

Praktiserende lægers udfordringer og barrierer i håndteringen af børn og unge med enuresis - et kvalitativt studie



Henriette Møller Christensen, Ida Olsen, Geerthana Ratnasingam

Vejleder: Janus Laust Thomsen

F59

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDHOLDSFORTEGNELSE	2
INDLEDNING	3
METODE	3
Optakten	3
Interviewene	4
Efterbearbejdning	4
RESULTATER	6
Kontakt og opsporing	6
Normalisering og frygt for sygeliggørelse	6
Forventningsafstemning og det vanskelige væskevandledningsskema	7
Udredning og behandling	7
Videnssøgning	8
DISKUSSION	8
Kontakt og opsporing	8
Normalisering og frygt for sygeliggørelse	9
Forventningsafstemning og det vanskelige væskevandledningsskema	9
Udredning og behandling	9
Videnssøgning	10
REFLEKSION	10
KONKLUSION	11
REFERENCER	13

INDLEDNING

Ifølge et stort dansk multicenter studie fra 2019 af T C Warner et al lider knap 20 % af indskolingsbørn i Danmark af enuresis nocturna (1). Inkontinens har mange omkostninger, herunder psykisk for barnet (2–4), men også praktisk og økonomisk for familien. Ifølge Region Nordjyllands forløbsbeskrivelse om enuresis, kan sengevædning som regel håndteres i almen praksis.

Når børn fylder 5 år, bør de som udgangspunkt være tørre både dag og nat. De diagnostiske kriterier for enuresis er ufrivillig natlig vandladning hos børn over 5 år, i mindst 3 mdr., som ikke skyldes andre lidelser. Behandling bør iværksættes i 6-7-års alderen. Ætiologien og behandlingen er simpel; hos 60 % af børnene skyldes sengevædning polyuri, som kan behandles medicinsk med vasopressinanalogen Desmopressin, og hos de resterende 40 % skyldes sengevædning nedsat blærekapacitet, som behandles med ringeapparat (5).

Det er vores indtryk, at den kliniske hverdag ikke afspejler den høje incidens. Formålet med dette kvalitative studie er at undersøge, hvilke udfordringer og barrierer de praktiserende læger møder i håndteringen af børn og unge med enuresis nocturna.

METODE

Optakten

Gruppen består af 3 hoveduddannelseslæger i almen medicin (AP-læger) fra 3 forskellige klinikker i Region Nord. Problemstillingen belyses ved semistrukturerede interviews. Inden udformning af interviewguiden (bilag 1) blev relevante kapitler i Malteruds bog "Kvalitative metoder i medicinsk forskning - En inføring" (6) og Steinar Kvaales "Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk" (7) gennemlæst mhp. introduktion, råd og vejledning. Udkast til interviewguide blev sparret med vejleder og korrigeret derefter. Interviewudførelse blev gennemført i gruppen. Af hensyn til tidsbegrænsningen blev det besluttet, at studiet skulle bestå af 6 interviews af 30 min varighed - 2 interviews pr mand. De interviewede læger skulle enten være speciallæger i almen medicin eller AP-læger, der som minimum havde overstået sygehusdelen, dvs. i fase 2 eller 3 (tabel 1).

Tabel 1		
Informant/kollega	Erfaring i almen medicin	Titel
K1	8 år	Speciallæge i Almen Medicin
K2	2 år	Fase 2 læge
K3	22 år	Speciallæge i Almen Medicin
K4	3,5 år	Speciallæge i Almen Medicin
K5	7 år	Speciallæge i Almen Medicin
K6	16 år	Speciallæge i Almen Medicin

Efter de to første interviews (bilag 2-3) kom det frem, at der lå en mulig barriere hos informanterne i form af frygt for sygeliggørelse af børnene. Dette blev inkorporeret i interviewguiden, før de sidste fire interviews blev udført.

Eftersom både interviewere og informanter er almen praktiserende læger, er forståelsesrammen den bio-psyko-sociale model. Modellen muliggør en helhedsforståelse af sygdom og sundhed, hvor der tages højde for det biologiske, individuelle og sociale plan.

Interviewene

Interviewene (bilag 2-7) blev initieret med en kort briefing i forhold til studiets emne og formål. Der blev informeret om anonymitet samt at samtalen blev båndet mhp. senere transskription. Skriftligt samtykke fra informanterne blev indhentet.

Interviewet blev udført med interviewguide som skelet, så ønskede emner blev belyst, men var ikke fastlåst i sin form. Hensigten var, at informanterne skulle tale frit, så uventede svar kunne forfølges.

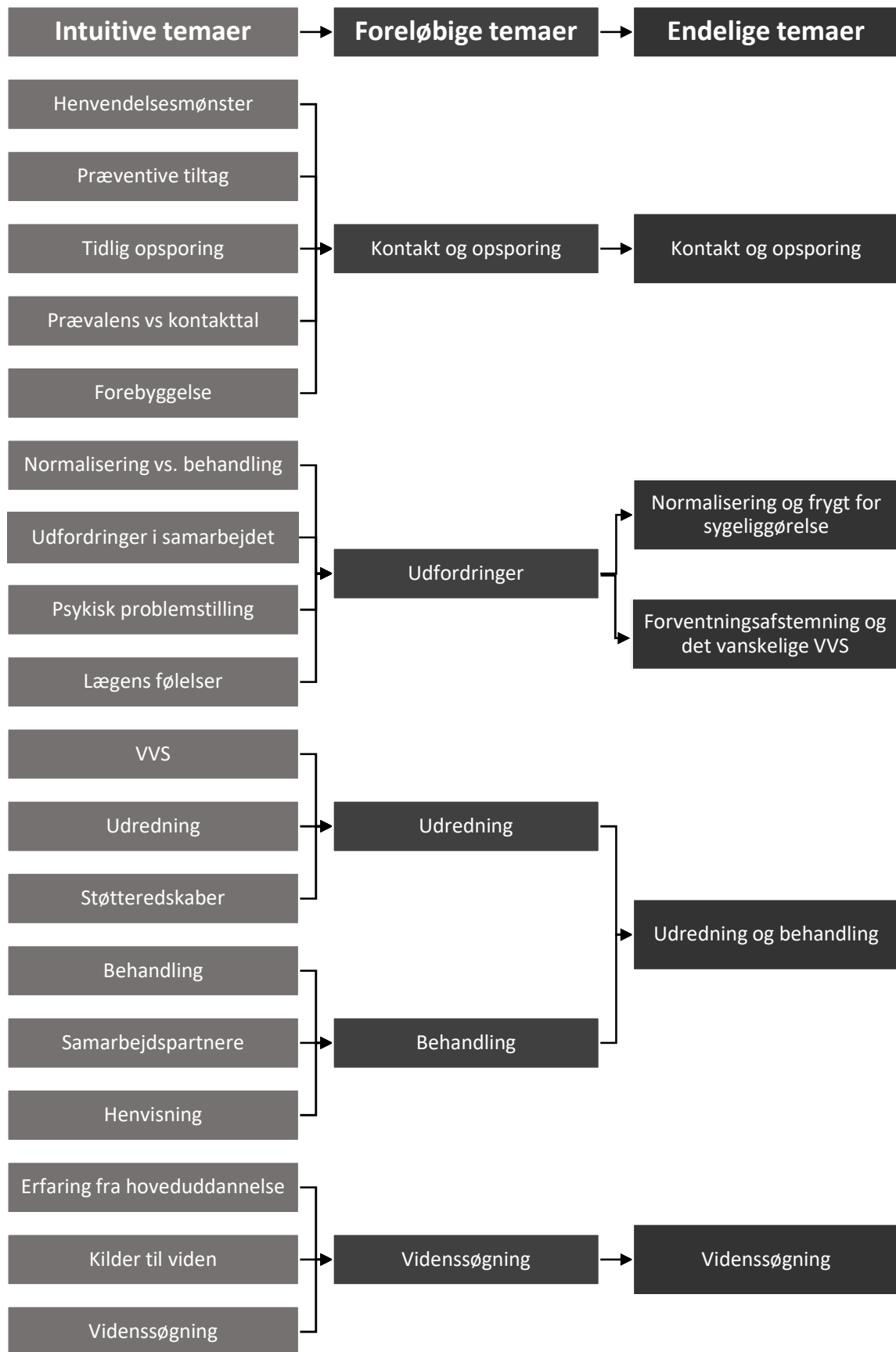
Debriefing fandt sted i slutningen af interviewet. Der blev spurgt til yderligere spørgsmål og oplistet hovedpunkter fra samtalen.

Efter hvert interview brugte interviewer 10 min på at reflektere over den emotionelle tone, den sociale kontekst samt informantens stemme, ansigtsudtryk og kropssprog, hvilket blev noteret.

Efterbearbejdning

Hvert interview blev transskriberet af den, der udførte interviewet. Alle 6 interviews samt refleksionsnotat blev gennemlæst af hver i gruppen, hvorefter man hver især identificerede intuitive temaer. Med udgangspunkt i disse temaer blev interviewene gennemgået igen for at finde meningsbærende enheder, der blev markeret med tilhørende reference til teksten. Resultaterne af gennemlæsningerne blev sammenholdt imellem gruppens medlemmer, og på baggrund af dette opstod der nye, endelige temaer med dertilhørende meningsbærende enheder (figur 1). Ud fra disse blev der foretaget analyse.

Problemformuleringen er løbende blevet tilpasset, da det under kodningsarbejdet blev tydeligt, at der lå potentiel ny viden i de udfordringer og barrierer, som informanterne beskrev, hvilket blev vurderet vigtigt at få frem.



Figur 1: Processen fra de intuitive temaer til de endelige temaer, som bliver belyst i projektet.

RESULTATER

Kontakt og opsporing

Blandt informanterne er der bred enighed om, at enuresis nocturna ikke er en problemstilling, der fylder meget i klinikken. Der rapporteres fra én kontakt om måneden (K2) til mindre end én hvert halve år (K3, K4). De fleste mener, at tallene er repræsentative for øvrige kollegaer i deres respektive klinikker, fraset K3 og K5, der tror, at deres kollegaer muligvis ser flere. En del af gruppen (K1, K2, K3, K5) giver direkte udtryk for "underrapportering", "mørketal" og "forsinkelse fra familiens side af". Årsager givet er tabu, uvidenhed (hvornår er tilstanden normal/ikke normal) og manglende bekymring, hvor inkontinensproblematikken skal være stor, før forældrene reagerer.

Alle informanter rapporterer, at det typisk er forældrene, der henvender sig med problemstillingen - hyppigst omkring børnenes skolestart. Den typiske årsag til, at emnet bliver bragt op, er kommende sociale arrangementer såsom hytteture/overnatninger.

Adspurgte, hvad man kan sætte i værk for at opspore problemet tidligere, nævner alle informanter øget opmærksomhed omkring emnet ved 4- og 5-års børneundersøgelserne. K2 spørger konsekvent ind til renlighed ved disse. Øvrige informanter spørger åbent ind til generelle problemer, men sjældent direkte til sengevædning. K5 er i tvivl om, hvorvidt det er en del af profylakseaftalen at spørge ind til renlighed.

Normalisering og frygt for sygeliggørelse

K2, K3, K5 og K6 beskriver en række forbehold og bekymringer ved at problematisere sengevædning under konsultationen. De nævner blandt andet, at det kan ødelægge barnets selvtillid, at barnet kan komme til at føle sig forkert og det kan være svært at vælge de rigtige ord i konsultationen. Nogle af informanterne beskriver ydermere, at der skal tages hensyn til forældrene, da de kan føle skyld og skam - som om det er dem, der har fejlet.

K2 forklarer det således, "... hvis det er et barn, der synes, at det (enuresis) er meget pinligt, og er ked af det, og måske føler, at man bliver drillet med det - så kan det godt være et ømt emne at komme ind på. Så vil jeg ikke være den, der siger, at det er forkert..."

