

Genoptrænings- forløbsbeskrivelse for borgere med afføringsinkontinens



Indhold

| | |
|---|----|
| Indledning..... | 3 |
| Flowchart..... | 5 |
| Baggrundsviden..... | 9 |
| Problemstilling | 9 |
| Evidens | 9 |
| Litteratur | 14 |
| Referencer | 14 |
| Nyttige links | 17 |
| Bilag 1: Søgematrix..... | 18 |
| Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram | 20 |
| Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:..... | 21 |
| Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier | 21 |
| Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR): | 22 |
| Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer/guidelines (AGREE II):..... | 25 |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Indledning

Formål

Formålet med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er på baggrund af den nyeste evidens samt best practice, at beskrive indholdet i genoptræningsforløbet for borgere med *afføringsinkontinens*. Herved sikres, at borgerne modtager evidensbaserede genoptræningsforløb af høj faglig kvalitet.

Intentionen med en genoptræningsforløbsbeskrivelse

Intentionen med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er at give et evidensbaseret fundament for praksis sat ind i et tidsmæssigt perspektiv, hvor dette har været muligt. De evidensbaserede anbefalinger som angives i flow-chart er baseret på viden fra studier af højst mulige kvalitet hvor der er påvist effekt af den pågældende behandling, og disse evidensbaserede anbefalinger er suppleret med anbefalinger fra klinisk praksis.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen dikterer således ikke et standardbehandlingsforløb, men udstikker en evidensbaseret referenceramme. Overholdelse af en genoptræningsforløbsbeskrivelse vil ikke i alle tilfælde garantere et succesfuldt forløb, i visse tilfælde kan en anden behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til borgerens situation. Beslutning om behandling til den enkelte borger bliver således taget på baggrund af alle tilgængelige informationer om den enkelte borger. Den beslutning skal tages i samråd med borgeren, som bliver oplyst om diagnosen, behandlingsmulighederne og evidensen herfor. Ved væsentlige afvigelser fra anbefalingerne i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, som f.eks. brugen af lokale guidelines, anden træningsintensitet og frekvens eller igangsætning af ikke-anbefalet intervention skal argumenteres for og dokumenteres i borgerens journal.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere med afføringsinkontinens er det gældende retningsgivende dokument på området i Københavns Kommune. Eventuelle lokalt udarbejdede retningslinjer kan supplere genoptræningsforløbsbeskrivelsen, men aldrig træde i stedet for denne. Såfremt der ikke eksisterer en genoptræningsforløbsbeskrivelse, følges normen for almindelig kendt faglig standard jf. autorisationsloven. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen skal desuden bidrage til borgerrettede og fagprofessionelle informationer på KK-net

Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder

Det er den lokale ledelsesansvar at sikre, at medarbejderen er bekendt med denne vejledning, samt at medarbejderen er kvalificeret til at levere de genoptræningsydelser som beskrives. Det er medarbejderens ansvar at anvende og følge denne vejledning.

Målgruppe

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er målrettet ergo- og fysioterapeuter, der varetager genoptræningsforløb for borgere med *afføringsinkontinens* efter Sundhedslovens §140 og/eller Servicelovens §86.

Definition af begreber

Analinkontinens

Klager over ufrivillig lækage af afføring eller tarmluft (analinkontinens er en samlet betegnelse for inkontinens for afføring og tarmluft)(1).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Afføringsinkontinens

Klager over ufrivillig lækage af fast eller flydende afføring(1).

Flatusinkontinens

Klager over ufrivillig afgang af tarmluft (1).

Afføringsurgency

Klager over pludselig afføringstrang, som vanskeligt kan modstås(1).

Afførings (eller flatal) urgency inkontinens

Klager over ufrivillig lækage af afføring og/eller tarmluft i forbindelse med afføringsurgency (1).

Passiv afføringsinkontinens

Klager over ufrivillig lækage af fast eller flydende afføring uden at det kan mærkes eller uden forudgående fornemmelse af afføringstrang (1).

Bækkenbundstræning

Systematisk træning med gentagne voluntære kontraktioner af bækkenbundens muskulatur med det formål at forbedre styrke, udholdenhed, koordination eller relaksation af bækkenbundens muskulatur (2–5).

Superviseret bækkenbundstræning

Et bækkenbundstræningsprogram instrueret og monitoreret af en sundhedsprofessionel/kliniker/instruktør (5).

Biofeedbacktræning

Træning hvor borgeren får feedback på en kropsaktivitet eller kropsproces ved hjælp af et redskab eller apparatur (2,5). Rationalet er at en positiv tilbagemelding på fx en voluntær kontraktion af bækkenbundens muskulatur vil fremme udførelsen af denne (2–4).

Handleanvisning: Flowchart

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere med *Afføringsinkontinens* skal anvendes sammen med "Vejledning for terapeutfaglig dokumentation", hvor minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation beskrives. Der henvises desuden til vejledning for "Effektmåling på genoptræningsområdet" og "Samtalen om forebyggende indsatser" (se link under "Nyttige links").

Se flowchart på følgende side (s. 5)

Tegnforklaring for flowchart:

(↑↑): Forskningsbaseret intervention, moderat til stærk grad af evidens (sikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(↑): Forskningsbaseret intervention, lav til moderat grad af evidens (usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(√): Konsensusbaseret (best practise) intervention eller studier med meget lav grad af evidens. Heri indgår desuden beskrivelse af lokal praksis i København Kommune, indhentet på konsensusmøde med terapeuter (meget usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed)

[Tal]: 'Tal i parentes' angiver litteratur reference.

