

Två barn i varje skolklass med 7-åringar lider av enures

Skolhälsovården har en nyckelroll: enkät visar att förbättringar behövs

ANNIKA LINDGREN, skolläkare, Utbildningsförvaltningen, Malmö
annika.lindgren@malmo.se
GUNILLA GLAD MATSSON, med dr, uroterapeut
SVEN MATSSON, docent, överläkare; de båda sistnämnda Barn- och ungdomssjukhuset,

Universitetssjukhuset, Linköping
TRYGGVE NEVÉUS, docent, överläkare, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, Uppsala Akademiska barnsjukhus; samtliga ledamöter, Svenska Enuresakademien (SEA)

Sängvätning, enures, är ett vanligt hälsoproblem hos barn. Prevalensen är ca 10 procent av 7-åringar [1]. Tre av fyra barn som kissar i sängen är pojkar, och ärftligheten är tydlig [2]. Enures orsakas av kombinationen ökad nattlig urinproduktion [3] och/eller nattligt överaktiv detrusor [4] samt oförmåga att vakna trots full eller överaktiv blåsa [5]. Orsakerna är nästan aldrig psykiska, men obehandlat kan tillståndet få negativa psykologiska konsekvenser [6]. Hos barn och ungdomar med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, däribland ADHD, är inkontinens/enures något vanligare [2]. Årligen blir ca 15 procent av barnen spontant torra [7], men 0,5–1 procent har kvar besvären upp i vuxen ålder [8].

De samhällsekonomiska konsekvenserna av obehandlad urininkontinens är betydande [9], inkluderat den inverkan enures har på barnets självförtroende [6]. Alla verksamheter inom barnhälsovård och barnsjukvård bör därför erbjuda effektiv behandling från ca 6 års ålder.

Den medicinska utredningen av barn som kissar i sängen är enkel. Ett fåtal frågor avslöjar de få barn som behöver genomgå provtagning eller mer avancerade undersökningar. Förslag på frågor till barn och familj vid första besöket ges i Tabell I. Vid enures utan samtidiga dagsymtom eller allmänsymtom förväntas inga avvikelser i status eller urinprov. Tecken på komplicerande faktorer ska utredas vidare.

Behandlingen indelas i generella livsstilsråd (från 4 år) och aktiv behandling (från 6 år). Allmänna råd bör fokusera på regelbundna toalettbesök dagtid och jämn fördelning av dryck under dagen utan extra vätskeintag på kvällen. Det finns två både riskfria och dokumenterat effektiva aktiva behandlingar av enures: alarm och läkemedel (desmopressin).

Alarmer består av larmklocka med sändare. Sändaren placeras antingen under barnet i sängen (larmmatta) eller i troska/kalsong, och när miktionen startar utlöses en kraftig ljudsignal. Förutsatt att familjen hjälper barnet att vakna och att behandlingen genomförs konsekvent varje natt under minst 1–2 månader botas majoriteten [10].

Desmopressin minskar urinproduktionen under natten, och cirka en tredjedel blir pålitligt torra varje natt, ytterligare en tredjedel får en tydlig, om än inte hundraprocentig effekt, medan en tredjedel inte har någon nytta av behandlingen [11]. Valet mellan alarm och desmopressin bör vara upp till familjen, inte minst barnet självt. Det är viktigt att informera om att om en metod faller kan man prova den andra.

Den 1 juli 2003 överfördes hälsovårdsansvaret för förskoleklassbarn från barnhälsovården (BVC) till skolhälsovården. I det sista BVC-besöket vid 5,5–6 års ålder ingår frågor om blås-

»De samhällsekonomiska konsekvenserna av obehandlad urininkontinens är betydande ... inkluderat den inverkan enures har på barnets självförtroende ...«

och tarmvanor samt rådgivning. I vissa fall inleds enuresbehandling via BVC-läkaren.