I tråd med ovenstående fås et generelt indtryk af, at informanterne ønsker at normalisere enuresis mest muligt. K3 undlader fx helt at iværksætte udredning, hvis barnet i dennes øjne er kommet for "tidligt" (5 år). Der gives eksempler på en form for normaliserings-pædagogik, hvor sengevæderen er "helten," og natbleen italesættes som et positivt hjælperedskab frem for noget skamfuldt.

Flere af informanterne (K5, K6) omtaler sengevædning som en fysiologisk tilstand, der ikke nødvendigvis er en sygdomstilstand, men at det kan stigmatisere børnene, hvis de forventes at være tørre i den tidlige skolealder. K5 påpeger, at forebyggende tiltag, som at spørge ind til renlighed ved 5-års undersøgelsen, kan være uhensigtsmæssig, idet barnet måske påtager sig lægens ansvarsfølelse for, hvornår det bør være renligt.

K3 forklarer sin tilgang til alders-aspektet på følgende måde: "Hvis de (forældre) ringer og siger, at barnet er 5 år gammelt og synes, at nu skal der ske en hel masse (vedrørende sengevædning), så vil jeg hellere normalisere dét at have natble på..." og uddyber, at "... så prøver vi at hjælpe med at normalisere, at man godt op til 7-8-9- års alderen, kan have natlig vandladning (sengevædning)."

Som et ubevidst modsvar nævner K4 at have mødt familier, som har følt, at problemstillingen er blevet negligeret hos lægen og indsatsen udsat unødvendigt. Det tolkes af K4 som noget der kan give mistillid til lægen.

Forventningsafstemning og det vanskelige væskevandladningsskema

Forventningsafstemningen og samarbejdet vanskeliggøres, hvis der er tale om kulturelle og sproglige forskelle, hvor den fælles sygdomsforståelse kan være svær at nå. K5 nævner, at hos de etniske familier, kan nogle børn måske blive teenagere, før der bliver taget hånd om problemet. Flere af informanterne fremhæver desuden skilsmissefamilier, som et særligt sårbart led i samarbejdet omkring barnet (K1, K4, K6).

Alle informanter kommer desuden ind på, at forventningsafstemningen mellem lægens kliniske tilgang til udredningen af enuresis, herunder registrering af væskevandladningsskema (VVS), og familiens ønske om en "her og nu løsning," kan være kilde til frustration og samarbejdsvanskeligheder for begge parter.

K2 opsummerer ovenstående problematik således: "... når de (forældrene) kommer med en forventning om, at man måske lige kan give noget medicin, og så går det væk, og man så sætter det der (udredning) i gang, så kan de godt være lidt opgivende. Eller så kan det nogle gange være, at det måske ikke er så nemt for dem at få udfyldt (VVS) rigtigt. Det kan godt være en barriere i at få det gjort."

Det udmønter sig i VVS af svingende kvalitet, nedsat compliance til iværksatte tiltag samt utålmodighed og opgivenhed fra familien. K5 beskriver, at man risikerer at gå på kompromis med sin faglighed, for at imødekomme forældrene.

Generelt finder informanterne VVS som et brugbart værktøj. Enkelte af informanterne udviser en usikkerhed i brugen af VVS, fx i forhold til hvor mange dage det skal udfyldes (K2), samt K5 som udtaler, at vedkommende, er "ret sikker på også VVS" hører med til udredningen. Informanterne instruerer selv i brugen af det og oplyser, at de når det inden for den afsatte tid i konsultationen (15 minutter). K1 nævner, at det er besværligt at finde et godt VVS, som kan udleveres til patienterne.

Udredning og behandling

Alle informanter benytter sig af anamnese, objektiv undersøgelse samt VVS i udredningen af børn med enuresis. Det varierer, hvor meget de uddyber deres fremgangsmåde, hvorfor vi ikke har valgt at analysere dette nærmere.

Alle informanterne er bekendte med behandlingsmulighederne med ringeapparatet samt Desmopressin, og der er hos informanterne en konsensus om, at behandlingen af enuresis hører til i almen praksis.

Generelt er der blandt informanterne en vid accept af, at det først er ved skolealderen, at enuresis nocturna er et reelt problem med behov for behandling. Flere af informanterne (K4, K6) angiver at de vælger at lade tiden arbejde og se an, såfremt sengevædningen ikke er et problem for barnet.

K6 er den eneste informant, som selv opstarter behandling med ringeapparat, men vedkommende tager også forbehold for, at forældrene skal synes, at det er en god løsning, da "denne behandling jo nærmest involverer hele familien".

De resterende informanter henviser til børneafdelingen eller sundhedsplejersken, når der er behov for ringeapparat. Af årsager til henvisning mhp. ringeapparat nævnes bl.a. at ringeapparat ikke er til rådighed i almen praksis (K1), at informanten ikke vil føle sig komfortabel i instruktionen i denne (K2), fordi det er for sjældent (K5).

Informanterne angiver, at de sjældent udskriver Desmopressin. K2 og K4 angiver, at denne behandling iværksættes ved for høj natlig urinproduktion. K6 uddyber desuden, at det "ikke er omkostningsfrit at behandle med Minirin. Dels (er der behov for) væskerestriktioner." Og børnene kan "få alle mulige bivirkninger alment på det".

Foruden behovet for assistance til vejledning i brug af ringeapparat, henviser informanterne også børnene videre til børneafdelingen, når der er samarbejdsvanskeligheder (K5, K6), når tilstanden kompliceres af anatomiske forhold (K4), når der både er dag- og natteinkontinens (K3) eller når man ikke kan komme i mål med den iværksatte behandling (K1, K2, K3, K6).

Videnssøgning

Samtlige adspurgte informanter anvender Nord-KAP's forløbsbeskrivelser og Lægehåndbogen, når de søger viden om enuresis. K1, K2, K4 og K6 nævner, at de opdateres ved hjælp af Nord-KAP's nyhedsmail.

K1, K2 og K5 anvender desuden PRI-retningslinjer(8) fra Børn- og Ungeafdelingen, Aalborg Universitetshospital. Flere af informanterne, uanset anciennitet, fremhæver de ting, som de har lært under deres ophold dér. K3 beskriver, hvordan vedkommende har tilegnet sig viden om psykoedukation og pædagogisk tilgang til problemstillingen under sidemandsoplæring i pædiatrisk urologisk ambulatorium. K4 beskriver en stor respekt for de uropædiatere, som vedkommende kender fra sin tid på børneafdelingen.

DISKUSSION

Med den samlede viden fra vores semistrukturerede interviews tegner der sig et billede af en række interessante udfordringer og barrierer i den praktiserende læges håndtering af børn og unge med enuresis.

Kontakt og opsporing

Når det kommer til enuresis nocturna, er det kun et mindretal, der opsøger læge. Dette er informanterne egentlig godt klar over. De giver også udtryk for, at tabu og uvidenhed er med til at holde familierne væk. Her kan det godt undre, at der ikke mere aktivt forsøges at nedbryde tabuer og informere om tilstanden ved børneundersøgelserne. Det er en oplagt mulighed for patientpleje og sundhedsfremme, man går glip af. De sidste børneundersøgelser er det optimale tidspunkt at informere familierne om, hvor udbredt tilstanden er, og at børn normalt er renlige som 5-årige, og at der er tiltag at gøre, hvis de fortsat er sengevædere efter de er fyldt 5 år - naturligvis efter en individuel vurdering. Gjorde man dette, ville man have hold i familien og en videre plan, hvis sengevædningen fortsætter. Her mener vi, at lægen som sundhedsprofessionel netop har en forpligtelse til at adspørge om emner, som patienterne kan være beklemte ved selv at bringe op. Manglende efterlevelse kan føre til et "doctors delay".

Det er et problem, at læger først synes, at enuresis er behandlingskrævende ved skolealderen. På det tidspunkt har de ikke længere adgang til børnene på årlig basis og bliver derfor først gjort opmærksomme på problemet, når familierne henvender sig. Én af årsagerne til den manglende tidlige indsats fra lægernes side må tilskrives, at enuresis ikke tages alvorligt nok, da sygdommen er benign og for de fleste børn selvlimiterende. Derfor ses en tendens til at se på børnene som "raske sengevædere," frem for børn der lider af sengevædning. Ved manglende opsporing fra lægernes side, må man forvente, at nogle børn/unge falder igennem sikkerhedsnettet, hvilket kan få psykosociale konsekvenser(2–4), hvilket lægerne bør have med i deres overvejelser.

Normalisering og frygt for sygeliggørelse

Et af de mest overraskende fund i vores studie er, at de praktiserende læger selv kan være en barriere for både opsporing og opstart af relevant udredning. Det skyldes, hvad vi tolker som en form for berøringsangst, af frygt for at sygeliggøre barnet og familien unødigt. I stedet vælger de ofte at normalisere problemstillingen og lade tiden arbejde.

Set fra vores synspunkt, er det paradoksalt, at studier har vist, at børn med enuresis er i risiko for psykisk mistrivsel(2–4), men den praktiserende læge er bekymret for at forværre barnets mentale helbred ved at bringe emnet op.

Hvad kan årsagen være til den beskrevne berøringsangst? I almen praksis er relationen til patienten et bærende element i det gode samarbejde og kontinuitet. Lægen kan sidde med viden om vigtige familieforhold herunder konflikter, økonomiske forhold eller øvrig sygdom. Derved kan lægen komme i en sårbar position, hvis endnu et svært emne bringes op i familien.

Forventningsafstemning og det vanskelige væskevandladningsskema

Forventningsafstemning fremhæves som et særligt udfordrende element i håndteringen af enuresis nocturna. Vores erfaring er, ligesom informanternes, at samfundstendensen kalder på hurtige løsninger, hvilket er i stor kontrast til arbejdet omkring VVS. Dette kan blive problematisk, da netop VVS er nøglen til sikker diagnostik og dermed rette behandling. Vi kan være bekymret for, at det krævende arbejde, der ligger i at informere, motivere og instruere, kan være endnu en barriere for lægen mht. at bringe emnet op. Her kunne et støtteværktøj som hjemmesiden Tæt og tør (9), der netop er udviklet til at vejlede og informere brugerne om ovenstående, være en tidsbesparende hjælp.

Udredning og behandling

Generelt var der en usikkerhed og manglende rutine at spore hos flere af informanterne.

Informanterne instruerer selv i VVS indenfor den afsatte tid, men udviser samtidig en usikkerhed i, hvordan det skal udfyldes. Derfor kan man sætte spørgsmålstejn ved, hvorvidt den givne instruks er fyldestgørende for patienterne, og derved kan kvaliteten af de udfyldte VVS'er også være tvivlsom.

Der er konsensus om, at behandlingen af enuresis hører til i almen praksis, men samtidig henviser langt de fleste af informanterne deres patienter videre til børneafdelingen, såfremt de vurderer, at der er behov for ringeapparat (K2, K4, K5). Ifølge Forløbsbeskrivelsen (5) er årsagen til enuresis, en for lille blærekapacitet hos ca. 40 % af børnene, og disse anbefales netop ringeapparatsbehandling, som informanterne dog ikke er fortrolige med. Det fremgår dog heller ikke af Lægehåndbogen,

hvordan et ringeapparat skal bruges. Der henvises i stedet til sundhedsplejersker, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) eller til virksomheder, som producerer ringeapparater (5,10). For at holde behandlingen inden for almen praksis, er der et behov for at de praktiserende læger, bliver fortrolige med brug af ringeapparatet.

Medicinsk behandling benævnes af alle informanterne som enten Desmopressin eller Minirin (handelsnavn), og de er således bekendte med behandlingen. Dog angiver de også, at det er "lang tid siden", "sjældent", at de udskriver præparatet. Det er foruroligende, at informanterne ikke har større erfaring med medicinsk behandling af enuresis, da polyuri i 60 % af tilfældene er årsag til enuresis.

Videnssøgning

De foretrukne kanaler til videnssøgning om enuresis nocturna er Lægehåndbogen og Nord-KAP's forløbsbeskrivelser. Derfor bør det være herigennem, hvis man vil opdatere flest mulige praktiserende læger. Dermed også sagt, at disse sider bør være letlæselige og rumme al den information, der behøves for at udrede og behandle, inklusiv et godt VVS og god instruktion i brug af ringeapparat, hvilket ikke er gældende aktuelt (5,10). Nye opdateringer tilegnes for de fleste af informanterne via Nord-KAP's nyhedsmail.

