostomi, som kan karakteriseres og derved skabe mulighed for antegrad kolonirrigation. Arbejde II viste, at antegrad kolonirrigation gav en effektiv tømning af hele kolon og rectum selv hos patienter med svær forstoppelse. Den mediane kolorektale tømning

svarede til komplet tømning af rectosigmoideum, colon descendens, colon transversum og 50% tømning af caecum og colon ascendens.

I arbejde III blev effekten af retrograd irrigation gennem kolostomi undersøgt. Patienter med kolostomi kan drage fordel af kolostomiirrigation ved at tilføre en grad af pseudokontinens, hvilket kan forbedre og lette stomiplejen betydeligt. De skintigrafiske undersøgelser viste, at ukompliceret kolostomiirrigation bevirkede en komplet tømning af colon descendens og colon transversum, samt 35% tømning af caecum og colon ascendens.

I arbejde IV beskrives de første erfaringerne med såvel transanal irrigation som antegrad kolonirrigation til patienter med neurogen kolorektal dysfunktion. Transanal irrigation havde været anvendt til 21 voksne patienter: Otte ud af elleve patienter med fækal inkontinens og fire ud af ti med forstoppelse var succesfulde. Således fandtes overordnet succes hos 12 af de 21 patienter (57%). I alt otte patienter var blevet behandlet med antegrad kolonirrigation, og af disse kunne 7 regnes for succesfulde (87%).

I arbejde V beskrives langtidsresultater af transanal irrigation fra den samlede kohorte af patienter tilbudt behandlingen over en tiårig periode. I alt 348 patienter med afføringsinkontinens eller svær forstoppelse på heterogen ætiologisk baggrund var blevet introduceret til transanal irrigation. Med en middel follow-up tid på 21 måneder kunne 163 patienter (47%) henregnes som succesfulde. Signifikant større succesrate fandtes hos patienter med neurogen kolorektal dysfunktion og hos patienter med obstetrisk eller idiopatisk fækal inkontinens sammenlignet med patienter med svær forstoppelse eller følger efter anorektal kirurgi. Behandlingen var forbundet med hyppige, men forbigående bivirkninger. I et tilfælde havde transanal irrigation medført kolonperforation og i et tilfælde perforation af rectum. Dette skal sættes i forhold til i alt ca. 110.000 irrigationsprocedurer.

Arbejde VI er et prospektivt, randomiseret multicentre studie af transanal irrigation versus konservativ behandling af rygmarvsskadede patienter med neurogen kolorektal dysfunktion. Arbejdet er udført i samarbejde med fem specialiserede rygmarvscentre i Sverige, England, Tyskland, Italien og Danmark, og opfylder kriterierne fra CONSORT erklæringen for et randomiseret kontrolleret studie. I alt 87 patienter blev inkluderet og randomiseret til 10 ugers behandling med enten transanal irrigation (42 patienter) eller konservativ behandling (45 patienter). Ved baseline blev demografiske data, baseline værdier af de primære såvel som sekundære effektmål indhentet. Efter 10 uger blev de primære og sekundære effektmål gentaget. Resultaterne viste, at transanal irrigation på alle målte parametre var konservativ behandling overlegen; forstoppelse og afføringsinkontinens blev reduceret, symptomrelateret livskvalitet blev forbedret,

og tidsforbruget reduceret. Samtidig var transanal irrigation en sikker behandling og havde kun forbigående bivirkninger.

Arbejde VII er en udbygning af arbejde VI. Af de 45 patienter, der modtog konservativ behandling i det randomiserede studie, accepterede 20 patienter yderligere 10 ugers behandling med transanal irrigation med samme opfølgning som i primærstudiet. Data i arbejde VII repræsenterer således i alt 62 patienter introduceret til transanal irrigation og fuldt prospektivt gennem 10 uger. Ikke overraskende bekræfter resultaterne i arbejde VII resultaterne i arbejde VI. Såvel forstoppelsesscore, fækal inkontinensscore og neurogen kolorektal dysfunktionsscore var signifikant reducerede, når effektmålene efter 10 uger sammenlignes med baseline. Der blev endvidere lavet lineær regressionsanalyse for at se efter mulige faktorer, der kunne prædikere behandlingssucces. Selvom der fandtes flere signifikante prædiktorer for hvert tarmfunktionsscore, var der ingen konsistens mellem disse. Derfor anbefales der en trial-and-error strategi, når transanal irrigation skal introduceres til rygmavvsskadede patienter.

Arbejde VIII er en cost-effectiveness analyse af transanal irrigation versus konservativ behandling til neurogen kolorektal dysfunktion hos patienter med rygmavvsskade. På basis af data fra arbejde VI suppleret med data fra strukturerede interviews prissattes de enkelte variable i henhold til listepreiser og tilgængelig sundhedsstatistik. De beregnede direkte omkostninger var større hos patienter behandlet med transanal irrigation. Primært skyldtes dette, at de produktrelaterede omkostninger var større hos patienter behandlet med transanal irrigation, hvorimod omkostninger til hjælp i forbindelse med toiletrutiner, skift af tøj og sengelinned, og til behandling af urinvejsinfektion var lavere. Ved beregning af de indirekte omkostninger, prissattes patienternes samlede tidsforbrug med deres toiletrutiner. Da patienter behandlet med transanal irrigation havde et signifikant lavere tidsforbrug, blev de indirekte omkostninger lavere hos disse patienter. Set fra et samlet sundhedsøkonomisk perspektiv, hvor både de direkte og de indirekte omkostninger er medregnet, fandtes transanal irrigation at være billigere end konservativ behandling.