År 2003 publicerade Svenska Enuresakademien, <<http://www.svenskaenures.se>>, i Läkartidningen en enkätstudie kring handläggning av barn med sängvätning på 47 av landets barnkliniker och sjukhusanknutna barnmottagningar [12]. Det framkom att mindre än 10 procent av barnen behandlades där, medan ca 90 procent sköttes i primärvården och av andra vårdgivare. Studien rekommenderade kartläggning också av primärvårdens och skolhälsovårdens insatser, vilket nu genomförts vad gäller skolhälsovårdens handläggning av enures.

METOD

Samtliga 31 länsombud i Riksföreningen för skolsköterskor kontaktades; dessa valde ut en grundskola i varje kommun respektive stadsdel i storstäderna. Skolsköterskan, alternativt skolläkaren, besvarade en enkät med 20 frågor gällande skolhälsovårdens uppfattning om BVC:s handläggning av enures, informationsöverföringen mellan barnhälsovården och skolhälsovården, skolhälsovårdens kunskaper om och hantering av enures samt vilka frågor som ställdes till familjerna via hälsoformulär och vid hälsobesök. Vidare ingick frågor om erbjuden rådgivning och behandling samt till vilken instans eventuell remiss skickades.

Skolhälsovårdens uppfattning om primärvårdens handläggning belystes, huruvida familjerna upplevde ett »vänta och se«-besked och om barnen »tappades bort« så att skolhälsovården fick stöta på. Slutligen ställdes frågan om kostnaden för desmopressin tycktes påverka familjens val av behandling.

RESULTAT

Av 297 utskickade enkäter besvarades 182 (157 av skolsköterskor, 8 av skolläkare och 17 av båda tillsammans). Av skolläkarna var 58 procent specialister i allmänmedicin, resterande i huvudsak barnläkare. Skolsköterskornas kompetens var i 48

SAMMANFATTAT

Enures är det näst vanligaste hälsoproblemet hos barn: ca 2 barn i varje klass vid 7 års ålder.

Obehandlad enures ger negativa psykologiska konsekvenser.

Det är i regel skolsköterskan som handlägger enures, sällan skolläkaren.

Vanligaste åtgärden oavsett barnets ålder är rådgivning. Aktiv behandling sker undantagsvis i skolhälsovården, då företrädesvis med desmopressin.

Lämplig ålder att starta behandling är 5,5 år anser 1 av 3 inom skolhälsovården. Svenska Enuresakademien rekommenderar 6 år.

Barn med enures »tappas« ofta bort eller saknar uppföljning.

Okomplicerad enures bör kunna tas om hand inom primärvården med stöd av skolhälsovården.

TABELL 1. Frågor att ställa till det sängvätande barnet och dess familj.

Fråga	Relevans
Är längd- och viktutvecklingen normal?	Njursvikt eller diabetes ger vikt förlust eller viktavflackning
Finns allmänsymtom som trötthet eller illamående?	För att hitta det fåtal barn som kissar på sig på grund av bakomliggande diabetes eller njursjukdom
Hur ofta inträffar nattvätan?	Barn som kissar i sängen varje natt har mindre chans att spontant bli torra under den närmaste framtiden
Har barnet tidigare varit torrt på natten?	Vid sekundär enures (enures efter att barnet tidigare varit pålitligt torrt på natten) är det vanligare med somatisk eller psykiatrisk komorbiditet
Förekommer inkontinens eller tydlig urgency dagtid?	Vid samtidiga dagsymtom bör dessa behandlas före enuresen. Familjen ska förses med kisslistor
Har barnet dålig urinstråle eller behöver det krysta för att kissa?	Kan vara tecken på neurogen blåsrubning eller missbildning. Barnläkare eller barnurolog ska kopplas in
Är barnet överdrivet törstig? Behöver det regelmässigt dricka på natten?	Vid behov att dricka på natten bör renalt eller endokrinologiskt orsakad polyuri uteslutas. Vid vanemässigt överdrivet drickande kan behandling med desmopressin inte ges
Finns tecken på förstoppning (glesa tarmtömningar, hård avföring eller avföringsinkontinens)?	Vid förstoppning bör denna behandlas först, dvs innan enuresbehandling startas
Är barnet självt besvärat av sin nattväta?	Ett barn som inte är bekymrat över nattvätan kan vara dåligt motiverat att genomföra arbetsintensiv behandling som enureslarm eller uroterapi. Ett barn som inte är tillräckligt motiverat kanske ska vänta med aktiv behandling över huvud taget

procent allmän hälso- och sjukvård (distriktssköterska), övriga huvudsakligen barnsjuksköterskor.