Der er et tydeligt mønster i, at de AP-læger, der har haft funktion i uropædiatrisk ambulatorium under ophold på børneafdelingen, uanset om det så er 20 år siden, fortsat trækker på værdifuld erfaring derfra. Man må derfor konkludere, at en del af ansvaret for, at man som speciallæge i almen medicin er klædt godt på til at udrede og behandle enuresis, falder tilbage på de uddannelsesmuligheder som børneafdelingerne tilbyder, herunder ambulatoriefunktion.

For at undersøge den aktuelle status omkring AP-lægers ambulatoriearbejde på børneafdelingen, Aalborg Universitetshospital, har vi kontaktet Cheflæge Charlotte Siggaard Rittig (CSR) pr mail.

Hun adspørges, om AP-læger planmæssigt har selvstændig funktion i uropædiatrisk ambulatorium i løbet af deres 6 mdr. ophold eller evt. følgefunktion (bilag 8). Til dette svarer CSR, at behandlingen af enuresis primært ligger på sygeplejehænder - herunder tolkning af VVS, instruks i ringeapparat og information om gode toiletvaner. AP-lægerne inviteres til "kollektiv kompetencevurdering", hvor behandling af enuresis bliver gennemgået af en speciallæge. Øvrige kompetencer kan opnås via hjemmesiden Tæt og tør.

Ud fra dette må det konstateres, at AP-læger fortsat ikke pr automatik har forløb i uropædiatrisk ambulatorium. Den "kollektive kompetence vurdering" kan falde på AP-lægernes fridage eller efter vagtarbejde, hvorfor man ikke kan konkludere, at samtlige har deltaget i undervisningen. Ambulatoriearbejde burde fylde mere under uddannelsen, end hvad der aktuelt er tilfældet. Derudover bør man på børneafdelingerne sikre, at AP-lægerne kommer i samtlige relevante ambulatorier, hvilket formodentligt halter pga. manglende ressourcer og hensyn til driften.

REFLEKSION

Bredden på informanternes anciennitet er en styrke mhp. at belyse udfordringer og barrierer på tværs af aldersgrupper og praksiserfaring. De mest erfarne informanter må antages at have mødt langt flere cases end de yngre, og har derfor mulighed for at give mere nuancerede svar. De yngste,

derimod, må forventes at være mere opdateret på nyeste viden og praksis fra deres 6 mdr. hospitalsophold på børneafdelingen.

Seks informanter må betragtes som en stikprøve, og det er derfor svært at generalisere, men man kan se mulige tendenser i de mønstre, der viser sig. Dem kunne man skalere op til et større kvalitativt studie på tværs af regioner.

De tre interviewere har kun sparsom erfaring med interviewteknikken. Dette blev imødekommet ved at afsætte god tid til at øve sig på hinanden og give sparring ud fra den teori der er læst (7). Alligevel var det ikke muligt at opnå en fortrolighed og erfaring med interviewguiden med kun to interviews til hver. Det var varierende, hvor uddybende de forskellige informanter blev spurgt ind til emnerne, hvilket kan skyldes at interviewteknikken hos de forskellige interviewere varierede. En anden begrænsning, som kan påvirke kvaliteten af interviewene, er det faktum, at det var svært at finde tid til at interviewe lægekollegerne, da deres programmer i klinikken var fyldte.

Den perfekte setting havde teoretisk set været, at interviewer ikke kendte informanterne, at der havde været afsat god tid samt mulighed for at træne og få feedback på sin interviewteknik af en fagperson - som fx en journalist eller medietræner.

En anden mulig ulempe, med potentiel negativ indflydelse på kvaliteten af interviewene, er det omvendte "magtforhold," som udspiller sig, når en uddannelseslæge interviewer sin tutorlæge. Det kan have indvirkning på, hvor meget intervieweren udfordrer og forfølger svarene hos den mere erfarne kollega. Det relationelle er på spil, og det er naturligt, at man ikke ønsker at bringe den anden i forlegenhed. Vi forsøgte at imødekomme dette ved at italesætte, at det ikke måtte ses som en "eksamen situation," at der ikke var "rigtige og forkerte svar," men at vi var interesseret i at høre om deres erfaringer. Derudover er den sociale kemi allerede givet på forhånd og kan spille både positivt og negativt ind på fortroligheden i interviewet.

Det kunne have været interessant at undersøge, om der er oplagte kønsforskelle blandt informanterne ift. hvilke patientgrupper, de ser, og deres erfaring med emnet, samt om der er geografiske forskelle i håndteringen af patienterne. Dog er der til dette projekt ikke indhentet samtykke til indsamling af disse oplysninger, hvorfor dette ikke er undersøgt nærmere.

KONKLUSION

Vores studie viser, ligesom vores eget indtryk af den kliniske hverdag, at enuresis er en underrepræsenteret diagnose i almen praksis, sammenholdt med den høje incidens. Som mulige årsager hertil kommer studiet frem til en række væsentlige udfordringer og barrierer hos de praktiserende læger, som kan spille ind på håndteringen af børn og unge med enuresis nocturna, og i sidste ende være medvirkende til et "doctors delay".

Mest overraskende er den barriere de praktiserende læger selv udgør i form af frygt for sygeliggørelse af børnene, samt den høje grad af normaliserings-tendens frem for aftabuisering. Det understreges af manglende opsporing af inkontinens ved de profylaktiske børneundersøgelser.

En anden væsentlig problemstilling er, at udredningen af enuresis anno 2023 fortsat kræver et lavpraktisk VVS, som er tidskrævende både for lægen og familien. Det udfordrer forventningsafstemningen mellem læge og familie og medfører complianceproblemer.

Dertil kommer, at de praktiserende læger ikke er fortrolige med hverken den medicinske behandling eller behandling med ringeapparat, hvilket gør det svært at holde behandlingen i almen praksis, som forløbsbeskrivelsen lægger op til.

Vi må på ovenstående fund konkludere, at håndteringen af enuresis i almen praksis er mangelfuld med plads til forbedring. Dette via et øget fokus og dermed udbytte under opholdet på børneafdelingen under hoveduddannelsen, samt gennem en holdningsændring til udredning og behandling ude i klinikkerne. Selvom lidelsen er benign, skal de potentielle psykosociale konsekvenser for barnet/den unge forebygges. Med nye tiltag, som hjemmesiden Tæt og tør, har den praktiserende læge fået et nyt støtteværktøj, som har til hensigt at lette lægens arbejde og understøtte familiens egen indsats, hvilket med den rette implementering på sigt, måske kan aflæses i faldende incidens.

REFERENCER

1. Warner TC, Baandrup U, Jacobsen R, Bøggild H, Aunsholt Østergaard PS, Hagstrøm S. Prevalence of nocturia and fecal and urinary incontinence and the association to childhood obesity: a study of 6803 Danish school children. J Pediatr Urol. 1. maj 2019;15(3):225.e1-225.e8.
2. Thibodeau BA, Metcalfe P, Koop P, Moore K. Urinary incontinence and quality of life in children. J Pediatr Urol. februar 2013;9(1):78–83.
3. Bower WF. Self-Reported Effect of Childhood Incontinence on Quality of Life. Bd. 35, J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008.
4. Anders J, Larsen EP, Øgaard CG. Patienthåndbogen, sengevædning [Internet]. 2022 [henvist 23. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/nyrer-urinvejen/sengevaedning-enuresis/>
5. Hagstrøm S, Østergaard A. Forløbsbeskrivelse Enuresis, Sundhed.dk [Internet]. 2023 [henvist 23. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/u-urinveje/enuresis/>
6. Malterud K. Kvalitative Metoder I Medisinsk Forskning - En Innføring. I: Kvalitative Metoder I Medisinsk Forskning - En Innføring. 3. udg. Universitetsforlaget ; 2013. s. 91–136.
7. Kvale S, Brinkmann S. Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. I: Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udg. Hans Reitzels Forlag; 2022. s. 177–96.
8. PRI [Internet]. [henvist 25. november 2023]. Tilgængelig hos: pri.rn.dk
9. Tæt og tør [Internet]. [henvist 25. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://taetogtoer.rn.dk/>
10. Andersen J, Larsen EP. Lægehåndbogen Enuresis [Internet]. 2022 [henvist 23. november 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/paediatri/tilstande-og-sygdomme/nyrer-og-urinveje/enuresis/>

Forsidebillede: <https://jlladopsicologia.com/lecturas-recomendadas-para-mantener-tu-mente-despierta/>

Bilag

Indhold

BILAG 1 – Interviewguide.....	2
BILAG 2 – Interview K1	5
BILAG 3 – Interview K2	16
BILAG 4 – Interview K3	28
BILAG 5 – Interview K4	40
BILAG 6 – Interview K5	51
BILAG 7 – Interview K6	58
BILAG 8 – Mailkorrespondance med Cheflæge	66

BILAG 1 – Interviewguide

Tilgang til interviewguiden:

1. Briefing af lægekollega, som skal interviewes.
2. Interview med udgangspunkt i de dynamiske interviewspørgsmål markeret med fed. Efterfølgende kan underpunkterne markeret med o stilles, hvis interviewer mangler at få uddybet nogle svar eller pointer.
3. Debriefing

Briefing	Interviewet kommer til at handle om <i>dine erfaringer med håndtering af børn og unge med sengevædning - altså enuresis nocturna</i>. Svarene vil indgå i et kvalitativt studie. Interviewet vil vare ca. 30 min, blive optaget på mobilen og transskriberet. Dit navn vil blive anonymiseret. Samtykkeerklæring underskrives
Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål (dynamiske)
Indledning	Vil du fortælle hvad din stilling er og hvor længe du har arbejdet i almen praksis
Er det en kompleks patientgruppe at håndtere i primærsektor?	Hvad tænker du, når der på dit dagsprogram står et barn eller ung med sengevædning
Er der overensstemmelse mellem prævalensen af enuresis og den oplevede kontakthypighed i almen praksis?	Hvor meget fylder den problemstilling i jeres praksis ○ Hvor ofte møder du børn med enuresis ○ Hvor ofte tror du I ser disse børn generelt i jeres praksis?
	Kan du huske tilbage på et patientforløb hos et barn eller ung med enuresis nocturna ○ Forestil dig at den næste patient du skal se har problemer med sengevædning ○ Hvem bragte problemstillingen op

Er den praktiserende læge sikker i sin faglighed?	Beskriv forløbet ○ Hvad var din tilgang til det (udredning/behandling /opfølgning) ○ Hvilke behandlingsmuligheder har du gjort brug af ○ Hvornår henviser du barnet videre
Er forløbsbeskrivelser og VVS en hjælp for den praktiserende læge? Kender de til andre former for hjemmesider som kan støtte dem og familien i håndtering af enuresis? Mangler de konkrete støtteværktøjer?	Hvilke støtteværktøjer bruger du i håndteringen af sengevædning ○ Gør du brug af VVS (på hvilken måde) ○ Hvem står for instruktion i VVS ○ Følger du op på iværksat behandling (i så fald hvornår/hvordan/hvem/hvor længe) ○ Bruger du andre værktøjer?
Er der nogle barrierer som fører til et muligt "doctors delay" i behandlingen af børn og unge med enuresis?	Oplever du udfordringer med denne patientgruppe ○ (Tid/sprog/viden/ressourcer/) ○ Hvordan oplever du at forældrene reagerer på dine tiltag ○ Hvad kunne lette håndteringen af disse børn og forældre ○ Hvor mener du udredningen af enuresis hører til
Perspektivering?	Hvilke muligheder er der for at forebygge enuresis ○ Spørger du ind til renlighed ved børneundersøgelse (hvornår/hvordan)
Hvor og hvordan holder den praktiserende læge sig opdateret vedr. nye støtteværktøjer (guidelines/forældreinformation/sundhedstilbud osv). om emnet? Hvordan implementeres nye tiltag bedst muligt for at nå ud til flest mulige praktiserende læger?	Kender du til nogle hjemmesider eller andet hvor du eller dine patienter kan hente mere information ○ Hvor søger du viden og hvem spørger du evt. til råds ○ Hvor foretrækker du at få information om nye tiltag

	○ Hvilke andre faggrupper tænker du kunne være relevante at involvere?
Debriefing Resumé evt. hovedpointerne	Jeg har ikke flere spørgsmål, er der mere du vil sige før vi slutter interviewet
Afsæt 10 min til at reflektere over hvad interviewet har bragt frem (empatisk adgang) Forklare den sociale kontekst og emotionelle tone i samspillet i interviewet	

BILAG 2 – Interview K1

Interview udført d. 18/9-2023.