Arbejde IX præsenterer en ny kirurgisk metode til antegrad kolonirrigation, såfremt blindtarmen er fjernet eller uegnet til at lave en appendicostomi med. Terminale ileum overskæres, og anale del af terminale ileums lumen formindskes med en længdegående stapling. Denne neoappendix bruges nu til en neoappendicostomi. Orale del af terminale ileum anastomoseres til colon ascendens. Efter median follow-up på 10 måneder anvendte otte ud af ni patienter stadig neoappendicostomien til antegrad kolonirrigation. Lokale komplikationer var hyppige med den ileale neoappendicostomi. Disse var dog ikke hyppigere end for ordinær appendicostomi, og alle var nemt håndterbare.

Arbejderne i denne afhandling beskriver således udviklingen i vores viden om rektal irrigations effektivitet til behandling af afføringsinkontinens og forstoppelse: fra tidligt is for metodernes anvendelighed gennem bedre forståelse af virkningsmekanismerne til klarering af indikation for behandling og til specifikke patientkategorier i et langtidsperspektiv. Tidligt føres bevis for, at transanal irrigation til rygmarvsskadede patienter med neurogen rektal dysfunktion er konservativ behandling overlegen også ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv.

I afhandlingens diskussionsdel bringes en opdateret litteraturstatus for behandling med transanal irrigation og antegrad kolonirrigation af afføringsinkontinens og svær forstoppelse, og de enkelte modaliteter placeres i et forslag til behandlingsalgoritme. Nødvendigheden af yderligere forskning indenfor kolorektal irrigation understreges ved præsentation af umiddelbare kliniske perspektiver.

Områdercenter Hedelund

Case 1 – AM

Forhistorie

"AM" er 46 år og bor i en beskyttet bolig. Er psykisk syg og kørestolsbruger efter en ulykke. AM er lammet fra brystet og ned.

AM er afføringsinkontinent og han havde mange ufrivillige afføringsuheld på alle tidspunkter af døgnet. Han følte et stort psykisk ubehag og den konstante kontakt med afføring i bleen medførte hudproblemer.

Plejepersonalet:" Vi håndterede inkontinensen med de traditionelle midler: bleer, afføringsmedicin og Movicol, men det skabte ikke en tilfredsstillende situation for hverken AM eller personalet.

Tiden med irrigation

Efter samråd med AM, kontinenssygeplejersken og egen læge begyndte vi at irrigere AM for 6 måneder siden. Efter en kort indkøringsperiode er situationen blevet væsentligt forbedret for AM og os.

Hudproblemerne er næsten væk i takt med at vi næsten aldrig ser afføring i bleen. AM føler sig mere tryk nu og er blevet gladere. Han er ikke tilhænger af medicin og har på grund af irrigation kunnet reducere sit indtag til et enkelt brev Movicol hver aften for at holde gang i maven. Mængden af vasktøj er kraftigt reduceret.

Vi anvender en kombination af Qufora Miniskyl og Qufora sengesystem.

Qufora Miniskyl anvendes alle dage undtagen fredag. Med den lille pumpe skyller vi cirka 70 ml. vand ind 2 gange. AM liftes fra sengen over på toiletstolen hvorefter vand og afføring kommer ud.

Om fredagen skyller vi AM med Qufora sengesystem. Vi benytter et Ø30 mm rektal kateter og skyller med ca. 1000 ml. vand. Vandet og afføringen løber ud i opsamlingsposen. Skyllningen gør at AM ikke oplever uheld i løbet af weekenden

AM var fra starten med på ideen om at prøve en løsning med vand. AM har fået en øget velvære med irrigation. Personalet kan nu arbejde efter en fast rutine og efterfølgende have sikkerhed for at der ikke skal bruges ekstra timer på at klare uheld og vask. Det har givet en anden ro og tryghed for både AM og plejepersonalet.

Jowna

Sygehjælper på Områdecenter Hedelund

Områdercenter Hedelund

Case 2 – LT

Forhistorie

LT er en kvinde på 37 år. For 20 år siden fik hun konstateret en tumor i rygmarven, som har medført synkeproblemer og utydelig tale.

LT har nedsat hørelse og funktionsniveau. Hun har i længere tid haft problemer med afføringsinkontinens og har prøvet flere forskellige midler uden større effekt. Afføringen kom klatvis og konstant. LT var meget tynget af generne og holdt til sidst op med at gå ud. I stedet isolerede hun sig mere og mere fra kontakten med andre.

Tiden med irrigation

Efter samråd med læge og kontinenssygeplejerske, begyndte vi for 3 måneder siden at irrigere LT med Qufora Miniskyl 3 gange om ugen, senere 5 gange om ugen. Vi oplærte LT's hjælper i systemet. Da det er enkelt at bruge og forstå vil hjælperen let kunne give denne viden videre til LT andre hjælpere, hvis der bliver behov for det.

LT irrigeres med den lille pumpe 2 gange hvor der hver gang skylles 70 ml. ind. LT liftes derefter fra sengen over på toiletstolen.

Effekten af denne irrigation er rigtig god og der har ikke været nogen uheld efter indkøringsperioden. LT kan nu undvære både Movicol og anden laksantia, og da hun ikke bryder sig om at tage medicin er dette yderligere et positivt resultat.