Flowchart

| Generel intervention | Forløb |
|---|--|
| Overordnede anbefalinger og restriktioner i genoptræning af borgere med afføringsinkontinens | |
| <p>Restriktioner/opmærksomhedspunkter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vær opmærksom på advarselstegn for rektumcancer (pludselig ændring i afføringsmønster, nyligt uforklarligt vægttab (> 5 kg/mdr), blod i afføringen)(6–8) (v) • Kvinder med nyopstået afføringsinkontinens efter fødsel bør henvises til endo-anal ultralydsundersøgelse (4) (↑) • Vær opmærksom på samtidig tilstedeværelse af urininkontinens (9)(v) <p><u>Andre tilstande der bør adresseres før et bækkenbundstræningsforløb startes (6,7) (v)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut diskusprolaps/cauda equina syndrom • Rektal prolaps eller tredjegrads hæmorider • Akutte anal sphincter skader inklusiv obstetriske traumer. • Ikke udredt diarré • Akut forstoppelse <p>Overordnede anbefalinger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da afføringsinkontinens er et socialt stigmatiserende og tabuiseret problem, bør sundhedsprofessionelle aktivt, men respektfuldt spørge ind til eventuelle afføringsinkontinenssymptomer blandt borgere i risikogrupper for afføringsinkontinens (6)(v) (se kendte risikofaktorer i baggrundsafsnittet) • Bækkenbundstræning bør være superviseret og varetages af specialuddannet sundhedspersonale, der har de fornødne kvalifikationer, træning og ekspertise (4,6) (v) • Ved bækkenbundstræning bør borgeren tilbydes undersøgelse af knibefunktionen ved indvendig vaginal/anal palpation af bækkenbundens muskulatur, for at sikre korrekt aktivering af muskulaturen (4,10–14) (↑) • Forud for indvendig undersøgelse af knibefunktionen skal kvinden forklares om undersøgelsens formål og metoder og der skal indhentes informeret samtykke til undersøgelsen (15,16) (v) • Forud for indvendig undersøgelse af knibefunktionen, skal der være opmærksomhed på seksuel anamnese inkl. smerter og eventuelle overgreb (9)(v) • Kvinder i post partum perioden, kan have smerter i genitalområdet, hvorfor indvendig palpation eventuelt kan udsættes til smerter er aftaget (4)(v) • Det anbefales at et bækkenbundstræningsforløb har en varighed på 8-16 uger, for at sikre at træningseffekt kan opnås (4) (v) <p>Løbende terapeutisk vurdering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundsmuskulernes funktion vurderes ved opfølgende indvendig vaginal/anal palpation af knibefunktionen (4,6) (v) • Ved manglende effekt af et bækkenbundstræningsforløb, bør borgeren henvises til anden udredning/behandling (6). <p>I tilfælde af behov for nærmere udredning af ovenstående, kan en lægefaglig vurdering iværksættes ved at tage kontakt til egen læge eller regionen.</p> | <p>Læs altid genoptræningsplan (GOP) og evt. operationsbeskrivelse</p> |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | |
|--|--|
| Intervention | |
| Evidensen bag de beskrevne interventioner i flowchartet er uddybet i baggrundsafsnittet | |
| <p>Bækkenbundstræning (4) (↑)</p> <p><u>Superviseret bækkenbundstræning (4,10,12–14,17) (↑)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Information om analinkontinens, tarmen og endetarmen funktion samt bækkenbundens anatomi, funktion og korrekt knibeteknik (7,10,11,14,18) (↑) Indvendig vaginal/anal palpation af knibeteknik for at sikre korrekt aktivering af muskulaturen (4,10–14) (↑) Tilrettelæggelse af individuelt hjemmetræningsprogram med udgangspunkt i borgerens aktuelle bækkenbunds funktion, vurderet ved indvendig palpation (4,6,13) (v) Hjemmetræningen bør tilrettelægges så både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed og koordination tilgodeses (4) (v) <p><u>Muskelstyrke</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 3 sæt med 1-3 serier af 8-12 nær maximale knib af 1-3 sek. varighed stigende til 6-8 sek. varighed (10-12 sek.). Et minuts pause mellem sæt (7,13,17) (↑). Pause mellem knib fx 6-8 sek. (9,16) (v) <p><u>Udholdenhed</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 3 submaximale knib af op til 30 sek. 1 minuts pause mellem knib (13)(v) <p><u>Koordinationstræning/kropsbevidsthedstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Korrekt aktivering af bækkenbundsmuskulaturen uden brug af store muskelsynergier eller bugpresse (4,11,13,14) (v) Borgeren kan evt. opfordres til selv at tjekke korrekt aktivering, ved at mærke med finger på anus (9) (v) Afspænding af bækkenbundsmuskulaturen efter et knib (13) (v) Knibe før og under stigninger i bugtrykket (host, nys, løft, forflytninger)(4) (v) Knibe ved afføringsurgency/fornemmelse af tarmluft (4,11) (v) Træne hurtig aktivering af bækkenbundsmuskulaturen (4,11,13)(v) <p><u>Træningsprogression</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bækkenbundsmuskulernes funktion vurderes ved opfølgende indvendig palpation af knibefunktionen og træningsintensitet progredieres i takt med at forbedringer opnås (4,6) (v) Øget belastning (overload) kan opnås ved progression af udgangsstillinger, fx knibe i siddende og stående stillinger og dagligdags situationer (forflytninger, gang, hop, løft) (12,13,17) (v). Belastningen kan også øges ved forøgelse af antal og længde af knib. <p><u>Biofeedbacktræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Overvej biofeedbacktræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning, da biofeedback muligvis kan forbedre effekten af træningen (2,4,7,11–14) (↑) <p><u>El-stimulering i tillæg til superviseret bækkenbundstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Gruppen af borgere der ikke voluntært kan aktivere bækkenbunden, kan tilbydes afprøvning af el-stimulation som supplement til anden behandling (bækkenbundstræning/biofeedback) (7,8,17,19–21) (v) <p><u>Sensorisk stimulation/vibration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sensorisk stimulation/vibration af bækkenbundsmuskulaturen kan gives under palpation som facilitering til voluntær bækkenbunds kontraktion hos borgere | <p>Opstart af forløb</p> <p>Der henvises til "Vejledning i terapeutfaglig dokumentation".</p> <p>For effektmål henvises til "Vejledning om effektmål på genoptræningsområdet"</p> <p>Der henvises desuden til vejledning for "Samtale om forebyggende indsatser – til borgere i genoptræningsforløb".</p> <p>Gennem forløbet</p> <p>Elementer fra foregående fase kan være relevante afhængig af borgerens behov</p> |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

uden voluntær knibefunktion (15,16) (v). Sensorisk facilitering til en muskelkontraktion kan fx gives ved at "tappe" eller "duppe" på muskulaturen eller ved at strække muskulaturen ganske let (15,16) (v).

Instruktion i daglig hjemmetræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning (4,10–14) (↑)

Hjemmetræning bør tilgodeses både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed og koordination (4,13). Se beskrivelse af disse punkter ovenfor.

Aktivitet og deltagelse

- Funktionel træning af bækkenbunden i forbindelse med dagligdagsaktiviteter (knibe før og under stigninger i bugtryk fx ved forflytninger, gang, løft og fysisk træning) (4,12,13) (v)
- Informere om muligheden for afprøvning/brug af analpropper (6,22) (v) Analpropper kan være svære at tolerere, men for en mindre gruppe, kan propper være en hjælp til at opnå kontinens imens proppen anvendes (22) (v) Propperne kan fx bruges i situationer på deltagelsesniveau hvor større sikkerhed for kontinens ønskes.

Barrierer og facilitatorer for bækkenbundstræning der bør adresseres ved et træningsforløb

Barrierer

- Opfattelse af at træning kun har mindre effekt (23,24) (v)
- Lav self-efficacy (reduceret tiltro til at en korrekt bækkenbunds-kontraktion/træning kan udføres)(23,24) (v)
- Negative følelser forbundet med træning (fx selvbepjældelser pga. manglende træning/manglende effekt) (23,24) (v)
- Lav respons på tidligere træning (23,24) (v)
- Manglende viden om bækkenbundens anatomi, funktion og afføringsinkontinens (23,24) (v)
- Ingen der kan hjælpe med at motivere til træning (23,24) (v)

Facilitatorer

- Opfattelse af at træning har effekt (23,24)(v)
- Høj self-efficacy (høj tiltro til at træning kan udføres) (23,24) (v)
- Feedback på opnåede fremskridt både på udførelse af knib og træningseffekter (også ved små fremskridt)(23,24) (v)
- Positive følelser forbundet med bækkenbundstræning (23,24) (v)
- God kontakt/interaktion mellem borger og behandler (23,24) (v)
- God forståelse for og viden om afføringsinkontinens og behandling (23,24) (v)
- Identificering af personlige barrierer for træning og aktiv planlægning for at finde løsninger (23,24)(v)