I1 = interviewer

K1 = kollega/informant

I1:

Først vil jeg gerne have dig til at fortælle, hvad din stilling er og hvor lang tid du har arbejdet i almen praksis.

K1:

Jeg er speciallæge i almen medicin og har været her i klinikken i snart 3 år, og forinden er det 2 år som speciallæge, så 5 år som speciallæge, ja.

I1:

5 år som speciallæge. Og hvad tænker du, når du på dit dagsprogram ser, at der står et barn eller en ung med sengevædning?

K1:

Jamen så tænker jeg, er det noget langvarigt? er det noget kortvarigt? er det noget... (tænkepause), der tænker jeg tit bare, jamen vi skal have uddybet, hvad det er for en problemstilling, om vi skal lave det væskevandladningsskema (VVS), eller... Det er sådan umiddelbart det. Vi tager den oppefra og ned.

I1:

Så du tænker egentlig ret handlingsorienteret til en start?

K1:

Nej, jeg tænker vi skal høre... jeg skal bare høre mere om hvad det er for noget. Hvor lang tid det har været, er det noget der har været igennem lang tid, eller er det noget der er en periode i barnets liv, hvor han eller hun er presset. Sådan lige skolestart eller sådan et eller andet, hvor man tænker det kan være... og ... hvor gammel er barnet og så videre.

I1:

Så det vender vi lige lidt tilbage til. Men man tænker jo altid et eller andet, når der står noget på ens program. Det kan jo være vidt og bredt de emner vi møder, og nogle gange gør det jo noget ved én, dét der står, hvor man lige tænker "yes" eller "åh nej". Det kan være mange ting. Så hvis du forestiller dig, at den næste patient du skulle se var noget med sengevædning, hvad får det dig til sådan at føle, associere eller hvad gør det ved dig?

K1:

Hvad det gør ved mig? Jamen det gør egentlig ikke så meget ved mig, synes jeg ikke. Jeg synes det er meget spændende at høre, altså jeg er altid glad, når der kommer et barn. Det er da der optur. Så det er sådan det jeg tænker først og fremmest.

Og så tænker jeg, jamen jeg tænker ikke det er nogen nødvendigvis stor problemstilling, som fylder meget for mig. Fordi det kan godt være, at det er en lille ting, og typisk, så er det noget forbigående, så jeg synes ikke, jeg har nogen negative følelser for det. Jeg synes da egentlig bare det er rart, at der kommer et barn, og så tager den derfra.

I1:

Ja, så du er sådan positiv omkring det egentlig, når du ser det.

K1:

Ja.

I1:

Hvor meget har du indtryk af at det fylder her i praksis, lige præcis den problemstilling?

K1:

Puh..det er godt nok ikke tit, synes jeg ikke. Jeg synes jeg ser, en måske hver måned eller hver anden måned, eller sådan noget - max. Ja, det er i det lag.

I1:

Det er i det lag. Har du fornemmelse for, om det er sådan det generelt er i klinikken? Eller tror du, at du ser flere?

K1:

Nej, jeg tror det er meget generelt. Det tror jeg, ja.

I1:

Synes du det mest det er børn eller er det unge mennesker?

K1:

Børn, ja.

I1:

Er der en bestemt aldersgruppe du synes?

K1:

Det er typisk, de der lige omkring skolealderen. Nu er der nogle.. nu har der været skolestart, og så er det, så er det der omkring , fordi nu skal der snart være hyttetur eller et eller andet, og så nu skal der altså være styr på det her.

I1:

Så er det typisk...

K1:

Det er typisk her om sommeren synes jeg, enten lige op til sommerferien eller efter sommerferien

I1:

Ja, hvor der er nogle begivenheder omkring det?

K1:

Ja

I1:

Betyder det også, at det oftest er dem der bringer det op, eller kan det også komme op i konsultationen, sådan lidt mere tilfældigt? eller ved andre lejligheder?

K1:

Jeg synes, det er med det folk de henvender sig, altså. Det er ikke noget, hmm, ... jeg kan godt finde

på at spørge ind til det, ved renlighed osv i forbindelse med børneundersøgelser, men det er jo ikke fordi vi ser dem, ser dem så sent.

I1:

Nej, okay. Fint. Kan du huske tilbage på et patientforløb du har haft, med et barn med sengevædning.

K1:

Ja.

I1:

Det kan du godt. Kunne du prøve at fortælle mig, sådan hvordan, bare beskriv forløbet.

K1:

Jamen øh, det er en patient, som var 7 år gammel, da han kom. Og han har rigtig mange tics, og rigtig mange udfordringer. Bor ved sin mor det meste af tiden, og så ved sin far noget af tiden. Og der er ikke sådan et specielt godt forhold mellem de forældre. Og de kom her sidste år i hvert fald, på det her tidspunkt her (sensommer). Og det var sådan et tilbagevendende problem, at han tissede i sengen og havde gjort det i nogle måneder. Ja, hvor vi fik snakket det igennem og hørte ind til det. Om han var forstoppet og alt sådan noget. Og så gav vi et VVS med hjem, og vi fandt ud af, at han fik rigtig meget at drikke om aftenen. Og så, ja, så lavede vi det om, og så faldt det faktisk til ro.

I1:

Så dér var det væskevandladningsskema, der ligesom ledte dig på sporet af hvad det var?

K1:

Ja.

I1:

Ja. Bruger du andre støtteværktøjer i udredningen, eller kommunikationen eller behandlingen?

K1:

Nej. Jo, vi kan finde på at slå op i pri-instruks.

I1:

Ja okay, så der gik det egentlig rimelig lige ud af landevejen.

K1:

Ja.

I1:

Har du haft nogle forløb, hvor du syntes det var mere kompliceret, du kan huske tilbage på?

K1:

Øhh, jo, der er da nogle gange - hvor man øhh, jeg kan ikke lige huske noget specifikt, men jeg tror jeg har haft et par stykker, hvor jeg ikke syntes det passede, hvor pengene passede, og hvor jeg sendte det videre ind til børneafdelingen eller børneambulatoriet. Jeg kan ikke lige komme på noget specifikt forløb.

I1:

Nej, fint. Så nogle af børnene, også bare med isoleret sengevædning, har du haft brug for at sende videre?

K1:

Ja, hvis ikke pengene passer, synes jeg. Hvis ikke jeg kan rykke dem med det, men jeg synes det er sjældent. Der er nogle der kommer, også, de har forsøgt med ringeapparat osv.. Det bruger jeg også. Men hvor det så ikke lykkes, og så må man ligesom prøve at sende dem videre. Ringapparat, det bruger vi også

I1:

Så ringapparat...og hvordan kommer du frem til at det kan være ringeapparat, der skal tages i brug?

K1:

Øhh, jamen det er jo øh, det er hvor jeg sådan synes, vi har prøvet at rydde op i drikken, og i forstoppelse, og der er ikke noget øhh øget vandladning, eller øget væskeindtag om aftenen, øhm, ja blærefunktionen er....ja det er den der typiske, den der alder, hvordan kommer jeg frem til det ellers? Det.... det er vel egentlig næste trin jeg går til efter vi har lavet saneringen der af væske... og normal blærekapacitet vel.

I1:

Hvis der er normal blærekapacitet?

K1:

Hvad med det?

I1:

At der hvad? hvis der er det?

K1:

Hvis der er det, så kunne jeg godt finde på at gå videre med et ringeapparat.

I1:

Okay. Og hvem, er det noget du instruerer i, har du nogle sider du bruger for at forklare familien det, eller hvordan foregår det?

K1:

Øhh, ja, jeg tror egentlig bare, jeg søger frem fra gang til gang.

I1:

Ja, fordi det er også noget der kan ligge lidt uden for vores...

K1:

Ja.

I1:

Nu siger du også det med at søge. Det bruger vi jo alle sammen i forskellige henseender. Så, hvor vil du sådan mere konkret..., hvad kunne du forestille dig., nu sidder der én (patient) her, *du* har brug for noget viden, hvad for nogle steder søger du?

K1:

Lægehåndbogen typisk, ja lægehåndbogen og PRI.

I1:

Ja

K1:

Det var bare fordi, at det var PRI man brugte på Børneambulatoriet, så det går man tilbage til.

I1:

Så den viden man egentlig har erhvervet sig dér, det er den man stadig støtter sig op af og gør brug af.

K1:

Ja

I1:

VVS - det lyder som sådan en , et omdrejningspunkt i din tilgang her. Hvem står for at instruere i det?

K1:

Det gør jeg selv.

I1:

Det gør du selv - ja? Sætter du ekstra tid af til det? Eller gør du det, kan du sådan gøre det rimelig meget i samme kons.

K1:

Det gør jeg i samme kons ja, når de kommer ind.

I1:

Bruger du, hvor du sender elektronisk eller bruger du det mere...

K1:

Nej, jeg udleverer et

I1:

Du udleverer et pr skriv ja.

K1:

Ja

I1:

Ja, så nu kunne det fx være ringeapparat, der var også noget med nogle drikkevaner, er der andet behandling du sætter i værk med de børn her?

K1:

Jeg synes ikke der er ret mange, der får tabletbehandling, *Minirin* hedder det.

I1:

Minirin ja

K1:

Det tror jeg kun jeg har gjort en gang eller to.

I1:

Okay.

Og er der noget opfølgning, kan du beskrive noget mere om hvordan, hvis du så sætter noget i værk hvad er så...?

K1:

Jamen det vil jeg følge op på - typisk efter et par måneder for at se, hvordan det går. Hvis det går fint, så kan man trappe det ud, forsøge at trappe det ud igen efter et halvt års tid. Det vil jeg gøre.

I1:

Og det er tabletterne, du tænker på her?

K1:

Ja.

I1:

Oplever du der er nogle udfordringer med den her patientgruppe, børn, unge med sengevædning?

K1:

Hvis det er sådan et skilsmissehjem, eller hvor der ikke er så meget overskud til børnene og sådan noget, så kan det godt være noget udfordrende.

I1:

Så det er egentlig samarbejdet, compliance til behandlingen?

K1:

Ja, det er compliance til behandling og udredning. Vi har nogle patientgrupper, som har svært ved at medvirke til at lave VVS.

I1:

Så der kan være noget der.

K1:

Ja.

I1:

Er der andet, der gør det lidt ekstra udfordrende at komme i mål?

K1:

Jeg tror de lidt større børn, de er selvfølgelig noget beklemte ved det, så jeg tror måske ikke de kommer så hyppigt til opfølgning på det. Hvis det er. Det tror jeg egentlig, at man mangler lidt mellem, at den ikke bliver fuld til dørs, måske fordi de ikke er så glade for at hive det frem hele tiden.

I1:

Så en barriere, egentlig også fra dem til os?

K1:

Ja

I1:

Okay, har du nogle at bud på, altså hvordan man kunne få fat på de her (unge), for de er jo nok derude?

K1:

Ja, hmmm, men det jeg ved jeg ikke, praksis-skærm osv. at have det til at køre på sådan nogle

steder. Vi fik da hvert fald nogle ekstra henvendelser, da det var fremme i "Go'morgen Danmark" osv.

I1:

Det genererede noget?

K1:

Ja, det kan man godt mærke.

I1:

Var det så de lidt ældre børn og unge eller var det stadig de her skolebørn?

K1:

Stadig skolebørn.

I1:

Okay, yes...

Er der noget du tænker, der kunne gøre det lettere at håndtere de her børn, eller nogle redskaber du sådan...