LT er meget tilfreds med systemet og glad for have fået kontrol over sin inkontinens ved at bruge vand.

Jowna

Sygehjælper på Områdecenter Hedelund

Områdercenter Hedelund

Case 3 – HM

Forhistorie

HM er en mand på 51 år og har Parkinson. En ulykke forårsager massiv hjerneskade. HM er dermed fuldstændig immobil og er passiv i alle plejesituationer. HM bliver forflyttet med loftlift.

Han er plaget af muskelspændinger i hele kroppen og kan ikke sidde ordenligt på en bækkenstol.

Han ernæres via sondemad samt med blendet fuldkost. Da han flyttede ind på afdelingen var hans mave gået helt i stå med tynd sivende afføring grundet obstipationen og deraf følgende hudproblemer.

Generelt var HM vanskelig og ressourcekrævende at håndtere med mange daglige tøjskift.

Behandling med forskellige laksantia kunne ikke løse problemet.

Tiden med irrigation

Situationen var ikke tilfredsstillende og vi besluttede at prøve med Qufora irrigationssystemet til brug i sengen.

Efter samråd med læge og kontinenssygeplejerske blev det besluttet at irrigere mandag, onsdag og fredag. Vi giver ham Movicol aftenen før irrigationen for at blødgøre afføringen lidt og opnå en optimal irrigation. Der er ingen sivning og ingen afføring imellem irrigationerne.

Qufora irrigationssystemet gør os i stand til at gennemføre irrigationen i sengen på 15 minutter uden behov for lift. Det megen arbejde med tøjskift, vask og tøjvask er forsvundet og det er en stor lettelse i sig selv.

Mette

Sygeplejerske på Områdecenter Hedelund

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

DANSKE
REGIONER



29-10-2014

Sag nr. 14/3076

Dokumentnr. 60384/14

Julia Beck Søndergaard

Tel. 35 29 82 55

E-mail: jbs@regioner.dk

Danske Regioners høringssvar vedrørende national klinisk retningslinje for anal inkontinens for voksne

Danske Regioner modtog den 10. oktober 2014 høring over udkast til National klinisk retningslinje for anal inkontinens hos voksne.

Indledningsvist bemærkes det, at vejledningen kun omfatter konservativ behandling og udredning af post partum kvinder. Derfor foreslås titlen ændret til: *National klinisk retningslinje for konservativ behandling af anal inkontinens hos voksne og udredning af anal inkontinens hos post partum kvinder.*

Derudover efterspørges en anbefaling i forhold til anal inkontinens, der allerede opstår under strålebehandlingsforløbet (akut bivirkning), og ikke kun efter strålebehandlingsforløbet (sen bivirkning), hvis der er evidens for at lave en sådan anbefaling.

Kommentar til '1.5 Baggrund og indledning'

I dette afsnit fremgår det af anbefalingen, at den praktiserende læge som minimum spørger ind til en række udredningsspørgsmål såsom graden og hyppigheden af inkontinensen. Dog bør denne udredning også omfatte spørgsmål vedrørende starttidspunkt og varighed for inkontinensen.

Kommentar til '1.7 Afgrænsning af patientgruppe'

Regionerne finder det problematisk, at denne retningslinje i begrænset omfang omhandler patienter med neurologiske sygdomme, da forekomsten af anal inkontinens er meget høj netop i denne gruppe. Det vurderes, at det i høj grad er væsentligt og nødvendigt at inkludere denne gruppe af patienter i vejledningen.

Dampfærgevej 22
Postboks 2573
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Et studium af Korse et. al. (2013) viser, at forekomsten af anal inkontinens hos patienter (n=238) med Cauda Equina Syndrom er 49,6 % (range 10,5 % - 90 %) 17 mdr. efter lumbal kirurgi.

Side 2

Reference: Korse NS, Jacobs WCH, et al. Complaints of micturition, defecation and sexual function in cauda equina syndrome due to lumbal disk herniation: A systematic review. Eur Spine J 2013;22:1019-1029.

Sproglige bemærkninger til '1.7 Afgrænsning af patientgruppe'

I afsnittet skrives der *neurogene* lidelser, hvilket bør erstattes med *neurologiske* lidelser. Og det skal bemærkes, at halvsidige lammelser betragtes som symptomer og ikke en lidelse. Det foreslås, at dette eventuelt erstattes med apopleksi.

Kommentar til '3 - Løpfefrøskaller versus laksantia til afhjælpning af anal inkontinens udløst af forstoppelse'

Under udarbejdelsen af den nationale kliniske retningslinje er der ikke fundet studier, der kan belyse spørgsmålet omkring løpfefrøskaller versus laksantia til afhjælpning af anal inkontinens udløst af forstoppelse.

Derfor fremhæves det, at der er begrænset evidens for brug af psyllium hos rygmærksskadede patienter, jf. følgende reference: Coggrave, Norton & Cody. Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. ([Cochrane Database Syst Review](#). 2014 Jan 13;1: CD002115. doi: 10.1002/ 14651858. CD002115. pub5.)

Uddrag af review: *"There was very limited evidence from individual trials in favour of a bulk-forming laxative (psyllium), an isosmotic macrogol laxative, abdominal massage, electrical stimulation and an anticholinesterase-anticholinergic drug combination"*

Kommentar til '5. Bækkenbundstræning'

Indledningsvist stilles der spørgsmål til, hvad der menes med "ingen særlige skadevirkninger".