Vejledning og information

- Information om afprøvning/brug af fibertilskud med psyllium frøskaller (Husk/Sylliflor) (4,25,26) (↑). Opmærksomhed på samtidig væskeindtag på 1½-2 liter dagligt (4) (v). Opmærksomhed på at psyllium frøskaller skal tages en time før eller 1 time efter indtag af anden medicin, da psyllium kan påvirke colontransittiden og hermed optagelsen af medicin (9,27) (v)
- Information om hensigtsmæssig kost og væskeindtag (6,11) (v), fx ud fra de officielle kostråd (28) (v)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

- Information om hensigtsmæssige afføringsvaner (Give sig god tid, respektere trang, private og behagelige toiletforhold, forsøge at kvittere afføring efter større måltider (morgenmad), for at udnytte mavetarmrefleksen) (6,11) (v)
- Information om hensigtsmæssig siddestilling og korrekt pressteknik mhp. optimal tarmtømning (6,10,11,14) (v).
- Evt. information om fysisk aktivitet ud fra Sundhedsstyrelsens officielle anbefalinger(29), dette kan især relevant ved tendens til forstoppelse (9) (v).
- Ved behov vejlede om hudpleje, vask og eventuelt brug af fugtighedscreme/olie og/eller barrierecreme (6,10) (v)
- Ved alkohol overforbrug informerer om at overforbrug hos nogle kan føre til afførings urgency og tynd afføring (18)(v).
- vejlede omkring seksualitet og afføringsinkontinens (9) (v).
- Ved god effekt af et bækkenbundstræningsforløb, opfordre borgeren til at fortsætte træningen efter afslutning af forløbet, da effekten sandsynligvis kan aftage ved træningsophør (30) (v)
- Eventuelt vejlede om inkontinensbind (fx størrelser, brug, skift, bevilling) (6,9) (v)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Baggrundsviden

Følgende information kan bruges i mødet med borgeren til at informere om eventuel prognose samt evidensen bag interventionerne med henblik på fælles beslutning om borgerens forløb.

Problemstilling

Afføringsinkontinens er et stærkt tabuiseret problem (31–33), der kan føre til betydelig reduktion i livskvaliteten og store begrænsninger i hverdagen (31,32,34–37). Internationale studier viser at omkring 8-9% af den voksne, ikke institutionaliserede befolkning har problemer med at holde på afføringen (38,39). Der er ikke signifikant forskel på prævalensen blandt mænd og kvinder og hos begge køn stiger prævalensen med alderen (38,39). Blandt ældre hjemmeboende borgere over 70 år har 15-16% problemer med afføringsinkontinens (38). Hos plejehjemsbeboere er prævalensen af afføringsinkontinens omkring 40% (40). Der findes ingen studier der undersøger forekomsten af analinkontinens i Danmark. I 2016 gennemførte 290 borgere i Københavns kommune et bækkenbundstræningsforløb med en genoptræningsplan fra et hospital (41). Der er ikke tal på hvor stor en andel af disse borgere, der blev henvist på baggrund af analinkontinens, men det vurderes at hovedparten blev henvist på baggrund af urininkontinens og/eller descensus. Der er ingen tal på antal forløb via serviceloven.

Det er vist at der er et udækket behov for screening og behandling af afføringsinkontinens i primærsektoren (42–44). Under 1/3 af de ramte har søgt lægehjælp (31–33) og mange går med symptomer i årevis før de søger professionel behandling (33). Ikke kun patienterne har svært ved at tale om afføringsinkontinens, mange sundhedsprofessionelle spørger ikke ind til afføringsinkontinens blandt kendte risikogrupper, selv om patienter oftest foretrækker at blive spurgt om symptomer fremfor selv at bringe emnet på bane (43).

Afføringsinkontinens er ikke en diagnose, men et symptom på at en eller flere dele af den normale kontinensmekanisme er mangelfuld og oftest er der multifaktorielle årsager til afføringsinkontinens (6). Kendte risikofaktorer for afføringsinkontinens er: stigende alder, kronisk diarré, fødsel (særligt efter obstetrisk anal sphincter ruptur), neurologiske degenerative sygdomme, svær kognitive svækkelse, urininkontinens, nedsynkning af underlivsorganer eller endetarm, analkirurgi eller tarmkirurgi, strålebehandling i underlivet (6,38,39).

Evidens

Bækkenbundstræning og biofeedback

I den internationale litteratur undersøges effekten af bækkenbundstræning oftest i tillæg til biofeedbacktræning, hvorfor der i den nærværende beskrivelse, vælges at se samlet på evidensen for de to træningsformer. Litteraturen beskriver mange forskellige former for bækkenbundstræning under betegnelsen biofeedback, fx EMG biofeedback, sensorisk biofeedback ved manometri/ballontræning og biofeedback ved anal ultralyd (2,4).

Et Cochrane review fra 2012 undersøgte effekten af bækkenbundstræning (med eller uden el-stimulation) og biofeedback til afhjælpning af afføringsinkontinens (2). Mange af de inkluderede studier var af lav kvalitet og 19 af 21 studier undersøgte forskellige bækkenbundstræningsmodaliteter mod hinanden uden brug af en reel kontrolgruppe, der ikke udførte træning. Studierne lykkes sjældent med at påvise signifikante forskelle mellem grupperne. Forfatterne konkluderer at der er tegn på at nogle elementer af bækkenbundstræning og biofeedback har effekt. Enkelte studier viser at biofeedbacktræning forbedrer effekten af

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

bækkenbundstræning, men der kunne ikke drage nogle sikre konklusioner om hvilke biofeedbackmetoder eller træningsregimer der er mest effektive (2) (↑).

Superviseret bækkenbundstræning vs ikke superviseret bækkenbundstræning

Den Nationale Kliniske Retningslinje for analinkontinens hos voksne fra 2015 evaluerede effekten af superviseret bækkenbundstræning og biofeedback mod ikke superviseret bækkenbundstræning ved analinkontinens (4). Superviseret træning skulle indeholde minimum én vurdering af knibefunktionen foretaget ved indvendig vaginal/anal palpation. Der blev identificeret fire RCT-studier, heraf to nyere studier, der ikke er inkluderet i Cochrane reviewet beskrevet i forrige afsnit. I alt to studier rapporterede en mindre, men signifikant og klinisk relevant reduktion i antallet af inkontinensepisoder (11,12) og der gives en svag anbefaling til fordel for superviseret bækkenbundstræning lydende ”Overvej at henvise voksne med analinkontinens til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning” (4)(↑).

Nye studier udgivet efter Cochrane review og den Nationale Kliniske Retningslinje

Der er identificeret tre nyere RCT-studier ikke inkluderet i Cochrane reviewet eller den Nationale Kliniske Retningslinje, samt en ny publikation af et studie allerede inkluderet i NKR (45). Et studie undersøgte effekten af el-stimulation som add on til biofeedback (21). Dette studie omtales under el-stimulation (se nedenfor). To RCT-studier sammenlignede forskellige former for bækkenbundstræning/biofeedback mod hinanden og fandt ingen væsentlige signifikante forskelle mellem træningsgrupperne (46,47). De tre studier vil sandsynligvis ikke ændre på konklusionerne fra Cochrane reviewet og den Nationale kliniske retningslinje.

Sammenfatning bækkenbundstræning og biofeedback:

- Der er fundet effekt af superviseret bækkenbundstræning (4,17) (↑)
- Biofeedbacktræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning kan muligvis forbedre effekten (2,11,12,14) (↑)
- Det kan ikke med sikkerhed fastslås hvilket bækkenbundstræningsregime eller hvilke former for biofeedbacktræning, der er mest effektive (2,4).
- To meget samstemmende træningsprotokoller har vist effekt i RCT studier (13,17), indholdet af protokollerne er gengivet i flowchart side 5.