K1:

Jeg synes ikke nødvendigvis de er super gode de VVS'er. Jeg synes der er meget forskellig kvalitet. Man kan få nogle der er lidt bedre måske. Det kunne være nemmere.

I1:

Så det er det her med, at der er mange forskellige man kan søge frem?

K1:

Ja

I1:

Ja Okay.

Nu siger du, at du håndterer nogle her, og der er også nogle der bliver henvist videre. Men i dine øjne, hvor hører den her problemstilling til henne?

K1:

Det var nemmest vi kunne klare det.

I1:

Er der andre faggrupper?

K1:

Ja, også sygeplejerskerne, kunne sagtens være med ind over det.

I1:

Er der nogen uden for vores klinik eller børnelægen der kunne hives ind?

K1:

Jeg plejer altid at informere om, at jeg synes det er vigtigt de tager det op med lærerne i skolen. At der skal være gode aftaler omkring toiletbesøg i frikvartererne. Hvis de har et ur på, så skal de ud og tisse der.

I1:

Så det er dem der har det mere i dagtid?

K1:

Ja.

I1:

At de bliver informeret, ja.

Så, det er jo en problemstilling der er derude, og du ser nogle, men hvis man skulle gå ind og forebygge enuresis, altså sengevædning. Tænker du at der er noget vi kan gøre for at forebygge det?

K1:

Sundhedsplejersken vil jo være oplagt, for de ser dem jo lige i de der år der. De tog det op. Det tror jeg også nok de gør.

I1:

Ja. Så egentlig også at spille sundhedsplejersken på banen i det, så de er også med til at gribe den.

Og du nævnte egentlig, at du nogle gange spurgte ind til renlighed. Er det nogle bestemte situationer hvor du gør det?

K1:

Øh, det gør vi mest til de der fire-års, fem-års (børneundersøgelser), ble osv.

I1:

Ja, så sådan lidt forebyggende?

K1:

Ja

I1:

Er der nogle hjemmesider du kender til, hvor man kan søge information enten sådan som fagperson eller hvor man kunne give patienterne information om hvor de kunne søge hjælp?

K1:

Ikke for patienterne. Ikke udover patienthåndbogen.

I1:

Så patienthåndbogen, hvis den har noget materiale...

K1:

Ja

I1:

Super fint. Hvis der nu skulle komme et eller andet genialt, nyt, smart til den her patientgruppe som både de kunne have glæde af, eller man som fagperson. Hvor vil du så gerne informeres om det?

K1:

Jamen i vores nyhedsmail.

I1:

Ja, godt, hvilken nyhedsmail tænker du på?

K1:

Nordkap, ja.

I1:

Så det ugentlige brev...?

K1:

Ja

I1:

Har du indtryk af at de fleste af de kolleger du sådan snakker med, de får læst det?

K1:

Ja, det synes jeg da.

I1:

Folk orienterer sig..?

K1:

Ja, det synes jeg.

I1:

Godt. Jeg tjekker lige om der er flere ting, som jeg lige skulle...

K1:

Det er også et oplagt emne til Nordjysk Praksisdag.

I1:

Ja, så det når ud til endnu flere, hvis der var noget nyt...

K1:

Der er en ny hjemmeside, er der ikke det?

I1:

En ny hjemmeside... Har du hørt om en ny hjemmeside?

K1:

Ja, jeg har hørt om en ny hjemmeside, jeg har bare ikke fundet den.

I1:

Hvor har du hørt om den henne, kan du huske det?

K1:

Nej, det kan jeg faktisk ikke huske.

I1:

Om det er noget du har læst, eller der er nogen der har fortalt dig om det?

K1:

Har du ikke haft en eller anden flyer med herved?

I1:

Nej, det har jeg faktisk ikke.

I1:

Nej. Det kan jeg ikke huske, hvor jeg set den.

I1:

Men du har hørt om én?

K1:

Jeg har hørt om en, men den er ikke kommet ind på mine bogmærker.

I1:

Fint. Så hvis jeg lige summerer op, sådan lige de hovedpointer du har sagt, så er det egentlig, at du synes, at du møder de her børn typisk ved skolealderen, og det er måske 1-2 om måneden.

K1:

Det er måske også lidt højt sat egentlig? Det er måske hver anden måde egentlig. Jeg synes ikke der kommer så mange.

I1:

Tror du det stemmer overens med prævalensen ude i befolkningen? Har du nogen fornemmelse af det.

K1:

Nej, der er mange flere der har det.

I1:

Du tænker, at der er flere, der ikke lige bliver fundet eller henvender sig?

K1:

Helt sikkert.

I1:

Og du ser det egentlig sådan med positive briller, når du ser det på dit program og har en plan i hovedet for hvad du gerne vil. Og det er noget med noget et VVS, og udelukke forstoppelse. Er der nogen undersøgelser, du laver på barnet mere objektivt?

K1:

Mærker dem på maven og ja...neeej.... højde og vægt og ser om det passer med deres kurver.

I1:

Ja...

K1:

Det er vel det jeg gør. Ekstern genitalia.

I1:

Ja, dem kigger du efter ved en bestemt indikation eller som regel?

K1:

Jo, det gør jeg som regel, men også ved piger, om der er noget svamp eller et eller andet. Ja.

I1:

Og så sætter du et VVS i gang du selv instruerer i og følger op på. Og så afgør det sådan lidt hvad vej du går. Om det er Minirin, ringeapparat eller vandladningsmønster, eller hvad hedder det - drikkemønster du kigger på?

K1:

Ja.

I1:

Og du oplever det kan være lidt udfordrende, hvis forældrene er lidt udfordrede.

K1:

Ja

I1:

Og det kunne være relevant at få nogle lærere på banen, men mest hvis det var daginkontinens?

K1:

Ja.

I1:

Er der noget, altså jeg har ikke flere spørgsmål, men er der noget du har lyst til at bringe op her?

K1:

Nej, ikke sådan lige umiddelbart, nej.

I1:

Det er super, så vil jeg sige tak.

K1:

Velbekomme.

EFTER INTERVIEW

K1: de gider alligevel ikke udfylde de digitale VVS'er

Refleksioner

Samtalen foregik sidst på eftermiddagen efter dagens normale program i kollegaens konsultationsrum. Kollegaen sad i sin vanlige stol og jeg sad i "patienternes stol". Det var en af mine tutorlæger, så det gav en ny og ukendt dynamik, at jeg skulle interviewe vedkommende. Kollegaen var positivt stemt omkring interviewet og tog det afslappet. Kollegaen sad afslappet, men ved nogle spørgsmål ledte vedkommende længe efter svarene, og man kunne få indtryk af at denne søgte i hukommelsen efter de "rigtige" svar frem for erfaringer. Kollegaen var smilende, der var en god stemning. Kollegaen kan være mumlende i sin tale, hvilket kan antyde en større usikkerhed i svarene, men vurderes mere generelt for dennes kommunikationsform.

BILAG 3 – Interview K2

Interview udført d. 18/9-2023.

I1= interviewer

K2= kollega/informant

I1:

Kunne du fortælle mig, hvad stilling du har, og hvor lang tid du har arbejdet i almen praksis?

K2:

Ja, jeg er uddannelseslæge i fase 2, så jeg har arbejdet i almen praksis i ca. 2 år, samlet må det være.

I1:

Når vi har vores dagsprogram - så afhængig af dét der står, kan det jo godt gøre et eller andet ved én. Man kan blive glad, man kan blive overrasket, man kan blive irriteret, man kan blive alt muligt, når man ser noget på sit dagsprogram. Kunne du prøve at fortælle mig - når der står et barn eller en ung med sengevædning, hvad gør det ved dig?

K2:

Det synes jeg egentlig er en interessant problemstilling, men det er måske ofte noget, der kan være svært at nå igennem på et kvarter. Hvis man har mange af dem på én dag, så kan det da godt være sådan lidt tidsmæssigt... men jeg synes ikke, det er noget, der generer mig. Jeg synes, det er en okay problemstilling at arbejde med.

I1:

Så det er okay, men tidskrævende...?

K2:

Interessant men tidskrævende, synes jeg.

I1:

Hvor meget fylder den problemstilling, synes du?

K2:

Som i hvor mange patienter, vi ser med det?

I1:

Ja, sådan kunne man godt tage det.

K2:

Ikke ret meget. Altså det er da ikke en problemstilling, jeg synes, jeg ser ret tit. Når man har dem, kan man nogle gange godt lige følge dem i noget tid. Man kan nå at se dem nogle gange, men det er ikke nogle forløb, jeg synes, man har så mange af. Jeg synes ikke, det fylder så meget.

I1:

Hvor tit synes du, du møder dem?

K2:

Måske en gang om måneden eller sådan noget. Det er mit skud fra hoften.

I1:

Tænker du, det er generelt også for de øvrige kollegaer her?

K2:

Ja, det tror jeg egentlig er meget repræsentativt, tænker jeg.

I1:

Du tænker ikke, at du ser flere børn end gennemsnittet her?

K2:

Jo, altså her i den her klinik ser vi nok flere børn end gennemsnittet.

I1:

Og dér tænker du?

K2:

Jeg tænker cirka en gang om måneden her. Jeg tænker mere sådan internt i klinikken, du mente. Det kan være, du har data på det, der siger noget om hvor mange vi...

I1:

Egentlig ikke, det er mere sådan, hvad din opfattelse er af det.

K2:

Det vil være mit skud fra hoften

I1:

Har du en fornemmelse af, om det stemmer overens med, hvor hyppig den problemstilling er blandt børn?

K2:

Jeg tror, at vi ser færre børn, der har det. Jeg tror, det er underreporteret. Fordi det kan være tabu, og svært at gå til læge med. Og børnene nogle gange normaliserer det, eller venter lidt længere tid, end man måske burde. Fordi man tænker, at det er nok normalt, det går nok over af sig selv. Det er nok bare fordi, man er lidt umoden.

I1:

Kan du huske tilbage på et forløb, du har haft med et barn eller en ung, der har haft sengevædning?

K2:

Ja, det kan jeg godt.

I1:

Kan du prøve at beskrive på din måde - hvordan forløb det?

K2:

Jeg synes, jeg har haft flere forløb. Jeg synes, at nogle gange kan det svære i det forløb være at få lavet de undersøgelser, man skal. Det praktiske i det. Altså at undgå bleen, fordi det er besværligt. Og få lavet væskevandladningsskemaet(VVS) fordi det er besværligt. Jeg synes tit, det kan være en ret stor barriere for, at man kommer videre i det. Fordi det kan jo godt være, at dét der med at tage bleen, og så kommer der nogle uheld, og få ført det der skema. Det kan godt være svært nogle gange.

I1:

Er det noget, du oplever, at forældrene giver udtryk for, eller er det din tanke?

K2:

Jeg synes godt, når de så kommer med en forventning om, at man måske lige kan give noget medicin, og så går det væk. Når man så sætter det der i gang, så kan de godt være lidt opgivende. Eller så kan det nogle gange være, at det måske ikke er så nemt for dem at udfylde det rigtigt. Der kan godt være en barriere i at få det gjort. Men ellers synes jeg, når det først... det kører på den måde, så synes jeg faktisk nogle gange, at bare det, at der kommer opmærksomhed på det, man laver skemaet og tager bleen af, at det jo nogle gange løser problemet.

I1:

Så du bruger egentlig det her med at få dem til at tage bleen af børnene?

K2:

Ja, det kommer jo lidt an på, hvor man er. Lige præcis til VVS kan det jo være rart nok, at den er på om natten, så man kan veje bleerne. Men i forhold til, at hvis man tænker, at den her del med at få koblet det her med, at man tisser med hjernen - at man bliver opmærksom på, at man tisser, så synes jeg jo, at det er svært at lave den kobling, hvis man bliver ved med at have ble på. Fordi den suger det bare, og så får man ikke lavet den kobling der, svarende til, hvis man bruger et ringeapparat.

I1:

Det kan vi lige vende tilbage til. Så forløbsmæssigt, hvis vi nu siger, at nu kom der én ind, det må enten være én, du tænker tilbage på, eller også vi forestiller os, at der kom et barn ind nu her. Hvad vil din tilgang være til det?