Til afsnittet vedrørende praktiske oplysninger anbefales det, at bækkenbundstræningen forløber over 8-16 uger. Her foreslås det, at man tilføjer, at dette forudsætter en aktiv funktion af bækkenbundsmusklerne.

Ydermere anføres det, at kvaliteten af evidensen af inkluderede studier er lav især pga. manglende blinding af behandler og patient. Det skal i den

forbindelse nævnes, at hverken behandler eller patient kan være blindet ved superviseret bækkenbundstræning.

Side 3

Derimod kan tester (outcome assessor) være blindet. Den lave evidens skyldes oftere begrænsninger i RCT.

De to vigtigste studier af evidensen baserer sig overvejende på resultater med kvinder, hvilket bør anføres i vejledningen.

Norton 2003: kvinder, n=159 (93%); mænd, n=12 (7%)

Heyman 2009: kvinder, n=83 (76%) mænd, n=25 (24%)

Dertil forslås det, at man supplerer med et andet relevant studie af Norton C og Cody ID fra 2012, hvor resultaterne er i stor overensstemmelse med de allerede inddragede effektanalyser. Reference: Norton C og Cody ID. Bio-feedback and/or sphincter exercise for the treatment of faecal incontinence in adults (Review). Cochrane Database of Systematic Review 2012. Issue 7. Art No:CD002111.

Endelig stilles der spørgsmål til, om der er en langtidseffekt af bækkenbundstræning +/- biofeedback hos patienter med anal inkontinens.

Øvrige kommentarer

Der bør i vejledningen være et konsistent ordvalg i forhold til, om man vælger 'analinkontinens' eller 'anal inkontinens'.

Med venlig hilsen

Julia Beck Søndergaard

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

DANSKE
REGIONER



04-11-2014

Sag nr. 14/3076

Dokumentnr. 61471/14

Julia Beck Søndergaard

Tel. 35 29 82 55

E-mail: jbs@regioner.dk

Danske Regioners høringssvar vedrørende national klinisk retningslinje for anal inkontinens for voksne

Der eftersendes en række yderligere kommentarer til udkastet for den nationale kliniske retningslinje for anal inkontinens for voksne, der blev sendt i høring den 10. oktober 2014.

Indledningsvist undrer det regionerne at monitorering under punkt 8 indeholder en sammenligning af anal inkontinens og udvikling i hypertension.

Udredning af post-partum anal inkontinens er blot en opremsning af inciderter og gammel viden om bækkenbundstræning. Det er uklart om det anbefales, at otte ugers undersøgelsen hos praktiserende læge er tilstrækkelig, såfremt der ikke er graverende symptomer.

Derudover anbefales det, at postpartum kvinder tilses og undersøges af en specialist ved fysisk undersøgelse og UL-scanning. Der tages ikke stilling til om specialisten skal være gynækolog, tarmkirurg eller om undersøgelsen skal ske i et bækkenbundscenter.

Man bør overveje, at være tydeligere mht. til basisudredningen hos gruppen med inkontinens. I en tidligere opgørelse fra DCCG har man, ud fra indrapporterede data vedrørende enkelt symptomer, konstateret, at ”ændret afføringsmønster” var det symptom, der var stærkest associeret med colorectal cancer. Det bemærkes, at vejledningen indskrænker sig til at anbefale, at patienten som minimum skal rectal eksplorerer, og at man kun skal *overveje* colorectal cancer. Det skal fremhæves, at skopi er nødvendig for at udelukke cancer, men også fx for at stille diagnosen mikroskopisk colitis.

Dampfærgevej 22
Postboks 2573
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00

E regioner@regioner.dk

Endelig fremhæves det, at der mangler retningslinjer for, hvorvidt man anbefaler lægekonsultation med klinisk undersøgelse kontra sygeplejeambulatorium med konservativ behandling som første kontakt, nødvendigheden af manometrisk undersøgelse samt forslag til algoritme i behandlingen, både konservativ og kirurgisk.

Side 2

Med venlig hilsen

Julia Beck Søndergaard

Høringssvar til National Klinisk Retningslinje for Anal Inkontinens hos voksne

Til Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab

Jordemoderforeningen har modtaget invitation til at afgive høringssvar på den nationale kliniske retningslinje vedrørende analinkontinens hos voksne. Vi finder det glædeligt, at der med retningslinjen sættes fokus på et stærkt stigmatiserende, men ikke mindre vigtigt og i høj grad overset område. Vi har i gennemlæsningen af retningslinjen primært fokuseret på området relateret til graviditet og fødsel, og har ikke indvendinger til disse afsnit. Vi håber, at anbefalingerne vil kunne øge fokus og hjælpe kvinderne (og naturligvis også de berørte mandlige patienter) fremover.

Jordemoderforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Med venlig hilsen

Anne-Mette Schroll

Udviklingskonsulent, jordemoder, cand.scient.san, ph.d.

Jordemoderforeningen

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K





Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S
syb@sst.dk

Høring vedr. national klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst høringsudkastet til national kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne. For uddybende faglige bemærkninger henviser Danske Fysioterapeuter til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Dato:
28. oktober 2014

E-mail:
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 33 41 46 59

Analinkontinens er tabubelagt og forekomsten er større end antallet af patienter, som opsøger læge med generne. Derfor er aktuelt, at der fokuseres på udredning og behandling af patienterne via en kliniske retningslinje. Desuden er diagnosen omfattet af de regionale snitfladekataloger om den ambulante genoptræning jf. sundhedsloven.