Superviseret bækkenbundstræning efter fødsel

Den Nationale Kliniske Retningslinje for analinkontinens hos voksne undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning og biofeedback ved analinkontinens hos kvinder efter fødsel. Baseret på de samme fire studier som ligger til grund for den generelle anbefaling til fordel for superviseret bækkenbundstræning hos voksne, gives en svag anbefaling til fordel for superviseret bækkenbundstræning ved analinkontinens efter fødsel. Anbefalingen lyder ”Overvej at henvise kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning” (4)(↑).

Et nyere RCT-studie er identificeret. Studiet undersøgte effekten af individuelt superviseret bækkenbundstræning til behandling af analinkontinens post partum. Kvinder uden voluntær knibefunktion fik el-stimulation i tillæg til bækkenbundstræningen. Kvinder i interventionsgruppen havde en signifikant effekt af træning sammenlignet med kontrolgruppen der ikke modtog superviseret træning, idet de

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

rapporterede en signifikant større reduktion i inkontinenssymptomer målt på St. Marks. Forskellen var lille (2 point på en skala fra 0-24), men sandsynligvis klinisk relevant på denne gruppe af yngre i øvrigt raske kvinder (↑) (17). Der var ingen data på livskvalitet (17).

Udredning af afføringsinkontinens efter fødsel

Den Nationale Kliniske Retningslinje for analinkontinens hos voksne undersøgte om kvinder med nyopstået afføringsinkontinens efter vaginal fødsel bør henvises til specialiseret udredning og anbefaler "Overvej at henvise kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødsel til endoanal ultralydsundersøgelse, idet klinisk undersøgelse alene ikke kan detektere anale sphincterskader, og fordi rekonstruktion eller anden kirurgisk behandling kan være et muligt tilbud, såfremt inkontinensen skyldes anal sphincterdefekt" (4) (↑).

Bækkenbundstræning og biofeedback efter operation for colorektal cancer

Et systematisk review fra 2016 evaluerede effekten af bækkenbundstræning med eller uden biofeedback efter operation for colorektal cancer(48). De fandt ingen RCT studier, men inkluderede otte ikke randomiserede studier. Tre studier havde data på antal af inkontinensepisoder, heraf viste to studier signifikant reduktion i antallet af inkontinensepisoder efter træning, mens et studie ikke viste signifikant effekt. Fem studier evaluerede selvrapporterede afføringsinkontinenssymptomer, fire studier viste signifikant reduktion af inkontinenssymptomer efter træning, et studie fandt ingen signifikant effekt. Tre ud af tre studier finder signifikant forbedring af generel livskvalitet efter træning.

Der er identificeret yderligere et RCT studie (to publikationer) fra 2016 (49,50). Studiet er af meget lav kvalitet. Forfatterne finder signifikant større reduktion i selvrapporterede inkontinenssymptomer og signifikant forbedring af inkontinensrelateret livskvalitet efter bækkenbundstræning i op til ½ år efter operation (49,50) (v)

Sammenfatning:

- Der kan ikke drages sikre konklusioner om effekten af bækkenbundstræning og biofeedback efter operation for rektalcancer, men resultater fra ikke randomiserede studier og et RCT-studie viser at træning muligvis kan have en effekt i forhold til at reducere patientrapporterede inkontinenssymptomer og inkontinensrelateret livskvalitet i op til ½ år efter operationen (48–50) (v) Langtidseffekten af bækkenbundstræning efter operation for colorektal cancer er usikker (48–50) (v).
- Det skal samtidig bemærkes at langt de fleste studier inkluderet i Cochrane reviewet fra 2012 og den Nationale Kliniske Retningslinje fra 2015 (se første afsnit om bækkenbundstræning og biofeedback) ikke ekskluderede personer med tidligere colorektal cancer, hvorfor anbefalingerne herfra også er gældende for borgere efter operation for colorektal cancer.

El-stimulation

Et Cochrane review (19) identificerede fire RCT studier, der undersøgte effekten af el-stimulation til behandling af afføringsinkontinens, heraf sammenlignede et studie el-stimulation med operation for afføringsinkontinens. To studier undersøgte el-stimulation som add on til biofeedback, studierne var af lav kvalitet og viste modstridende resultater. Et veludført studie sammenlignede el-stimulation ved 35 Hz med en sham intervention med stimulation ved 1 Hz, der blev ikke givet anden behandling. Der var ingen signifikante forskelle mellem grupperne, hverken på patientoplevelt effekt, antallet af inkontinensepisoder i dagbog, patientrapporterede inkontinenssymptomer, livskvalitet, patienttilfredshed eller hvile og knibetryk

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

målt ved anfysiologisk undersøgelse. Samlet rapporterede 63% af deltagerne forbedring af inkontinenssymptomer. Studiet indikerer at effekten af el-stimulering, primært kan være relateret til stimulation/sensivering af analområdet, fremfor direkte forbedring af muskelstyrke gennem aktivering af bækkenbundsmuskulaturen. Effekten kan muligvis også udelukkende være relateret til placebo (51). Det bør noteres at el-stimulation i studiet gives uden anden samtidig behandling (superviseret bækkenbundstræning/biofeedback) og at populationen i studiet ikke er isoleret til patienter uden voluntær knibefunktion. Studiet giver måske derfor ikke en klar indikation på anvendelsen af el-stimulation i klinisk praksis (19). Konklusionen fra Cochrane reviewet er, at der ikke kan drages sikre konklusioner af effekten af el-stimulation til behandling af afføringsinkontinens. Stimulation kan muligvis have en effekt, men det er ikke sikkert, det vides ikke hvilke patientgrupper der muligvis vil kunne profitere af el-stimulations behandling (19) (v).

Der er publiceret to nye RCT-studier siden udgivelsen af Cochrane reviewet, begge studier har meget lav kvalitet. Studierne undersøger el-stimulation som add on til biofeedback. Det ene studie finder ingen signifikante forskelle mellem grupperne (21), hvorimod det andet studie finder signifikant større reduktion af patientrapporterede inkontinenssymptomer i gruppen der modtog el-stimulation i tillæg til biofeedback. Der var ingen forskelle i inkontinensrelateret livskvalitet (20). Studiet har et meget stort og uens frafald i grupperne (76% i kontrolgruppen mod 46 % i interventionsgruppen), dette faktum sammen med den lave kvalitet af studiet, betyder at der reelt ikke kan drages konklusioner ud fra resultaterne. De to nyere studier vil næppe ændre på konklusion fra Cochrane reviewet.

Sammenfatning el-stimulation:

- Der kan ikke drages sikre konklusioner omkring effekten af el-stimulation til behandling af afføringsinkontinens (7,19–21)(v)
- El-stimulation kan muligvis være et nyttigt redskab til at lære at aktivere bækkenbundens muskulatur, hos den gruppe af borgere der ikke har en voluntær knibefunktion (7,17) (v)

Analpropper

Et Cochrane review fra 2015 identificerede fire RCT-studier, der evaluerede effekten af analpropper ved afføringsinkontinens. Kun to af studierne inkluderede voksne. Begge studier var små, havde meget lav kvalitet og inkomplette data. Der var et stort frafald i begge studier, op til 68% i det ene studie, hvoraf hovedparten faldt fra pga. ubehag ved anvendelse af propperne. Der kan kun drages foreløbige konklusioner fra reviewet (22). Der er ikke identificeret nyere studier udgivet efter Cochrane reviewet.