K2:

Altså hvad jeg sådan rent praktisk vil sætte i gang?

I1:

Ja, hvad vil du spørge ind til? Hvad vil du undersøge? Hvad vil du gøre?

K2:

Så jeg vil gerne vide, om det er noget nyt, eller om det har været vedvarende. Så jeg vil gerne vide,

har barnet været renlig før, så vil jeg gerne undersøge, om der er noget rent anatomisk i vejen. Så undersøge barnet. Så vil jeg spørge ind til forstoppelse. Det er en vigtig differentialdiagnose, og det skal der være styr på, før vi kan vurdere, om det er... Og så hvis alt det er fint, så tænker jeg, at det næste skridt vil være VVS langt hen ad vejen? Men også sådan spørge til, er der uheld i dagligdagen? Er det kun om natten? Altså anamnese?

I1:

Ja, så du skelner mellem dag og nat?

K2:

Ja, og jeg skelner mellem om det er nyt, eller om der har været rent tidligere. Øhhh, forstoppelse...

I1:

Du nævnte objektiv undersøgelse. Hvad undersøger du?

K2:

Jamen, ydre genitalia, der kigger jeg jo mest bare, at der ikke er, at der skulle være noget forkert der. Og så kan man også, jeg tænker, at man kan også i forhold til abdomen.

I1:

Og så nævner du VVS, er det noget, hvordan instruerer du, eller hvem instruerer, eller hvordan foregår det?

K2:

Så jeg plejer at printe det ud, og så ligesom vise, hvordan jeg gerne vil have det udfyldt over hvor lang tid. Og ja, egentlig sådan prøve at gøre det helt lavpraktisk, hvordan man gerne vil have det.

I1:

Okay. Og du nævnte også til en start, at det kan være svært at nå det hele. Er det typisk noget, du sætter en ekstra tid af til, eller er det noget, du når i den første kons?

K2:

Det er forskelligt. Det kommer også meget an på, hvor man lige er. Altså, hvis det er et barn, man har set før, eller... For det er mange ting, man skal nå omkring, hvis man også lige skal nå at spørge ind til forstoppelse, og så er der måske noget i det, og så kan man nogle gange blive bremsede der.

Men hvis det nu bare er nogen, der kommer, og de er rimelig klar på og velfungerende, så kan man nogle gange godt nå det.

I1:

Hvor lang tid vil du typisk lade dem lave det, hvis det er sengevædning, det drejer sig om? Kan du huske det?

K2:

Jeg tror nok, så vidt jeg ved, så hedder det minimum to dage fuldt VVS, måske tre, men det kan jeg faktisk blive lidt i tvivl om, om det er to eller tre, og så vil man gerne have syv dage med blevejning.

Jeg mener, det er det, det hedder, men det kan jeg ikke huske det. Det vil jeg nok typisk lige slå op. Men jeg tænker, at jeg mener nok, at det er sådan i den retning.

I1:

Ja. Så nu siger du, at du slår op. Så nu sidder man der med patienten, tiden løber, og hvor slår du op henne?

K2:

Jeg tager tit PRI-retningslinjen fra pæd og bruger.

I1:

Er der andre steder, du søger viden?

K2:

Lægehåndbogen også.

I1:

Så det er de to, der lige er "go to".

K2:

Ja, og så har du jo også jeres fine retningslinje, og den er jeg jo først lige blevet opmærksom på nu her for nylig. Og der har jeg faktisk ikke haft lige nogle børn siden, så den har jeg ikke lige brugt endnu.

I1:

Oplever du, at der er nogle...nu siger du selv nogle barrierer, men altså generelle udfordringer og barrierer? Det kan både være hos dig, hos familien, hos barnet, hos andre kollegaer. Hvad er det, hvis der er noget, der gør det her svært eller frustrerende? Et eller andet. Oplever du sådan noget?

K2:

Øh, jeg ved ikke, om det også, hvis nu man... Man kan jo nogle gange fange det også til en børneundersøgelse. Og der skal man jo så få aftalt den der tid til at snakke om dét. Men jeg synes også det der med, at hvis jeg så siger til forældrene eller familien, at det synes jeg, at vi skal få kigget på, så kan det også godt blive lidt at sygeliggøre et barn, hvor de egentlig tænker, det er nok helt normalt, det går nok over sig selv. Så den der barriere i det måske, kan gøre det svært nogle gange.

I1:

Ja...

K2:

Men så tror jeg, man kan måske sige, at det synes jeg, I skulle overveje at aftale en tid til, fordi jeg synes, det er ved at være lidt sent, at der stadigvæk er sengevædning. Og så synes jeg, det kan være en barriere, hvis barnet er fuldstændig ligeglad.

I1:

Ja...

K2:

Altså hvis nu forældrene kommer med et ønske om, at deres barn skal stoppe med at tisse i sengen, men barnet er fuldstændig ligeglad.

I1:

Hvad vil du typisk gøre så?

K2:

Prøve på at gøre det interessant på en eller anden måde. Og det er også i de situationer, hvor det nogle gange, synes jeg, at det her med at skabe en opmærksomhed omkring det med at fx lave det her VVS kan hjælpe. Altså uden at... man skal jo ikke sidde og gøre barnet dårligt tilpas over, at det er unormalt. Og det skal man passe på med at ødelægge selvtilliden. Men prøve at skabe en opmærksomhed på det, uden at fortælle barnet, at de er forkerte.

I1:

Så der er noget dér, som det lyder til at du synes er vigtigt - at vi må ikke sygeliggøre?

K2:

Jeg vil fortælle, at rigtig mange børn har det her problem, og det er ikke unormalt. Og det er forskelligt, hvornår man stopper.. og hvornår man lærer at styre sine blære. Og nogle gange kan det også være andre årsager til det. At man fx producerer lidt for meget urin om natten, som man ikke kan gøre for. Men det skal man prøve at undersøge. Nogle gange kan man godt bruge det der VVS til at gøre det lidt mere interessant. Så måler man, hvor meget man tisser, hvor meget man drikker, og så kan man gøre det lidt spændende. Det synes jeg faktisk nogle gange godt, det kan virke som en måde at skabe opmærksomhed på det, til de der børn, som er ret ligeglade med det.

I1:

Super. Andre barrierer?

K2:

Nej det tror jeg ikke...

I1:

Du nævnte i starten noget med tabu.

K2:

Ja.

I1:

Tænker du det er et tabu?

K2:

Jamen det tror jeg da det er, både lidt forældrene kan det være sådan lidt følelsen af, at de har gjort noget forkert, siden at barnet ikke er renligt. Så derfor at de måske ikke har lyst til at komme til læge med det, og beder om hjælp til det. Måske også for barnet, at det er pinligt på en eller anden måde.

I1:

I forhold til nu er det meget børnene vi snakker om her, eller også de børn du har mødt, hvad aldersgruppe synes du sådan....? Er det forældrene selv, der kommer med dem, eller er det noget de mest bringer op ved børneundersøgelsen, eller hvordan fordeler det sig?

K2:

Jeg synes typisk, det er forældrene selv, der kommer med det.

I1:

Ja, så det er det de booker tid til?

K2:

Ja, det synes jeg.

I1:

Og hvad aldersgruppe er de?

K2:

Sådan 5-8 års alderen, vil jeg sige.

I1:

Sådan tidlig skolealder. Har du oplevet nogle unge mennesker, der selv har booket tid, eller forældre, der har booket tid til?

K2:

Altså hvor de sådan er...

I1:

Over 10 år?

K2:

Nej, tror jeg faktisk ikke, jeg har. Ikke her i praksis i hvert fald.

I1:

Nej. Godt nok. Er der noget, der kunne gøre det lidt nemmere. Du nævner jo egentlig ting, der både er tidskrævende, og de skal være ret motiverede. Der er mange ting, der sådan skal gå op, før det her går godt. Er der noget, der kunne gøre det nemmere at håndtere de børn her?

K2:

Det er et godt spørgsmål. Jeg tror, det der med at få udfyldt skema, det er svært at gøre på andre måder, synes jeg. Så skal det jo være noget sådan rent information. Altså jeg tror, der er mange børn og forældre, der måske ikke er særlig godt informeret om det her. Altså hvornår er det egentlig

normalt, og hvornår er det unormalt. Hvornår skal man egentlig søge læge? Så det der med, som jeg også sagde fra starten, at jeg tror, der er ret mange, der går med det her problem, som ikke kommer til læge med det, fordi de faktisk ikke ved, hvornår er det her normalt, og hvornår er det ikke normalt. Og så det her med, at det faktisk er rigtig mange børn, der har det her, så det er okay. Altså at både for forældrene og for børnene, at det skal ikke være det, der er den begrænsende faktor i, at man kommer.

I1:

Sådan en aftabuisering og normalisering af det.

K2:

Ja, at det jo en relativt hyppig problemstilling blandt mange børn i den aldersgruppe.

I1:

Men noget information, noget viden til forældrene, så de også, fordi det typisk er dem der skal booke tiden. Vi kan jo ikke indkalde nogen, vi ikke ved, der har det.

K2:

Nej, og så kan man selvfølgelig screene det lidt til 5-års børneundersøgelse. Altså der synes jeg, at det kan være relevant at få spurgt til, om barnet er rent.

I1:

Ja

K2:

Og man kan jo godt allerede til 4-års børneundersøgelse spørge. Ikke at jeg siger, man skal til at sætte alt muligt i gang overhovedet. Men der kan man godt simpelthen lige prøve at stikke en finger i jorden og høre, om der er renlighed, eller er der noget, som de har brug for råd til. Sådan almindelige råd.

I1:

Ja. Godt. Du har nævnt en hjemmeside, som du havde hørt om. Du havde nævnt at du hørte om den fra mig. Har du set den andre steder, eller set andet materiale?

K2:

Nord-KAP

I1:

Ja. Og der har du, hvad har du set på Nord-kap?

K2:

Altså jeg har set sådan en, vi ville kalde det en guideline, eller ja...

I1:

Altså forløbsbeskrivelse, eller?

K2:

Det husker jeg ikke lige præcist, hvad den kaldes.

I1:

Noget du har brugt, noget du har slået op?

K2:

Jeg har ikke nået at bruge den endnu, fordi jeg har faktisk ikke lige haft nogen patienter med det her problem, efter jeg er blevet opmærksom på den. Jeg tror kun, den har været der i nogle måneder, et par måneder, eller sådan noget, tre-fire måneder måske.

I1:

Yes. Godt nok. Så når eller hvis der kommer nyt materiale omkring viden og idéer omkring lige præcis sådan et emne her, hvor foretrækker du at få at vide, at der er kommet sådan noget?

K2:

Jamen, altså jeg kigger på Nord-KAP, den der mail, man får en gang om ugen. Men jeg synes tit, at det der med at man ser det, og man åbner den, og man kigger det igennem, men så også at huske at det bliver brugt. Men jeg tænker, ellers så ville det være optimalt, at det ligger under forløbsbeskrivelsen inde på Lægehåndbogen fra Region Nordjylland.

Så man ligesom har sådan det der forventes, at man gør, når man har de her børn. Det synes jeg er et godt sted, også, hvis man har sådan de her klassiske forløb i almen praksis, at bruge det. Og ellers så bruger jeg også nogle gange PRI, altså som jeg også sagde. Fordi jeg synes, så lægger jeg mig også lidt op af det, de gør inde på Børneafdelingen, og det har jeg det egentlig også godt med.

I1:

Men det her med, hvis der kommer nyt ud, der bliver jo hele tiden spyttet ny både viden eller gammel viden ud, som vi skal holde os opdateret på? Nu nævner du Nord-KAP, er der andre steder, du får input fra?

K2:

Altså Ugeskrift For Læger læser jeg også. Ikke alle artikler er grundigt, men skimmer igennem og læser, hvad jeg synes der er interessant. Så kigger man jo nogle gange i DSAMs vejledninger, som også løbende bliver opdateret. Jeg kan også finde på at slå op i DPS, eller andre selskabers vejledninger, hvis der er noget jeg er i tvivl om. Så det er der, ja.