Svarsfrekvensen på 61 procent är inte optimal, men bedöms inte ha någon avgörande påverkan på resultatet.

Enligt skolhälsovården var de vanligaste insatserna från BVC vid enures rådgivning (33 procent), urinprov (50 procent), förskrivning av lakansskydd (61 procent), alarm (25 procent) och desmopressin (42 procent). BVC-läkaren skötte själv behandlingen i 10 procent av fallen, och ytterligare 10 procent remitterades till barnläkare. Skolsköterskan träffade nästan alla barn i förskoleklass. Skolläkare träffade samtliga barn i 28 procent av skolorna. Urin- och avföringsproblem togs upp i skolhälsovårdens hälsoenkät men ofta ospecifikt. Frågorna ställdes även muntligt i 35 procent av skolorna vid hälsobesöket.

Skolhälsovårdens insats i förskoleklass var rådgivning (81 procent), utlämning av informationsmaterial (63 procent) och »kiss-schema« (42 procent). Skoltoalettsituationen undersöktes i 42 procent av fallen. Skolläkarna kopplades sällan in för bedömning eller behandling. Skolsköterskan hänvisade oftast till barnläkare (70 procent) och/eller gav återbesök inom skolhälsovården (34 procent). Om skolläkaren behandlade enures, gjordes kroppsundersökning och kontroll av urinprov i hälften av fallen.

Oavsett barnets ålder utgjordes skolhälsovårdens insatser av rådgivning (82 procent), skriftligt informationsmaterial och hänvisning till webbplatser (tillsammans 65 procent). Drygt hälften (87/147) som svarade gällande aktiv behandling i skolhälsovården föredrog desmopressin, och 60 (40 procent) rekommenderade alarm, varav 5 tillhandahöll egna sådana. Övriga fall förmedlades till primärvården.

Vidare ansåg 39 procent att lämplig ålder att prova enureslarm var 5,5 år och 26 procent 6 år. Gällande desmopressin angav 21 procent att lämplig ålder för behandling var 5,5 år och 34 procent 6 år. Nästan hälften svarade att kostnaden för läkemedel påverkar familjens val av behandling.

Skolhälsovården ansåg inte att vårdcentralerna prioriterar bort enuresproblematik eller saknar kompetens, men hälften ansåg att dessa barn ofta »tappas bort« eller inte följs upp, varför skolhälsovården måste stöta på. Svarsfrekvensen gällande vårdcentralernas insats var dock ganska låg.

DISKUSSION

Enligt 1 kap 25 § i nya skollagen [13], tillämpad sedan 1 juli

2011, ska skolhälsovården (även benämnd »elevhälsans medicinska insatser«) främst arbeta förebyggande och hälsofrämjande. De sjukvårdande insatserna ska vara »enkla« (28 §) [13]. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården 2004 bör det första av de tre hälsobesöken under grundskoletiden ske i förskoleklassen. Fyra viktiga arbetsområden betonas [14]:

- ökat ansvar för elevernas psykiska och sociala ohälsa
- fokus på livsstilsrelaterade hälsorisker
- elevernas fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljö
- aktivt bistånd till elever i behov av särskilt stöd.

Enures berörs av samtliga ovanstående prioriteringsområden. Primärpreventivt förhindras störningar av miktions-/avförings- och dryckesvanor genom anpassning av skolans psykiska och fysiska arbetsmiljö, såsom bemötande, stressnivå och skoltoaletternas kvalitet samt att elevhälsan erbjuder regelbundna hälsosamtal. Toaletternas standard, städning och möjligheter till avskildhet är avgörande för elevernas toalettvanor dagtid [15]. Många besöker aldrig toaletten under skoltid, vilket påverkar både blås- och tarmfunktion och därmed även sängvätning negativt [16].