- Analpropper kan være svære at tolerere, men hvis de tolereres, kan nogle brugere opnå kontinens imens proppen anvendes (pseudokontinens). Det vurderes at kun en mindre gruppe af borgere med afføringsinkontinens vil kunne have gavn af analpropper (22) (v)

Fibertilskud

To RCT studier har sammenlignet fibertilskud med psyllium frøskaller (Husk/Sylliflor) mod placebo og finder at gruppen der fik psyllium frøskaller opnåede signifikant reduktion i antallet af inkontinensepisoder i forhold til placebogruppen (25,26)(↑).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Et RCT studie sammenlignede psyllium frøskaller mod stoppende medicin (loperamid) og fandt at psyllium og loperamid havde samme effekt i forhold til reduktion i antallet af inkontinensepisoder (52). Da der er tendens til øgede bivirkninger ved loperamid, anbefales psyllium frøskaller som førstevalg til at afhjælpe analinkontinens (4) (↑).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Litteratur

Referencer

1. Sultan AH, Monga A, Lee J, Emmanuel A, Norton C, Santoro G, m.fl. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(1):10–34.
2. Norton C. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;7:CD002111.
3. Bols EMJ, Berghmans BCM, Hendriks EJM, Baeten CGMI, de Bie RA. Physiotherapy and surgery in fecal incontinence: an overview. *Phys Ther Rev*. april 2008;13(2):71–90.
4. National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2015 [henvist 8. februar 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/1642B313BC8B4BF18F8765E3875ED1CD.ashx>
5. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, m.fl. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J*. 1. februar 2017;28(2):191–213.
6. Faecal incontinence in adults: management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [henvist 22. september 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49>
7. Bols EMJ, Grott J, Van Heeswijk-Frasse I, H. J. M. Hendriks, Berghmans L. KNGF evidence statement anal incontinence. Royal Dutch Society for Physical Therapy, Amersfoort. 2013.
8. Berghmans LCM, Groot J a. M, van Heeswijk-Faase IC, Bols EMJ. Dutch evidence statement for pelvic physical therapy in patients with anal incontinence. *Int Urogynecology J*. april 2015;26(4):487–96.
9. anbefalinger for best practice, indhentet fra lokalområderne ved kommenteringsmøde i Københavns Kommune d. 03.12.18 og d. 14.12.18.
10. Ilnyckyj A, Fachnie E, Tougas G. A randomized-controlled trial comparing an educational intervention alone vs education and biofeedback in the management of faecal incontinence in women. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc*. februar 2005;17(1):58–63.
11. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology*. november 2003;125(5):1320–9.
12. Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. oktober 2009;52(10):1730–7.
13. Bols E, Berghmans B, de Bie R, Govaert B, van Wunnik B, Heymans M, m.fl. Rectal balloon training as add-on therapy to pelvic floor muscle training in adults with fecal incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 1. januar 2012;31(1):132–8.
14. Damon H, Siproudhis L, Faucheron J-L, Piche T, Abramowitz L, Eléouet M, m.fl. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver*. marts 2014;46(3):237–42.
15. Bernards ATM, Berghmans LCM, Van Heeswijk-Frasse IC, Westerik-verschuuren EHML, de Gee-de Ridder I, Groot JAM, m.fl. KNGF Guideline on stress urinary incontinence. Danish version. [Internet]. Royal Dutch Society for Physical Therapy; 2013 [henvist 14. november 2018]. Tilgængelig hos: https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/kliniske-retningslinjer/gyn-obs-urologi/kr_stress-urininkontinens_2013.pdf
16. Bernards ATM, Berghmans LCM, van Heeswijk-Faase IC, Westerik-verschuuren EHML, de Gee-de Ridder I, Grott JAM, m.fl. Review of the evidence. KNGF Guideline for physical therapy in patients with stress urinary incontinence. [Internet]. Royal Dutch Society for Physical Therapy; 2011 [henvist 14. november 2018]. Tilgængelig hos: http://www.kngfrichtlijnen.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/sui_review_of_the_evidence_2011.pdf
17. Johannessen HH, Wibe A, Stordahl A, Sandvik L, Mørkved S. Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. marts 2017;124(4):686–94.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

18. Moore K, Dumoulin C, Bradley C. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury AE, Wein A, editors. International consultation on urinary incontinence. 5th. edition. Plymouth, UK: Health publications Ltd.; 2013. pp.1101-95. 2013.
19. Hosker G, Cody JD, Norton CC. Electrical stimulation for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD001310.
20. Schwandner T, König IR, Heimerl T, Kierer W, Roblick M, Bouchard R, m.fl. Triple Target Treatment (3T) Is More Effective Than Biofeedback Alone for Anal Incontinence: The 3T-AI Study. *Dis Colon Rectum.* juli 2010;53(7):1007-16.
21. Cohen-Zubary N, Gingold-Belfer R, Lambort I, Wasserberg N, Krissi H, Levy S, m.fl. Home electrical stimulation for women with fecal incontinence: a preliminary randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis.* april 2015;30(4):521-8.
22. Deutekom M, Dobben AC. Plugs for containing faecal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev.* 20. juli 2015;(7):CD005086.
23. Frawley HC, McClurg D, Mahfooza A, Hay-Smith J, Dumoulin C. Health professionals' and patients' perspectives on pelvic floor muscle training adherence-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper IV of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):632-9.
24. Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence "modifiers": A review of primary qualitative studies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper III of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):622-31.
25. Bliss D, Jung H-J, Savik K, Lowry A, LeMoine M, Jensen L, m.fl. Supplementation With Dietary Fiber Improves Fecal Incontinence. *Nurs Res July/August 2001.* 2001;50(4):203-13.
26. Bliss DZ, Savik K, Jung H-JG, Whitebird R, Lowry A, Sheng X. Dietary Fiber Supplementation for Fecal Incontinence: A Randomized Clinical Trial. *Res Nurs Health.* oktober 2014;37(5):367-78.
27. HUSK® [Internet]. Husk. [henvist 3. december 2018]. Tilgængelig hos: <https://husk.dk/>
28. Danmark, Fødevarestyrelsen. De officielle kostråd. Glostrup: Fødevarestyrelsen : [Eksp. www.sundhedsoplysning.dk]; 2013.
29. Klarlund Pedersen B, Andersen LB, Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: håndbog om forebyggelse og behandling. Kbh.; 2011.
30. National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2016. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/8064FA387FA447CBAE2B945FA280C9E2.ashx>
31. Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR, Seide BM, McKeon K, Schleck CD, m.fl. Prevalence and Burden of Fecal Incontinence: A Population-Based Study in Women. *Gastroenterology.* juli 2005;129(1):42-9.
32. Brown HW, Wexner SD, Segall MM, Brezoczky KL, Lukacz ES. Quality of life impact in women with accidental bowel leakage. *Int J Clin Pract.* november 2012;66(11):1109-16.
33. Brown HW, Wexner SD, Lukacz ES. Factors associated with care seeking among women with accidental bowel leakage. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* april 2013;19(2):66-71.
34. Tucker J, Clifton V, Wilson A. Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1. august 2014;54(4):377-81.
35. Olsson F, Berterö C. Living with faecal incontinence: trying to control the daily life that is out of control. *J Clin Nurs.* 1. januar 2015;24(1-2):141-50.
36. Rasmussen JL, Ringsberg KC. Being involved in an everlasting fight – a life with postnatal faecal incontinence. A qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 1. marts 2010;24(1):108-15.
37. Bartlett L, Nowak M, Ho Y-H. Impact of fecal incontinence on quality of life. *World J Gastroenterol WJG.* 14. juli 2009;15(26):3276-82.
38. Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, m.fl. Fecal Incontinence in U.S. Adults: Epidemiology and Risk Factors. *Gastroenterology.* august 2009;137(2):512-517.e2.
39. Ng K-S, Sivakumaran Y, Nassar N, Gladman MA. Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors--A Systematic Review. *Dis Colon Rectum.* december 2015;58(12):1194-209.
40. Saga S, Vinsnes AG, Mørkved S, Norton C, Seim A. Prevalence and correlates of fecal incontinence among nursing home residents: a population-based cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2013;13:87.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