Derfor er det glædeligt, at bækkenbundstræning er medtaget som relevant sundhedsfaglig indsats til at afhjælpe analinkontinens i retningslinjen. Anbefalingen er svag som følge af lav evidensgrad, men vi hæfter os ved, at effekt, om end lille, er positiv; at bækkenbundstræning er en sikker intervention samt at skadesvirkningerne vurderes at være få.

Dog undrer det os, at der i rationalet for anbefalingen er anført, at man bør overveje at henvise til bækkenbundstræning, *såfremt patienten ønsker det*. Ingen behandling – genoptræning eller anden indsats – kan iværksættes uden patientens samtykke hertil. Al genoptræning indebærer en egen indsats for patienten, da genoptræningen er defineret ved at være en samarbejdsproces mellem patient og sundhedsfaglig behandler. I tilsvarende kliniske retningslinjer, hvor træning er anbefalet, har man ikke fundet behov for denne modificering af rationalet.

Vi mener, at rationalet alene skal fremhæve den foreliggende evidens. Især i lyset af den positive effekt litteraturen indikerer og få følgevirkninger.

Med venlig hilsen

Karen Langvad
Faglig chef

Danske Fysioterapeuter
Nørrebrodsvej 70
DK-2300 København S

www.fysio.dk
Telefon: +45 33 44 66 20
Mail: fysio@fysio.dk

Fagfelleevaluering (peer review) av de danske nasjonale kliniske retningslinjer (NKR) for behandling av analinkontinens hos voksne.

Den danske Sundhedsstyrelsen har gitt landets fagmiljøer i oppdrag å utarbeide nasjonale retningslinjer for en rekke tilstander, herunder også analinkontinens. Retningslinjene er ikke bare rettet mot primærhelsetjenesten, men også og mot personer som opplever analinkontinens. Hensikten er å gjøre behandlingsmulighetene lettere tilgjengelig, og å komme med anbefalinger basert på evidensbasert kunnskap der dette finnes. På denne måten muliggjøres lik og best mulig behandling for alle innbyggere. Undertegnede har etter forespørsel fra arbeidsgruppen takket ja til å være reviewer av dokumentet.

Generelt:

Søkearbeidet i litteraturen er omfattende og synes grundig gjennomført. NKR for anal inkontinens hos voksne er et oversiktlig dokument, med logisk oppbygning hvor det er relativt enkelt for leseren å finne frem til relevante deler og avsnitt.

Behandlingsforslagene til de ulike undergruppene fremgår også tydelig, med gradering av anbefaling. Begrepene som brukes er godt forklart for leseren innledningsvis.

De fokuserte spørsmålene er alle klinisk relevante, og besvares i henhold til tilgjengelig evidens basert på klinisk forskning. Det fremgår tydelig at det eksisterer få studier som besvarer spørsmålene. Anbefalingene er derfor nødvendigvis forsiktige, og følger internasjonal etablert standard for dette. Det ansees som en fordel at det generelt anbefales å benytte psylliumfrø fremfor loperamid, siden sistnevnte er et preparat med farmakologisk effekt på reseptornivå, mens psylliumfrø ikke har en slik effekt og utskilles i avføringen.

I et dokument som henvender seg til andre enn fagpersoner bør imidlertid overskriftene i tabellene og ellers i dokumentet være på dansk, og ikke engelsk. Engelske uttrykk i tabeller bør også oversettes til dansk.

Tabellene med resyme av inkluderte studier for hvert enkelt av de fokuserte spørsmålene er noe vanskelig å forstå, og man bør vurdere å ha en forklaring til underpunktene i disse tabellene. Det bør også være mulig å enkelt se hvilke studier som er inkludert, i form av henvisning til en referanseliste. Siden "PICO references" konsekvent mangler, regner jeg med at referansen vil settes inn her.

Spesifikke kommentarer:

Side 5: Her står en overskrift med "loppefrøskaller", mens det ellers i dokumentet benyttes Psyllium-frøskaller.

Hoveddokument (full guidelines):

Kapittel 1: oversiktlig og greit skrevet.

Kapittel 2: Ved definisjon av inkontinens savnes urgency. Dette symptomet er generelt akseptert som en viktig del av inkontinens-problematikken. Pasienter kan ha kun luft-inkontinens pga av at de hele tiden går på toalettet for å unngå lekkasje. Pasienter med

daglig luftinkontinens kombinert med urgency kan også vurderes for kirurgisk behandling.

Videre bør det nevnes at det finnes egne validerte scoringssystemer for inkontinens, og med eksempler på slike, eventuelt også med link. Det er viktig for behandlere å kunne gjøre en gradering av inkontinens-plagene, slik at effekten av igangsatt behandling kan evalueres adekvat. St Marks score er et mye brukt system, som også inkluderer urgency.

Siden dokumentet også henvender seg til personer utenfor helsevesenet, kunne det med fordel presiseres at personer som har fått relativt plutselig oppståtte nye symptomer oppfordres til å kontakte lege for å utelukke annen sykdom.

kapittel 3:

Det kunne med fordel vært egne overskrifter eller markering med underpunkter for de ulike undergruppene med inkontinens (eldre hjemmeboende borgere, personer med kronisk diare, etter kirurgi for rectumcancer osv). Dette tror jeg vil gi bedre oversikt. Slik det nå er kan det være vanskelig å se hvor en tilstand slutter og neste begynner.