För att undvika toalettbesök dricker vissa elever minimalt under dagen, vilket kan leda till huvudvärk, förstoppning och ökat vätskeintag kvällstid, vilket bör undvikas vid enures.

Skolan måste visa lyhördhet och inge förtroende

Eftersom sängvätning upplevs som pinsamt, gäller det att upptäcka problemen genom lyhördhet och förtroende, ställa rätt frågor vid hälsobesök och ha ett gott samarbete med skolans övriga personal. Då hälsodeklarationerna vid skolstart ofta insamlas genom läraren och inte alltid i förseglat kuvert som anvisas, är det inte säkert att föräldrarna upper om läckageproblem föreligger. Frågorna bör därför upprepas med föräldrar och barn på plats hos skolsköterskan. Uppgifter om sängvätning i journalen hos äldre elever bör följas upp, även om flera år förflutit.

Tertiärpreventivt ställs krav på att minska konsekvenserna av problemet genom kontakt med drabbad elev, familj, involverad skolpersonal, ibland även skolledning och vid behov med behandlande sjukvårdsinstans. Skolhälsovårdens handledning av övrig skolpersonal allmänt om miktionsproblem eller specifikt kring en viss elev, efter medgivande från vårdnadshavare, är viktig. Detta kan ske genom att skapa förstäl-

»Det är sällan motiverat eller hälsoekonomiskt försvarbart att aktivt behandla enures före 6 års ålder...«

se för elever som behöver gå ifrån under lektionstid och ge tillräckligt med tid för förflyttning och toalettbesök mellan lektionerna samt ibland genom specialarrangemang kring skolresor och lägervistelser.

Tecken på mobbning bör uppmärksammas [1, 2].

Vaktmästare och lokalvårdare som sköter toaletterna bör informeras angående vikten av detta arbete.

Skolan är möjligheternas arena för förebyggande av ohälsa och tidig upptäckt av elever som riskerar ohälsa [17].

Skolsköterskan kan följa upp symtom och behandling

Skolhälsovården kan göra mycket genom rådgivning och informationsmaterial. Information på anslagstavlan eller folder i skolhälsovårdens väntrum gör det lättare att ta upp problemet vid konsultation av annan orsak.

Skolhälsovårdens tystnadsplikt är en fördel, liksom att elever har möjlighet att prata med skolsköterskan utan föräldrar. Det förekommer att barn i hemmet utsätts för stress eller till och med aga på grund av sin nattväta [18]. En annan fördel är att skolsköterskan ofta tidigare haft kontakt med familjen på grund av sängvätande syskon, är tillgänglig under hela skoltiden och kan följa upp symtom och behandling.

Besvikelse över resultatlösa behandlingsförsök kan få föräldrar och barn att avstå från att söka igen, trots kvarstående problem.

SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER

Skolhälsovårdens handläggning av enures ligger till stor del inom dess preventiva och hälsofrämjande uppdrag liksom att kunna hänvisa svårbehandlade barn till rätt vårdinstans. Informationsöverföringen mellan barnhälsovård och skolhälsovård gällande enuresproblematik verkar fungera. I cirka en tredjedel av svaren från skolhälsovården förordas lägre ålder för påbörjande av larm-/läkemedelsbehandling (39 procent respektive 21 procent) än vad som rekommenderas av Svenska Enuresakademien (och motsvarande globala expertsammanläggning International Children's Continence Society). Det är sällan motiverat eller hälsoekonomiskt försvarbart att aktivt behandla enures före 6 års ålder, eftersom de 10–15 procent av 4- och 5-åringarna som kissar i sängen knappast själva är störda av sin nattväta. Information finns bl a på Svenska Enuresakademins webbplats (<http://www.svenskaenures.se>).

Skolsköterskorna tar del av BVC-journal och skriftlig hälsoenkät från förskoletiden, men de bör också själva försäkra sig om att barnet inte har problem. Frågor om urininkontinens kan ställas på ett enkelt sätt liksom frågor om förstoppning och/eller avföringsinkontinens. Här visar enkätundersökningen att förbättringar är önskvärda. Att skolsköterskorna oftast hänvisar barn med enures till barnläkare är suboptimalt; okomplicerad nattväta borde kunna handläggas inom primärvården med stöd av skolsköterska och skolläkare.