I1:

Men hvis du egentlig skal vide, at der kommer noget nyt, så er det Nord-KAP, der måske er et godt sted for dig?

K2:

Det er i hvert fald dér, hvor jeg - Ugeskrift For Læger, eller Nord-KAP, hvor jeg får informationen foræret, kan man sige. De andre steder skal det være, fordi jeg sidder med patienten og aktivt søger noget information, så går jeg ind og kigger, hvis jeg ikke kan huske det hele i hovedet, og det kan man jo sjældent.

I1:

Fyreraftensmøder, er det noget, du gør brug af?

K2:

Ja, engang imellem.

I1:

Hvad skal der til, før det er noget, du sætter tid af til?

K2:

To ting, tror jeg. At det er noget, jeg synes er spændende, og at jeg har en kollega, eller der er også noget socialt i det. At jeg tager af sted sammen med en kollega, eller sådan noget.

I1:

Podcast, andet? Er der noget, du lytter til der?

K2:

Jeg har også lyttet lidt til de podcasts fra Ugeskriftet, men ikke så meget, men lidt.

I1:

Jeg hopper lige lidt tilbage til det der med forløbet. Vi snakkede ikke lige så meget om behandling. Der var VVS

K2:

Dét jo mere udredning.

I1:

Ja, det var udredning. Hvis vi så skal komme til, at der er kommet et resultat, hvad tænker du så i forhold til behandling?

K2:

Så jeg tænker, hvis problemet er, at der er meget høj natproduktion, vandladningsproduktion om natten, så kan man jo prøve at give medicin, antidiuretisk hormon. Og det har jeg også været med til at give i praksis. For at se om det kan have en effekt.

Jeg kan ikke lige huske, hvad præparatets navn er faktisk lige i hovedet. Men det kan man ligesom øge dosis, tror jeg nok, så vidt jeg husker. Og ellers, hvis VVS ellers er normalt, og man ikke kan komme i mål, og man tænker, det er det, der er problemet, så vil jeg ofte på det tidspunkt henvise til pædiateren mhp hvis det er ringeapparat, der er behandlingen. Det har jeg ikke prøvet selv at sætte i gang med.

I1:

Nej

K2:

Det tænker jeg heller ikke, vi har jo ikke dem til rådighed, så det vil jeg tit sende ind til pædiaterne. Nogle gange kan man også overveje at behandle en forstoppelse, før man ligesom konstaterer, om

dét er problemet. Jeg tænker også, at det er relevant nok at screene for, at der skal ikke være tegn på sukkersyge, eller urinvejsinfektion og sådan nogle ting. Differentialdiagnoser.

I1:

Og så er det måske noget ringeapparat via Børneafdelingen, eller noget Minirin eller noget forstoppelsesbehandling du nævner.

K2:

Ja

I1:

Fint. Nu sagde du også, at det tit bliver flere konstitutioner, er det sådan, at du planlægger et forløb, og følger op, eller hvordan?

K2:

Jeg planlægger mere bare konstitutionerne fra gang til gang. Men jeg siger tit til patienterne, at det er nok, at I skal forvente, at det er noget vi skal se hinanden med nogle gange. At der kommer til at være et forløb i det.

I1:

Jeg tænker lige at prøve at opsummere lidt, hvad vi har været inde på. Du siger, at du møder det måske en gang om måneden, måske lidt højt sat. Du tænker, at du har flere børn end gennemsnittet her. Altså i vores praksis her, er der flere børn. At det tit er sådan, i den tidlige skolealder, og det er noget de selv bringer op. Men at det også kan spørges ind til ved børneundersøgelsen. Du nævner forløbet der. Det synes jeg, at vi har været en del inde på. Du gør brug af VVS. Du kan godt opleve lidt barriere der, i forhold til tidsmæssigt, både at få det instrueret, og får det udfyldt.

K2:

Og få det udfyldt korrekt...

I1:

Så der er noget der. Og så nævner du noget tabu. Både egentlig, sådan fra børnene, der kan synes det er pinligt, men også forældrene. Jeg synes, at jeg hører dig sige, at når du bringer det op, er det rigtigt forstået, at du måske kan være lidt påpasselig med at bringe det op. Eller i hvert fald hvordan du italesætter det, for ikke at gøre det til et problem. Eller gøre det barnet sygt.

K2:

Jeg tror i hvert fald. Jeg har ikke noget problem med at sige det. Jeg synes, at det er noget vi skulle prøve at arbejde med. Så jeg synes, at man skal passe på med, at hvis det er et barn, der synes det er meget pinligt, og er ked af det. Og føler måske, at hvis man bliver drillet med det. Der kan også have været mange konflikter i hjemmet, med forældrene. Så kan det godt være et ømt emne at komme ind på. Så vil jeg ikke være den, der siger det er forkert. Jeg vil mere bare sige, at det er noget man kan prøve at finde ud af, og man kan hjælpe dig med.

I1:

Så du vægter dine ord lyder det til.

K2:

Ja.

I1:

Og du snakker om, at man kunne nævne børneundersøgelserne. Der var nogle forskellige steder, du søger viden.

Ja, alltid, så jeg har egentlig ikke flere spørgsmål. Har du nogen input? Det kunne være alt muligt omkring den her patientgruppe. Tanker, idéer?

K2:

Nej, det tror jeg ikke, jeg har mere.

I1:

Nej, helt fint. Så slutter vi her.

Refleksioner

Samtalen foregik sidst på eftermiddagen efter dagens normale program i kollegaens konsultationsrum. Kollegaen sad i sin vanlige stol og jeg sad i "patienternes stol". Det var en uddannelseslæge, så det føltes ligeværdigt.

Vedkommende var positivt stemt, talte hurtigt og søgte ikke længe efter sine svar. Kollegaen var imødekommende og koncentreret indtil sidste del hvor denne begyndte at klikke lidt på sit tastatur og drikke kaffe. Jeg fik en smule indtryk af at der indimellem blev ledt mere efter de "rigtige svar" frem for egentlige erfaringer.

BILAG 4 – Interview K3

Interview udført d. 20/9-2023.

I2 = Interviewer

K3 = Kollega/Informant

Inden interviewet gik i gang blev informanten briefet om emnet og samtykke blev indhentet.

I2: 1, 2, 3, ja den er gået i gang. Er du klar?

K3: Ja.

I2: Vil du fortælle, hvad din stilling er, og hvor længe du har arbejdet i almen praksis?

K3: Jeg hedder (X), og jeg er praktiserende læge i (X). Jeg har haft den her klinik siden 2007 og har arbejdet som uddannelseslæge her før, så alt i alt har jeg været tilknyttet den her klinik siden 2001.

I2: Okay. Hvad tænker du, når der på dit dagsprogram står et barn eller ung med sengevædning?

K3: Ja, tit så kommer de faktisk på alle mulige andre måder... sådan så de kommer og er bekymret for, om de nu har blærebetændelse eller har børneorm eller ondt i maven eller et eller andet... så det er ikke alle sammen, der bare kommer og siger, at nu er vi trætte af den der natlige ble.

I2: Nej?

K3: Så skriver de tit eller ringer, fordi det, synes de, jo ikke er noget akut... eller også har de været i kontakt med sundhedsplejesken først... fordi det er faktisk noget, de bliver inviteret til i indskolesamtalen... om der er en natlig vædning eller dagsvædning eller et eller andet... så det er et spørgsmål de selv bliver stillet... så vores forældre er ikke i sig selv bekymret over, at de har en nattevæder... så er det fordi, de kommer med noget andet, så begynder vi at snakke og så okay.

I2: Ja, så det du siger det er, at de ikke har tænkt på, at der kunne være nogen behandling for det, og de kommer af anden årsag?

K3: I hvert fald dem der kommer i konsultationen, men det er mere det her med, at der er en vid accept af, at indtil man er i skolealderen, så kan man godt have uheld om natten... ja, så det skal være sådan relativt meget, før de bestiller tid til det... og så har de nogle gange været omkring sundhedsplejesken.

I2: Ja, okay. Hvor meget synes du, at problemstillingen fylder i praksis her?

K3: Jeg tror, det er en af mine rutineting... så det kan da godt være, vi har et eller andet flow i det... men det er sådan meget håndgribeligt, og vi har sådan noget nice to say, nice to do.

Vi har haft vores sundhedsplejeske ude... måske er det en del år siden... som ligesom har fortalt, hvad kan de, og hvordan kan de være behjælpelige... jeg tænker, vi har et flow i huset, der svarer til det... det håber jeg.

I2: Ja.

K3: Håber vi gør det, vi tror, vi gør.

I2: Hvor tit tror du, du ser...?

K3: Ja, det er jo godt nok tit, de kommer ind til nogle andre læger end mig... men mon ikke jeg blandes ind i det? Jeg tror ikke, det er mere end to eller tre gange om året... ellers så er det via en uddannelseslæge eller et eller andet.

I2: Ja. Så de kommer oftere ind ved uddannelseslæger eller hvad?

K3: Ja, det tror jeg.

I2: Okay. Ja....

K3: Men det er en nem problemstilling, hvor man ved, hvad man skal sige, og hvad man skal gøre.

I2: Jamen det er da rigtig godt at høre. Kan du huske tilbage på et patientforløb og beskrive det?

K3: Ja, vi havde en familie, hvor der var to børn, der var sengevædere.... og der havde moren meget behov for, at det skulle medicinsk løses, fordi det havde den ældste haft gavn af... så havde hun ligesom syntes, at så kunne vi springe alle de der indledende øvelser over... så der var sådan lidt en forhandling om... ej vi synes også der skal laves de samme ting for søster... så hun kom og fik lavet urin-stix og væskevandladningsskema, og fik ligesom konstateret de samme ting som broren... og så har vi sådan, at så går de bagefter til sundhedsplejesken, fordi de har de der... hvad hedder det... Wet Stop-pants, som de ligesom kan låne med hjem. Men den her familie havde altså det i forvejen, sådan en måler der.

I2: Wet Stop pants... Dem kender jeg ikke. Er det ringerapparat eller hvad er det?

K3: Ja, det er en vibrator, der sidder her (peger på brystkassen) og prøver at vække... og så vibrerer den efter ganske lidt væske. Jeg tror stadigvæk, det er den, der bliver brugt mest.

I2: Ja... okay... så, hun blev behandlet med sådan en Wet Stop. Og det var fordi, du fandt frem til, at det var?

K3: Det var noget andet... fordi storebroren havde haft en stor natlig urinproduktion... og det var oppe i 8-10 års-alderen... så han har fået Minirin ad flere gange... og det havde også fungeret med, at han har kommet op til os, så vi fik lavet undersøgelser og vi har samarbejdet med sundhedsplejesken... og så er det så blevet medicinsk behandlet over... to-tre gange... før han blev kontinent om natten... så jeg tror, han var ti år inden... så da mor kommer med søsteren, så tænker hun, at hun skal bare have noget medicin.

I2: Mmm...

K3: Men fordi vi jo har den her måde at håndtere det på, så kommer hun det hele igennem, og så ender det faktisk med, at hun ikke har den samme problemstilling som storebroren.

I2: At det var en lille blærekapacitet...

K3: Ja, det var en lille blærekapacitet. Og ja... hun fik gavn af de der Wet Stop pants. Det er bare for at sige, at det er vigtigt, at man holder fast i sin... hvad skal jeg sige... vi plejer at gøre sådan... også selvom man på telefonen bliver trykket på maven.

I2: Ja... er det også tit, hvor du vælger bare at vente uden at behandle?

K3: Ja, hvis de ringer og siger, at man er fem år gammel og synes, at nu skal der ske en hel masse, så vil jeg hellere normalisere det at have en natble på... at det sker der ikke noget ved... det kan man også have henne hos sin kammerat.

Tit i anamnesen skal vi selvfølgelig være sikre på, at der ikke er noget andet... så vi kan godt se børnene, om der er børneorm eller noget andet... forstoppelse er jo tit det, der gør, man tisser rigtig tit, og derfor heller ikke kan være kontinent... så vi kigger selvfølgelig på børnene, men selve det at synes, at nu skal det behandles, det er for tidligt... så vi prøver at hjælpe med at normalisere, at man godt op til 7-8-9-års-alderen må have natlig vandladning.