41. Data fra Clickview. Københavns Kommune; 2018.
42. Whitehead WE, Palsson OS, Simren M. Treating Fecal Incontinence: An Unmet Need in Primary Care Medicine. *N C Med J.* juni 2016;77(3):211–5.
43. Kunduru L, Kim SM, Heymen S, Whitehead WE. Factors That Affect Consultation and Screening for Fecal Incontinence. *Clin Gastroenterol Hepatol.* april 2015;13(4):709–16.
44. Dunivan GC, Heymen S, Palsson OS, von Korff M, Turner MJ, Melville JL, m.fl. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *Am J Obstet Gynecol.* maj 2010;202(5):493.e1-6.
45. Sjødahl J, Walter SA, Johansson E, Ingemansson A, Ryn A-K, Hallböök O. Combination therapy with biofeedback, loperamide, and stool-bulking agents is effective for the treatment of fecal incontinence in women - a randomized controlled trial. *Scand J Gastroenterol.* august 2015;50(8):965–74.
46. Bartlett L, Sloots K, Nowak M, Ho Y-H. Supplementary home biofeedback improves quality of life in younger patients with fecal incontinence. *J Clin Gastroenterol.* juni 2015;49(5):419–28.
47. Young CJ, Zahid A, Koh CE, Young JM, Byrne CM, Solomon MJ, m.fl. A Randomised Control Trial of Four Different Regimes of Biofeedback Program in the Treatment of Faecal Incontinence. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* 20. oktober 2017;
48. Lin K-Y, Granger CL, Denehy L, Frawley HC. Pelvic floor muscle training for bowel dysfunction following colorectal cancer surgery: A systematic review. *Neurourol Urodyn.* november 2015;34(8):703–12.
49. Lin Y-H, Yang H-Y, Hung S-L, Chen H-P, Liu K-W, Chen T-B, m.fl. Effects of pelvic floor muscle exercise on faecal incontinence in rectal cancer patients after stoma closure. *Eur J Cancer Care (Engl).* maj 2016;25(3):449–57.
50. Hung S-L, Lin Y-H, Yang H-Y, Kao C-C, Tung H-Y, Wei L-H. Pelvic floor muscle exercise for fecal incontinence quality of life after coloanal anastomosis. *J Clin Nurs.* september 2016;25(17–18):2658–68.
51. Christine Norton Ph. D. RN, R.n AG, Michael A. Kamm M. D. FRCP. Randomized, Controlled Trial of Anal Electrical Stimulation for Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1. februar 2006;49(2):190–6.
52. Markland AD, Burgio KL, Whitehead WE, Richter HE, Wilcox CM, Redden DT, m.fl. Loperamide Versus Psyllium Fiber for Treatment of Fecal Incontinence: The Fecal Incontinence Prescription (Rx) Management (FIRM) Randomized Clinical Trial. *Dis Colon Rectum.* oktober 2015;58(10):983–93.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Nyttige links

Links fra Københavns kommune

- Vejledning i terapeutfaglig dokumentation: [Minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation | Intra \(kk.dk\)](#)
- Vejledning i effektmåling på genoptræningsområdet: [Effektmåling på genoptræningsområdet | Intra \(kk.dk\)](#)

Andre links

- National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne
[Link til national klinisk retningslinje](#)
- Danske Fysioterapeuters Pixi udgave af National Klinisk Retningslinje for analinkontinens hos voksne
[Danske Fysioterapeuters Pixi udgave af National Klinisk Retningslinje Pixibog analinkontinens](#)
- Videoer med træningsinstruktioner på Københavns Kommunes hjemmeside
[Link til videoer med træningsinstruktioner på Københavns Kommunes hjemmeside](#)
- Gynzone, hjemmeside og apps med information til målpopulationen om analinkontinens og bækkenbundstræningsprogrammer
[Link til Kvindekrop.dk](#) (gratis videoer)
[Link gynzone.dk](#) (betaling)

Dokumenter fra VIP:

- Analinkontinens – Fysioterapeutisk undersøgelse og behandling, Amager og Hvidovre Hospital (2018-20)
[Link vip Analinkontinens – Fysioterapeutisk undersøgelse og behandling, Amager og Hvidovre Hospital \(2018-20\)](#)
- Incontinentia alvi, Amager og Hvidovre Hospital (2016-1017)
[Link vip Incontinentia alvi, Amager og Hvidovre Hospital \(2016-1017\)](#)
- Anal inkontinens efter fødselsrelaterede skader, henvisning, udredning og behandling af kvinder
[Link vip Anal inkontinens efter fødselsrelaterede skader, henvisning, udredning og behandling af kvinder](#)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 1: Søgematrix

Litteratursøgning:

Der er foretaget søgning i følgende databaser

- Pubmed (I perioden 1966 - 22.10.18)
- CINAHL (I perioden 1978- 22.10.18)

Afgrænsning:

Søgningen afgrænses til meta-analyser, systematiske reviews og randomiserede kliniske forsøg. Fuldttekst artikler på engelsk og dansk inkluderes.

Søgestrategi:

Pubmed Søgestreng – 23.10.18 – Afføringsinkontinens

(((((("exercise"[MeSH]) OR exercise[TIAB]) OR "occupational therapy"[MeSH]) OR "occupational therapy"[TIAB]) OR "physical therapy modalities"[MeSH]) OR "physical therapy"[TIAB]) OR physiotherapy[TIAB]) OR "telerehabilitation"[MeSH]) OR telerehabilitation[TIAB]) OR immobilization[MeSH]) OR immobilization[TIAB]) OR "rehabilitation"[MeSH]) OR rehabilitation[TIAB]) OR patient education as topic [MeSH]) OR "Patient Education"[TIAB]) OR "Pain Management"[Mesh]) OR "Pain Management"[TIAB]) OR pelvic floor muscle exercise*[TIAB]) OR "pelvic floor muscle training"[TIAB]) OR PFMT [TIAB]) OR Sphincter ani exercise*[TIAB]) OR anal sphincter exercise*[TIAB]) OR sphincter exercise*[TIAB]) OR kegel exercise*[TIAB]) OR Biofeedback[TIAB]) OR "feedback system"[TIAB]) OR "electrical stimulation"[TIAB]) OR "conservative treatment"[MeSH]) OR "conservative treatment"[TIAB]) OR anal plug* [TIAB]) OR "incontinence aids" [TIAB]) OR Psyllium[TIAB]) OR Fibre supplement*[TIAB]) OR Fiber supplement*[TIAB]) AND (((((((("Fecal Incontinence"[Mesh]) OR "Fecal incontinence"[TIAB]) OR "Faecal incontinence"[TIAB]) OR "anal incontinence"[TIAB]) OR "incontinentia alvi"[TIAB]) OR "faeces incontinence"[TIAB]) OR "feces incontinence"[TIAB]) OR "stool incontinence"[TIAB]) OR "rectal incontinence"[TIAB]) OR "Bowel Incontinence"[TIAB])

Limits: Systematic review, randomized controlled trials.