Emellertid råder olika uppfattningar om vad som rymms inom begreppet »enklare sjukvårdande insatser«. I socialt belastade områden tvingas skolhälsovården ofta erbjuda mer ren sjukvård. Andra faktorer som styr är intresse/kompetens hos den enskilda skolsköterskan/skolläkaren och varierande dimensionering av deras tjänster mellan landets kommuner samt skiftande tillgång till barnkompetent sjukvård i närom-

rådet. Orimliga väntetider för utlåning av enuresalarm har medfört att skolhälsovården till och med själv införskaffat sådana, även om det får anses falla utanför uppdraget.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Söderström U, Hoelcke M, Alenius L, et al. Urinary and faecal incontinence: a population-based study. *Acta Paediatr.* 2004;93:386-9.
2. von Gontard A, Heron J, Joinson C. Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence: results from a large epidemiological study. *J Urol.* 2011;185(6):2303-6.
3. Rittig S, Knudsen UB, Nørgaard JP, et al. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *Am J Physiol.* 1989;256:F664-71.
4. Yeung CK, Chiu HN, Sit FK. Bladder dysfunction in children with refractory monosymptomatic primary nocturnal enuresis. *J Urol.* 1999;162(3 Pt 2):1049-55.
5. Wolfish NM, Pivik RT, Busby KA. Elevated sleep arousal thresholds in enuretic boys: clinical implications. *Acta Paediatr.* 1997;86:381-4.
6. Hägglöf B, Andréon O, Bergström E, et al. Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol.* 1997;31(Suppl 183):79-82.
7. Forsythe WI, Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate: study of 1129 enuretics. *Arch Dis Child.* 1974;49:259-63.
8. Hirasing RA, van Leerdam FJ, Bolk-Bennink L, et al. Enuresis nocturna in adults. *Scand J Urol Nephrol.* 1997;31(6):533-6.
9. Andersson G, Hagberg L. Behandling eller inkontinensskydd? En hälsoekonomisk analys av insatser vid urininkontinens. Örebro: Habiliteringen, Örebro läns land-
10. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children [review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD002911.
11. Glazener CM, Evans JH. Desmopressin for nocturnal enuresis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002(3):CD002112.
12. Mattsson S, Stenberg A, Hellström AL, et al. Så behandlar barnläkaren sängvätning. Enkät visar att landets sjukhuskliniker följer gällande rekommendationer. *Läkartidningen.* 2003;100(26-27):2300-2.
13. Svensk författningssamling. Skolagen. SFS 2010:800. 1 kap 25 och 28 §§. <http://www.riksdagen.se>
14. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10467/2004-130-2_20041302x.pdf
15. Lundblad B. Skall jag gå, eller är det bättre att jag väntar? [avhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2009.
16. Lundblad B, Berg M, Hellström AL. Experiences of children treating functional bladder disturbances on schooldays. *J Pediatr Urol.* 2007;3(3):189-93.
17. Lundin N, Belfrage E. Skolan kan skapa hälsa. *Läkartidningen.* 2012;109(16):821-3.
18. Butler RJ. Maternal attributions and tolerance for nocturnal enuresis. *Behav Res Ther.* 1987;24:307-12.

■ SUMMARY

Enuresis is the second most common health problem in school-age children. Approximately 10 per cent are affected by the age of 7. Untreated, the condition has negative psychological effects. In order to investigate how the Swedish school health care system manages enuresis a questionnaire was sent to 297 schools. It was found that the school nurses usually (>80 %) were the ones who took care of the enuretic child, and the usual action taken was the provision of advice to the child's family. When active treatment was given desmopressin was the first choice, and the enuresis alarm the second. The recommended age for start of active treatment is 6 years, according to the Swedish Enuresis Academy, but one third of the responders in this study suggested age 5.5. The enuretic child is often lost for follow-up in the health care system. It is recommended that uncomplicated enuresis should be handled in primary care with support of the school health services.