Bør man bruke psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere?

Dette spørsmål besvares ved hjelp av studien til Markland (2014) uten at jeg kan se at det refereres til denne studien. Pico references/summary mangler. Tabellen som følger under "PICO Questions" synes å være feil, siden det i Marklands abstract nevnes 80 inkluderte pasienter, og ikke 73. Det er mulig at arbeidsgruppen sitter med ytterligere data om dette, og da bør dette nevnes.

Bør man bruke psyllium-frøskaller eller stoppende medicin(loperamid) ved kronisk diarré udløst analinkontinens?

Her refereres til Markland (2014), uten at det fremgår at denne studien omhandler diare-tilfeller. Jeg kan ikke se at denne studien besvarer dette fokuserte spørsmålet

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer?

Under PICO Summary må det skrives at det ikke er funnet studier som undersøker på denne problemstillingen. Referansen til Markland synes ikke

å være relevant.

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme?

Jeg kan ikke se at Marklands abstract besvarer denne problemstillingen.
PICO Summary stemmer ikke med dette fokuserte spørsmålet.

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia?

Tabellen under PICO-questions er misvisende, siden Marklands studie definitivt ikke besvarer spørsmålet

Kapittel 4:

Bør man bruke psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig analinkontinens?

Grei gjennomgang og anbefaling, ingen randomiserte studier å basere seg på.

Kapittel 5:

Kan analtømning afhjælpe fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?

Studien er fra 2000, ikke 200. Godt PICO sammendrag.

Kapittel 6:

Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos voksne?

PICO Summary mangler

Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos kvinder med vedvarende analinkontinens postpartum?

PICO Summary mangler

Kapittel 7:

Bør kvinner med vedvarende fækalinkontinens postpartum ultralydsscannes?

Begrepet kirurgisk behandling i anbefalingen " *Svag/betinget anbefaling for*
↑ *Overvej at henvise kvinder med ny-opstået fækal inkontinens efter fødsel til endoanal ultralyd, idet klinisk undersøgelse alene ikke kan detektere anale sphincterskader og kirurgisk behandling kan være et muligt tilbud såfremt inkontinensen skyldes en anal sphincter-defekt.*" Kan med fordel erstattes med "kirurgisk rekonstruksjon", siden det også finnes etablerte kirurgiske behandlinger når anal sfinkter ikke er defekt.

Tromsø 13.09.14

Stig Norderval

1: Manuskriptets styrker

Man har minutiøst gået igennem litteraturen som dækker anal inkontinens og behandling med psyllium-frøskaller, Loperamid samt bækkenbundstræning. Man har gjort det korrekt videnskabeligt. Man har som forventet fundet ganske få studier med evidens af høj kvalitet. Jeg tror det er vigtigt at man i studierne gør sig klart hvad man vil opnå med behandlingen. Et "endpoint" som jo ikke altid er det samme for alle patientgrupper. Jeg kommer at berøre dette under *Svagheder*.

Jeg anser at det er en styrke at man har valgt nogle få patientgrupper, og de patientgrupper som man ser mest i almen praksis og på plejehjem. Emnet ville ellers blive alt for omfattende, og det er jo i den patientgruppe man kan nå længst med enkle behandlingsmidler.

Med henblik på behandlingmulighederne burde man nok have taget andre muligheder med, det kommer jeg også at berøre i *Mangler*.

Når layouten er klar tror jeg det bliver let at finde retningslinjer for behandlingen i de forskellige patientgrupper.

2: Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler

Svagheder:

Jeg synes at man under *Baggrund* skulle have nævnt noget om fordelingen mand/kvinde i hyppigheden af anal inkontinens. Søger en mandlig patient for analinkontinens skal man jo være lidt mere opmærksom på anal inkontinens relaterede sygdomme.

Jeg synes også at man skulle have nævnt at der findes 2 score system, St Marks incontinensscore og Wexner incontinensscore og at St.Marks score er at foretrække om man vil bruge den i kliniken eftersom den tager urge (trængning til defekation) med. Personligt oplever jeg at det er til stor hjælp om patienterne har fyldt i scoresystemet når de kommer for konsultation, eftersom det giver en ide om hvor stort et problem analinkontinens er for patienten, og patienten må tænke efter hvor meget besvær han/hun har.

I Sverige, hvor jeg har arbejdet i 28 år som kolorektalspecialist, har man udtrykket "vetenskaplig och beprövad erfarenhet", hvilket socialstyrelsen altid henviser til når de skal konkludere om en patient har fået korrekt behandling. Udtrykket "beprövad erfarenhet" står for det som vi ikke altid kan videnskabeligt begrunde men som lang erfaring kan påvise. Det kan blive en vigtig del af anbefalingerne til behandling, når evidensen er lav og studierne få.

Følgende behandlinger som ikke er nævnt i retningslinjerne og som jeg karakteriserer som beprøvet erfaring, er almene råd om livsstil, kostråd, toilett træning samt pressteknik ved defekation. For mange, men ikke alle, behandlere er det en selvfølge at informere om dette.

Bare det at tage plejehjemspatienterne regelmæssigt til toilettet har stor betydning for anal kontinensen hos denne patientgruppe.

Råd og vejledning fra en dedigeret sygeplejerske, bækkenbundsterapeut, kan være af stor værdi.

Man bør være opmærksom på at overvægt samt en del lægemidler kan give anal inkontinensproblem.