CINAHL søgestreng – 23.10.18 - Afføringsinkontinens

""(""(((((((MM "Exercise+") OR (TI exercise) OR (AB exercise)) OR (((MM "Health Occupations+") OR (TI physiotherapy) OR (AB physiotherapy) OR (TI physical therapy) OR (AB physical therapy) OR (TI occupational therapy) OR (AB occupational therapy)) OR (((MM "Immobilization") OR (TI immobilization) OR (AB immobilization)) OR (((MM "Telerehabilitation") OR (TI telerehabilitation) OR (AB telerehabilitation)) OR (((MM "Rehabilitation") OR (TI rehabilitation) OR (AB rehabilitation)))) OR (MH "Pain Management") OR TI "Pain Management" OR AB "Pain Management" OR (MH "Patient Education+") OR TI "Patient Education" OR AB "Patient Education") OR ("(MH "Kegel Exercises") OR (TI "Kegel Exercises") OR (AB "Kegel Exercises") OR (TI "pelvic floor muscle exercise") OR (AB "pelvic floor muscle exercise") OR (TI "pelvic floor muscle training") OR (AB "pelvic floor muscle training") OR (TI PFMT) OR (AB PFMT) OR (AB sphincter exercise) OR (TI sphincter exercise)) OR ("(MH "Biofeedback") OR (TI "Biofeedback") OR (AB "Biofeedback") OR (TI "feedback system") OR (AB "feedback system") OR (TI electrical stimulation") OR (AB electrical stimulation") OR (TI "conservative treatment") OR (AB "conservative treatment") OR (MH "Incontinence Aids+") OR (TI "Incontinence Aids") OR (TI "Incontinence Aids")) OR ("(TI anal plug) OR (AB anal plug) OR (TI Psyllium) OR (AB Psyllium) OR (TI "Fiber supplement") OR (AB "Fiber supplement") OR (TI "Fibre supplement") OR (AB "Fibre supplement")) AND ("(MH "Fecal Incontinence") OR (TI "Fecal incontinence") OR (AB "Fecal incontinence") OR (TI "Faecal incontinence") OR (AB "Faecal incontinence") OR (TI "anal incontinence") OR (AB "anal incontinence") OR (TI "incontinentia alvi") OR (AB "incontinentia alvi") OR (TI "faeces incontinence") OR (AB "faeces incontinence") OR (TI "feces incontinence") OR (AB "feces incontinence") OR (TI "stool incontinence") OR (AB "stool incontinence") OR (TI "rectal incontinence") OR (AB "rectal incontinence") OR (AB "Bowel Incontinence") OR (TI "Bowel Incontinence"))

Limits: Systematic review, randomized controlled trials.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Søgematrix:

Afføringsinkontinens

| <i>Population – kombineret med OR</i> | <i>Intervention – kombineret med OR</i> | <i>Comparison</i> | <i>Outcome</i> |
|--|---|-------------------|----------------|
| "Fecal Incontinence" "Fecal incontinence" "Faecal incontinence" "Anal incontinence" "Incontinentia alvi" "Faeces incontinence" "Feces incontinence" "Stool incontinence" "Rectal incontinence" "Bowel Incontinence" | Exercise "Occupational therapy" "Physical therapy modalities" "Physical therapy" Physiotherapy Telerehabilitation Immobilization Rehabilitation Patient education as topic "Patient Education" "Pain Management" Pelvic floor muscle exercise* "pelvic floor muscle training" PFMT Sphincter ani exercise* Anal sphincter exercise* Sphincter exercise* Kegel exercise* Biofeedback "Feedback system" "Electrical stimulation" "Conservative treatment" Anal plug* "Incontinence aids" Psyllium Fibre supplement* Fiber supplement* | | Alle |
| Limits: Meta-analyse, Systematic reviews, RCT | Language: Engelsk, dansk | | |

In- og eksklusionskriterier for anvendt litteratur:

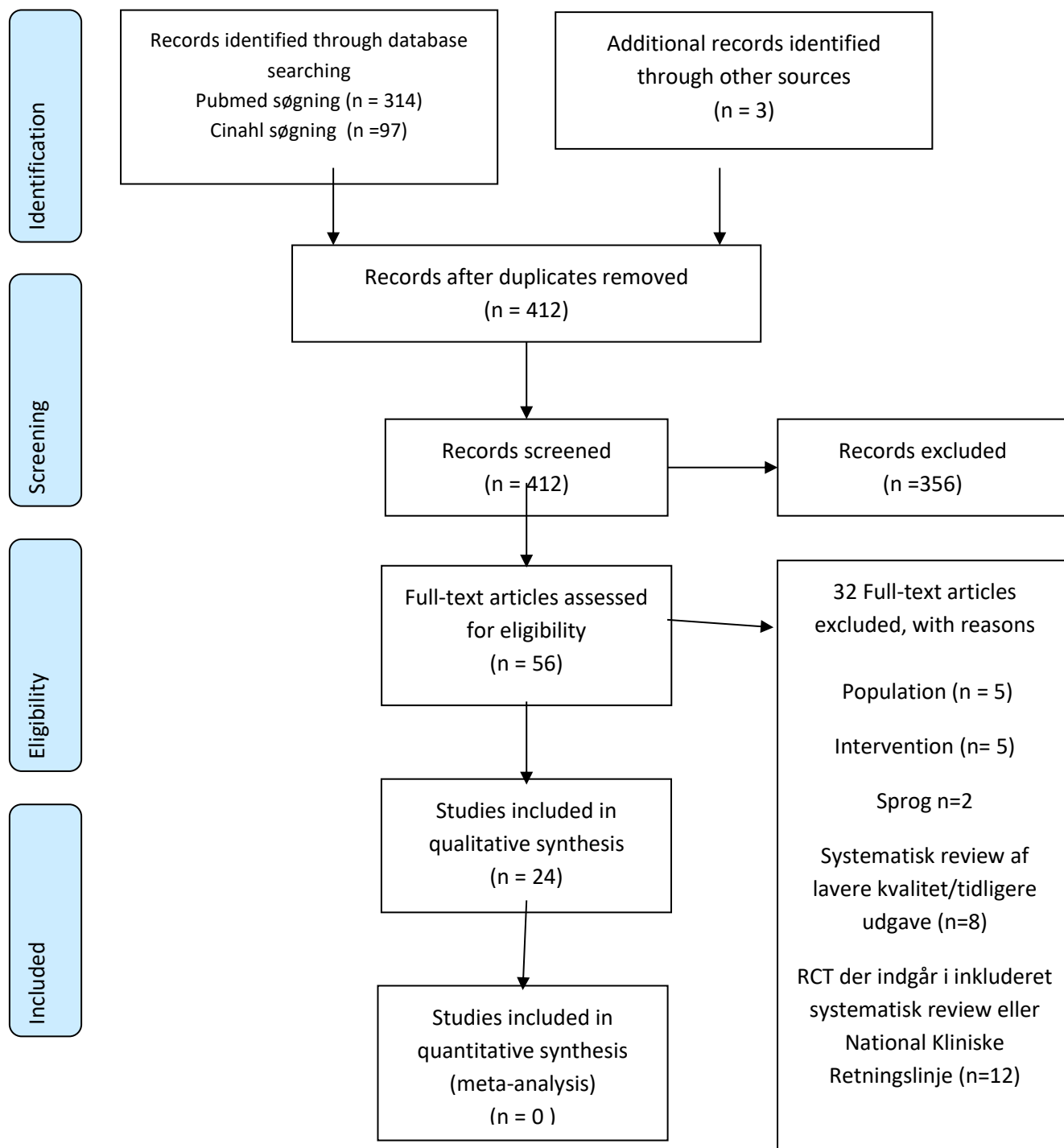
Inklusionskriterier

- Studier der inkluderer voksne over 18 år med afføringsinkontinens

Eksklusionskriterier

- Studier der udelukkende omhandler behandling af afføringsinkontinens til specifikt afgrænsede populationer, hvor det formodes, at inkontinensen primært kan være relateret til neurologiske årsager (fx Multipel Sclerose, Mb Parkinson, apopleksi, rygmarvsskade)
- Studier der omhandler forebyggelse af afføringsinkontinens.
- Studier der omhandler forebyggelse eller behandling af afføringsinkontinens under graviditet.

Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

www.prisma-statement.org.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:

Kvantitative studier

Randomiserede kontrollerede studier:

- Higgins JPT, Green S (editors) Cochrane handbook for Systematic. Reviews of Interventions. [Link Cochrane handbook](#)
- Observationelle studier - Sign50: [Link Sign50](#)
- Diagnostiske studier- QUADAS 2: [Link QUADAS 2](#)

Se også:

- Whiting PF et al QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Ann Intern Med.* 2011 Oct 18;155(8):529-36.

Kvalitative studier

- CASP: [Link CASP](#)

Se også:

- LANCET – Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines; Malterud K, 2001, 358 (11) 483-88
- JAMA – Users’ Guides to the Medical Literature, XXIII Qualitative Research in Health Care, A. Are the results of the study valid?; Giacomini MK and Cook DJ, 2000, 284 (3) 357-362

Systematiske reviews

- Systematiske Reviews: [Link Amstar systematiske reviews checkliste](#)

Se også:

- Shea BJ et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol.* 2009; 62 (10) 1013-20

Kliniske retningslinjer

- Guidelines - AGREE II: [Link AGREE II guidelines](#)

Se også:

- Brouwers et al. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines

Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--------------------------------------|---|--|
| | Random sequence generation (selection bias) | Allocation concealment (selection bias) | Blinding of participants and personnel (performance bias) | Blinding of outcome data (detection bias) | Incomplete outcome data (attrition bias) | Selective reporting (reporting bias) | Other sources of bias: Balance in baseline characteristics? | Other sources of bias: Free from performance bias? |
|--|---|---|---|---|--|--------------------------------------|---|--|

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
 E-mail: SE86@kk.dk
 Telefon: 23469666
 Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
 Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
 Opdateret: 01-10-2023
 Gældende til: 01-10-2026
 Version: 1.0
 E-doc: 2023-0383266

| | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Young 2018 | ? | ? | - | + | + | - | - | + |
| Johannessen 2016 | + | + | - | - | - | ? | + | + |
| Lin 2016 + Hung 2016* | + | - | ? | ? | + | + | + | + |
| Cohen-Zubara 2015 | + | ? | ? | ? | ? | + | - | ..** |
| Bartlett 2015 | + | + | - | ? | + | + | ? | + |
| Sjødahl 2014 | + | ? | - | ? | + | - | + | + |
| Bliss 2014 | + | + | + | + | + | ? | ? | + |
| Damon 2013 | + | + | - | + | - | ? | + | + |
| Bols 2012 | + | + | - | + | + | + | + | + |
| Schwandner 2010 | + | + | - | + | - | + | + | ..*** |
| Heymen 2009 | + | - | - | - | - | + | + | - |
| Norton 2006 | + | + | + | - | + | + | ? | + |
| Ilnyckyj 2005 | ? | ? | ? | ? | - | ? | ? | + |
| Norton 2003 | + | + | - | + | + | + | + | + |

* To publikationer på samme studie.

** Cohen-Zubara studiet er sandsynligvis under powered.

*** Frafald på i alt 39%, men kun 24 % gennemfører biofeedbackbehandlingen.

**** Risiko for selektions bias. Deltagere randomiseres foud for run-in periode med konservativ behandling. Kun deltagere uden adækvat forbedring går videre til træningsfasen. Ublindet interviewer udspørger om adækvat forbedring.

Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR):

| | Deutecom 2017 | Lin 2015 | Norton 2012 | Hosker 2007 |
|--|---------------|----------|-------------|-------------|
| 1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO? | | | | |
| 2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the | | | | |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| review and did the report justify any significant deviations from the protocol? | | | | |
| 3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review? | | | | |
| 4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy? | | | | |
| 5. Did the review authors perform study selection in duplicate? | | | | |
| 6. Did the review authors perform data extraction in duplicate? | | | | |
| 7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions? | | | | |
| 8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail? | | | | |
| 9. (RCT) Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? | | | | |
| 10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review? | | | | |
| 11. (RCT) If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted |
| 12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis? | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted |
| 13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review? | | | | |
| 14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review? | | | | |
| 15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review? | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review? | ■ | ■ | ■ | ■ |
|---|---|---|---|---|

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer/guidelines (AGREE II):

| | | Sundhedsstyrelsen (2015) | Dutch evidence statement (KNGF) 2014 | Nice clinical guideline 2007* |
|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Scope and Purpose | The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described | + | + | + |
| | The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically describe | + | - | + |
| | The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described | + | + | + |
| 2. Stakeholder Involvement | The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups. | + | - | + |
| | The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought. | + | - | + |
| | The target users of the guideline are clearly defined. | + | + | + |
| 3. Rigour of Development | Systematic methods were used to search for evidence. | + | + | + |
| | The criteria for selecting the evidence are clearly described | + | - | + |
| | The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described | + | - | + |
| | The methods for formulating the recommendations are clearly described | + | - | + |
| | The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations | + | - | + |
| | There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence. | + | + | - |
| | The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication. | + | - | + |
| | A procedure for updating the guideline is provided. | + | - | + |
| 4. Clarity of Presentation | The recommendations are specific and unambiguous. | + | - | + |
| | The different options for management of the condition or health issue are clearly presented | + | + | + |
| | Key recommendations are easily identifiable | + | - | + |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 23469666
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | | | | |
|----------------------------------|--|---|---|---|
| 5. Applicability | The guideline describes facilitators and barriers to its application. | - | - | - |
| | The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice | - | + | - |
| | The potential resource implications of applying the recommendations have been considered. | - | - | - |
| | The guideline presents monitoring and/ or auditing criteria. | + | - | - |
| 6. Editorial Independence | The views of the funding body have not influenced the content of the guideline. | + | - | + |
| | Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed. | + | + | + |

* Juni 2018 er litteratursøgninger opdateret og ny litteratur gennemgået. Da den nytilkomne evidens vurderes ikke at ville ændre på anbefalingerne, opdateres guidelinen ikke.