Jeg vil berøre begrebbet "endpoint" i de forskellige patientgrupper.

Hos en hjemmeboende borger som behøver hjælp flere gange dagligt er målet at patienten formår at holde sig ren til hjemmeplejen kommer. Hos en plejehjemsboer er behandlingen måske mere fokuseret på pleje og hvor ofte man behøver at skifte beboerens ble. For unge eller midaldrende patienter er krav til behandling en hel anden. De vil føle sig sikre ved fysisk aktivitet, helst aldrig have fekal lækage og altid kunne holde på flatus. Når "endpoint" er så forskellig er det vigtigt at definere dette inden man udfører studierne. I mange studier er det antallet af inkontinensepisoder som regnes, men det er ikke sikkert at quality of life er bedre når episoderne minsker fra 8 til 4. Gruppen her har studeret livskvalitet, inkontinensstilfælde, forstoppelse, mavesmerter samt afslutning af behandling pga bivirkninger som outcome. Men for det meste er det antallet af inkontinensstilfælde som man har redegjort for. Det er måske "endpoint" hos plejehjemspatienten, men for den patient som kommer til sin praktiserende læge er det måske ikke tilstrækkeligt.

Det er svært at få et overblik over inkluderede artikler når man går igennem bilagene. Når jeg kigger på flowchart-systemisk reviews kan jeg ikke få det til at passe med det man redegør for i de forskellige PICO grupper. Angående ultralyd postpartum står der 0 inkluderede i "søgning efter kliniske retningslinjer NKR om analinkontinens", men 2 artikler i evidensgrundlaget. Jeg savner også PICO Summary under afsnittet bækkenbundstræning. Det kan være fordi layouten ikke er helt komplet at det er svært at forstå. Jeg savner en fuldstændig referensliste på de få studier man har inkluderet, jeg tror det er 6 referencer. Jeg har haft svært ved at finde referencerne ved litteratursøgning.

Mangler:

Patientgrupperne

Patientgruppen outlet (rektaltømningbesvær) og anal inkontinens er taget med som patientgruppe men kun i den store gruppe med forstoppelse. Dette er en hyppig patientgruppe, ofte kvinder og ofte postpartum kvinder. Behandling med Psyllium-frøskaller eller Loperamid er oftest uden resultat. Patienterne har svært ved at tømme rektum om afføringen er for løs eller for hård. Analtømning med vand er ofte den behandling som er mest effektiv. Eftersom man i litteratursøgning ikke har fundet randomiserede eller observationelle studier i gruppen analinkontinens udløst af forstoppelse og rekomendationen derfor er blevet god praksis, synes jeg at man kan nævne analtømning med vand i outlet (rektaltømningsbesvær) gruppen som behandling. Om patienten har et rektocel og ikke er hjulpet af analtømning skal der henvises til specialist.

Behandlingerne

Man bør nævne hvor vigtigt det er at patienterne intager rigeligt med væske når de får Psyllium-frøskaller. Specielt hos den ældre befolkningsgruppe, hvor tilstrækkeligt med væskeindtagelse kan være et problem. Det er også kendt at patienter med flatus inkontinens kan opleve at fiber danner mere luft og derfor resulterer i øget besvær med flatus.

Loperamid har ikke kun en stoppende virkning men den øger også tonus i den indre sfinkter, dette er ikke nævnt. Mange patienter er bange for at blive forstoppede når de tager Loperamid og vi har her i

Sverige tilgang til Loperamid i oral løsning under navnet Dimor. Om det findes i Danmark tror jeg man skal nævne muligheden for patienterne at indtage dette i små doser (0,2mg/ml) hvis de er bange for forstoppning når de starter behandling.

Man har ikke valgt at tage analproppen med som behandlingsmulighed hos denne patientgruppe. Der findes flere studier som har undersøgt effekten og bivirkninger med denne behandling , Mortensen Nj, Christiansen J, samt Norton C på St.Marks Hospital i England.

Jeg vil bare her nævne at så kaldet kulfiberbind kan bruges som behandling ved flatusinkontinens. Flatus vil være lugtfri med denne behandling og kan være til stor hjælp hos den yngre arbejdsføre befolkningsgruppe. Desværre ved jeg ikke om der findes studier som har vurderet behandlingens effekt.

3: Forslag til ændringer.

Lægge til behandlingsforslag mere beprøvet erfaring (evt som afsnit, almene råd).

Berøre patientgruppen outlet og behandling.

Overveje at tage analproppen med som behandlingsmulighed.

En referenseliste på inkluderede publikationer.

Marianne Starck, Malmø University Hospital.

Review av

National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne

Styrker:

Dette er et meget ambisiøst dokument som dog kun omfatter bruken av psyllium bulk midler og loperamid i forskjellige inkontinens situasjoner. Videre gis det rekommendasjoner om assistert tarmtømming til personer på pleiehjem.

Det diskuteres og recommenderes fysioterapi til kvinner i to situasjoner.

Det gis også kortfattet veiledning til utredning ved inkontinens

Anbefalingene synes relevante og styrkeangivelsene likeså mot bakgrunn av den sparsommelige evidens som litteraturen gir. At det litt avhengig av dette blir gradforskjeller i anbefalingene er jo en konsekvens av hva som det er skrevet om i de forskjellige inkontinens situasjonene. Dette trenger jo nødvendigvis ikke bety at effekten av anbefalingene er særskilt ulike i de ulike inkontinenssituasjonene man tar for seg.

Målgruppen for retningslinjene omfatter helsepersonel, borgere og pasienter, den er således svært stor.

Introduksjon med overskilt over rekommedasjoner og deres betydning etc er grei

Man har gravd seg dypt ned i den ut i fra vitenskapelige synspunktet ganske sparsommelige litteraturen på området og det er meget godt redegjort for søke kriterier og hvilke artikler som ligger til grunnlag for dokumentet

Svakheter:

Formålet med retningslinjene syns jeg er for tynt formulert. Analysen er gjort med PICO metode for hvert delspørsmål og det blir veldig mye gjentakelser og alt for mye av det samme for at leserens interesse kan opprettholdes. Litteraturgjennomgangen synes å være svært grundig men jeg skjønner ikke hvorfor for eksempel Hallgren 94 overhodet nevnes, dette er jo en studie på pasienter med bekkenresevoar. Rubrikker på engelsk i et dansk dokument, hvorfor? Vet den almindelige leser hva PICO står for, er metoden allminnelig kjent blant de som forventes lese dokumentet?

Kunnskapen om årsaker til og behandling av analinkontinens er meget mangelful hos majoriteten av helsepersonell. Det synes meg derfor allt for snevert o begrense dokumentet til noen situasjoner der psyllium og eller loperamid kan brukes.

Avgrensning av pasientgruppen. De der man har utelukket behandlingskrevende patologi men også til dels de der sådan patologi finnes. Vagt formulert og leseren får ikke veiledning om hvordan annen patologi skal utelukkes.

Det femgår dårlig hvordan pasientperspektivet er ivaretatt.

Jeg er ikke enig i at ultralyds undersøkelse bør være en svag/ betinget anbefalelse hos kvinner med postpartuminkontinens syns snarere det bør være en rettighet.

Videre burde dokumentet i større grad ta for seg hvor stor påvirkningen på livskvalitet er og hvor lite oppmerksomhet analinkontinens får i forhold till andre tilstander. I ett større helseperspektiv synes det som om resursallokeringen til denne store pasientgruppen er svært mangelful.

Forslag til endringer

Hvis dette dokumentet skal bli brukt i vanlig praksis syns jeg det i sin hoved del bør kortes ned betraktelig og ha en sammenfattning til slutt

Rekommendasjonene er jo i stort sett like i alle situasjonene så det kunne jo forenkles betydelig. Detaljene med PICO analyser etc kunne skilles ut og bli til et appendiks for de som er særskilt interessert

Dokumentet omfatter jo bare en del av inkontinensproblematikken, hvorfor ikke gjøre det med generelt så att det kan brukes som en enkel håndbok når man står infor en pasient med avføringsinkontinens

I baggrund bør man betone at at det dreier seg om et symptom ikke en sykdom. Siste stykket Egen lege må...o.s.v. Hører vel ikke inn under baggrund og så syns jeg en rektoskopi må være en undersøkelse som skal i prinsippet gjøres på alle Ikke alle rektumcancere kan palperes, proktitt går ikke å palpere o.s.v.

Årsakene bak symptomet bør gjøres kjent så at man kan forstå at en hel rekke faktorer og sykdomer kan ligge bak en anal/fekal inkontinens. At man skal begynne med enkle behandlings strategier er greit men her diskuteres i mange stykker kun psyllium og loperamid, hva med en ordentlig kostanamnese og evt. veiledning utifra den ? Som det nå er formulert får man inntrykk av at dette dokumentet mest dreier seg om behandling av eldre på pleiehjem og kvinner med postpartuminkontinens

Målgruppen for retningslinjene er jo vidt formulert og da bør retningslinjene inneholde adskillig mer informasjon om symptomet som sådant.

Emnesavgrensningen er svært snever, den dreier seg om spesifikke situasjoner og hvorvidt psyllium og loperamid kan bruke så er det et appendix om kvinner som har nytilkommen inkontinens etter fødsel.

Psyllium til kronisk diarre er vel ok men det viktige er jo å vite hvorfor pasienten har kronisk diarre, Gluten-, laktoseintoleranse, IBS, IBD store villøse adenomer etc. Fekalomer hos eldre må utelukkes og det er ikke sikkert at en enkel palpasjon er nok så det er ikke bare maligne sykdomer som man ikke må overse

Mange av indikasjonene kan slås sammen og man kan generelt konkludere med at evidensen får behandling med psyllium og loperamid er svak men at det er rimelig å anta at hvis man med disse midlene kan regularisere tarmfunksjonen så at pasienten får en regelmessig tarmtømming med jevn og passelig konsistens på avføringen så bør dette for svært mange være symptomlindrende.

Hvorfor ikke strukturere skriften slik vi er vant til med en innledning/ bakgrunn, en oversiktlig beskrivelse av orsaker til inkontinens for å kunne gi behandleren en mulighet til å bedre forstå rasjonalen bak rekommendasjonene. Uten en slik kunnskap kan man ikke forvente at behandleren når frem med sitt budskap, mye av behandlingen går jo ut på å få pasienten til å forstå hva som kan være årsak til symptomet for å gi henne bedre mulighet til å håndtere sin situasjon. Kanskje bør begrep som» empowerment og coping» nevnes da dette er sentralt i behandlingen.

Tom Øresland

Prof. i Kirurgi, Universitetet i Oslo og

Overlege Akershus Universitetssykehus