I2: Super... øhm... godt. Hvornår vil du henvise barnet videre?

K3: Hvis et barn har... hvad skal man sige... været kontinent, og så pludselig bliver dag- og natinkontinent, og vi ikke selv kan få det til at være forstoppelse... altså hvis jeg ligesom har udelukket alle de sådan almindelige ting, så vil jeg henvise... eller hvis der var.... jeg kan ikke lige huske, hvornår jeg sidst har henvist en.... jamen hvis der var noget patologisk i urinen eller ja.... men hvis det er blærebetændelse, så udreder vi selvfølgelig for det, og hvis det er forstoppelse, så skulle vi jo gerne finde ud af det.... så en ren inkontinent patient, det kan jeg simpelthen ikke huske at have henvist. Men jeg kan godt huske, at da jeg var på børneafdelingen, der havde de dem jo rigtig meget.

I2: Når de kommer ind, hvad undersøger du dem så for?

K3: Altså det er jo meget anamnesen, det skal hjælpe os... og så maveundersøgelse muligvis med ultralydsskanning... altså det er tit, at det jo er forstoppelse, der egentlig er årsag til de kommer, fordi han kan ikke komme i børnehaven, uden at skal tisse hele tiden, eller i skolen, hvor han skal på toilettet hele tiden... og han vågner om natten og skal tisse eller tisser i sengen... så de der 50%, der måske fejler noget nemt eller andet, skulle vi jo gerne fange ved anamnesen, undersøgelse af urin og mave... hvis det er så er en ren natlig inkontinens, så tænker jeg, der er meget pædagogik i at snakke om det her med, hvad det betyder for familien og få nedjusteret... og altså snakket om, hvor hyppigt det jo egentlig er... øhmm... hvad hedder han... ham der med tegneserien.... Cykelmyggen Egon... han har lavet sådan en tegneserie omkring tissemyren, hvor der er en dreng, der så havde natlig væden, og så skulle han på lejrskole og fik en pose ned i soveposen... så sov han inde i skabet, fordi det alligevel var meget skamfuldt for ham... så det var træls for ham... det er alt sammen lavet som en tegneserie... så ender det med, at der går brand, og så fordi, at han kan tisse, så slukker hele den her ildebrand sig, så alle jubler bare og siger, hvor var det er godt, at han var den her tissemyre.... så det er om ligesom at få lavet lidt....

I2: Anbefaler du den bog så?

K3: Jeg fortæller i hvert fald om den.

I2: Kender du andre ting, som kan informere familien?

K3: Men det er også det her med, om man nu er forkert, fordi man har en natble på? Så der er mange forældre, der gør alt for at komme af med den ble, fordi deres barn skal jo være stor nu... skal bare af med bleen... så det med at have et andet take på det og sige, jamen det er jo super, vi har alle de her bleer, der kan sørge for, at man ikke skal ligge der i tis og lugt og sådan noget... at det bliver et hjælperedskab i stedet for noget skamfuldt, at have en natble på... det tror jeg også er en vigtig ting.... jeg synes, at sundhedsplejeskerne har godt fat i det, men hvis der stadigvæk skulle sidde nogen og have sådan nogle fornemmelser af, at det her er noget, som vi skal skjule for resten af omverdenen, så prøver vi at lave om på det.

I2: Okay. Hvem står egentlig for instruktionen af væskevandladningsskemaet når du har familien inde?

K3: Det gør jeg selv.

I2: Det gør du selv?

K3: Ja.

I2: Synes du, det er besværligt?

K3: Nej, men der er mange, der uddelegerer det... det kunne jeg sikkert også... men det er, fordi jeg snakker så meget, så det at instruere i det, det er ligesom en del af den her, hvad skal vi mene om det... og pædagogikken i det... og at normalisere det... så det bliver sådan en flydende samtale, hvor det med VVS kommer med... også for at barnet ikke skal ind og ud af så mange døre... det er godt at have en legende kontakt til det.

I2: Hvad så med ringeapparatet?

K3: Det tror jeg ikke, vi bruger længere.

I2: Nej, altså den der, du sagde... Wet Stop... instruerer du i det?

K3: Nej. Jo, altså hvis det er en familie, som ikke har brug for hjælp til det, så kan de godt få et link til nettet og gå ind selv... ellers så henviser jeg simpelthen til sundhedsplejersken... og det er fordi, der sikkert er kommet et eller andet nyt, siden sidst jeg holdt øje med det... så det siger jeg... altså I skal ind og have dem til at hjælpe... så nogle gange, så har de nogle smarte ting, man kan få med hjem og lige se, om det skal være det eller noget andet. Der er sikkert kommet et eller andet, der vibrerer endnu bedre, end den der Wet Stop, ikke? Og så er der jo en, der også hjælper dem med at holde fast i... jamen sådan her må det være... eller det hjælper.... eller det hjælper ikke. Sundhedsplejersken gør faktisk også det, at de laver opfølgninger på VVS og kigger på det og kan vurdere, om det nu er tid til noget medicinsk hjælp. De har forstand på at kigge på de skemaer, og så får vi ligesom fundet dem, der ellers bare ville opgive at gøre noget ved det.

I2: Så en del af opfølgningen sker altså ved sundhedsplejersken?

K3: Ja.

I2: Har du opfølgning hos dem, der får medicin?

K3: Ja, det er os.

I2: Hvordan gør du det?

K3: Jamen det er jo sådan, at vi siger en tre måneders periode.... og det kommer jo lidt an på, om det er sådan en familie, som er meget bange for at skulle have medicin, og derfor er i risiko for, at de giver for lidt.... får for lille dosis, og sådan noget.... så vi skal ligesom snakke om, at nu gør vi det ordentligt, og så har vi en afgrænset periode, og så følger vi op på det og ser, om det virker... så de ligesom ikke skal tage stilling til hver dag... ej det er også dårligt at give al den medicin... og andre familier er jo bare rigtig dårlige til at få gjort noget hver dag og sådan noget.... så det handler også lidt om at sikre compliance og finde ud af, virker det eller virker det ikke... kommer de overhovedet tilbage... Så det kommer lidt an på, hvem det er faktisk. Men det er os, der skal holde øje... altså de må jo godt få medicin i mere end tre måneder, men vi mødes efter tre måneder, for at finde ud af, om det nu hjælper... eller jeg tror faktisk, jeg har mødet efter to uger... så det hedder dag 1, og dag 14, og så tre måneder... så ligger vi en plan der, om det nu er pause med medicin... hvis det ikke hjælper, så holder vi pause med medicinen og venter på, at hjernen bliver lidt mere moden... og ellers så plejer jeg tit at gå over til, at så kan vi måske bruge det til en legeskole eller et eller andet... fordi hvis man har fået genstartet systemet så meget, at man ikke skal bruge ret meget medicin, så skal vi også finde ud af det.

I2: Super...yes... det var det her med, om der var nogle udfordringer, med patientgruppen eller forældrene? Men du har jo egentlig været inde på, at de tiltag, du gør, dem har du egentlig succes med at få accepteret?

K3: Ja... så er det meget den her psykoedukative del af det... at vi ligesom skal finde ud af, at det må godt være sådan her... det er ikke fordi vi skal... barnet er ikke forkert... det er en umodenhed enten i hjernen eller en lille blærekapacitet... og så ... der er meget pædagogik i det... det er det.

Men vi har bare to forskellige typer for ældre. Vi har dem, der ligesom er overopmærksomme på problemet... og der skal man normalisere.... og så har vi nogle, der er underopmærksomme... og det er heller ikke til gavn for barnet, at bliver gjort for lidt.... at det skal gå og lugte af tis... eller ikke kunne have kammerater med hjem... så det er sådan lige med at få fundet vejen ind til, hvilken familie eller hvilke ressourcer har den her familie.

I2: Du sagde det der med tissemyggen?

K3: Tissemyren... ja... jeg tror ikke, at man kan få den mere, så jeg fortæller bare om den her tegneserie.

I2: Mmm... kender du nogle andre bøger eller nogle hjemmesider eller noget andet, du kunne anbefale?

K3: Det er der garanteret... næ... det sender jeg videre, tror jeg.

I2: Er der nogle muligheder for at forebygge eller tidligere opspore enuresis nocturna hos børn og unge?

K3: Ja... altså det er jo meget familier, så jeg tænker jo godt, at man kan hjælpe med at sige hvordan.... men det ved jeg faktisk ikke lige, hvad jeg skal sige til.... Det er mere det her med, at man skal sørge for, at barnet har nogle gode vaner omkring toilettet og ikke bliver forstoppet... formentlig 20 procent af alle børn går rundt og er lidt forstoppet... de har jo rigtig svært ved at mærke, om de skal tisse, eller om de skal af med afføring... og spiser måske også lidt forkert, fordi de jo altid har et eller andet, der rumsterer rundt i maven... så det er egentlig mere det, jeg tænker, jeg kan forebygge... altså det kan godt være, at det er en personlig præference, men der tænker jeg lidt, at vi skal passe på, at vi ikke gør det til en sygdom... at det er en normal tilstand... så der vil jeg hellere sige, at det behøver ikke at være nu... specielt drengene kan måske godt vente et år mere, end forældrene lige synes, så vi ikke iværksætter en fiasko.... men ellers så er det jo sådan, at.... jeg

kan ikke huske, om det er 7-8-årige, men jeg tror, det er 7-årige.... at 80% kommer igennem med den der Wet Stop... Så den pædagogiske del af det... det virker jo.

I2: Mmm.

Jeg vil gerne spørge direkte til børneundersøgelser. Spørger du konsekvent til, om børnene har smidt bleen til 5 års BU?

K3: Det skulle jeg jo sige ja til, men det tror jeg sgu ikke, at jeg gør.

I2: Nej?

K3: Men man kan jo se, om de har ble på.

I2: Jamen om natten?

K3: Ja. Nej det gør jeg simpelthen ikke, men det burde jeg.

I2: Det kunne der jo være noget forebyggende i?

K3: Ja.

Vi har jo ret grundige 2-3-4-års undersøgelser, fordi der er sådan en instruks som sygeplejeskerne har. Så jeg er ret sikker på, at det faktisk står til den der 4-års undersøgelse, at man spørger til, hvordan det går med dét.

I2: Så kunne man måske indfange de små på den måde? Eller informere om at holde øje?

K3: Ja eller måske afdramatisere den der natble... det ville være mit største fokus faktisk.

I2: Ja, men så måske også sige, at hvis han og hun bliver større og har det samme problem, så er der måske noget, man kan gøre ved det. Så de ikke bare tænker, at intet kan gøres.

K3: Ja.

I2: Har du nogen idé om, hvordan man måske kunne indfange de større børn?

AP Der forventer jeg jo, den der indskolingssamtale med sundhedsplejesken kan lidt.

I2: Det var rigtigt.

K3: Men ellers så.... ja... det er jo sådan, at vi ser ikke så tit de børn efter 5-års undersøgelsen, så vi forventer egentlig, at de kommer selv.

I2: Ja.

K3: Og så har vi jo... det der sårbare noget... dem der udebliver fra 5-års undersøgelsen.... dem indkalder vi jo. Så det er egentlig et godt perspektiv, det her med, at man skal huske at systematisk spørge efter dét. Lige nu sidder jeg sådan lidt, gør jeg ikke det, men jeg er faktisk ikke sikker... fordi når man sidder med et barn, der er fuldstændig med sprogligt, og man spørger ind til, hvordan det går og til familiestrukturen, og hvad der har sket siden sidst og sådan noget... så et eller andet sted, så tænker jeg, at mon ikke de ville sige, hvis der var noget... men det er en af de ting, som rigtig godt kan smutte, fordi det er lidt tabubelagt... ligesom, at folk heller ikke fortæller, at deres barn kun spiser franskbrød, og ikke vil have grøntsager og sådan noget. Det er som om, at man skal helt derind, hvor man får spurgt konkret til det, ellers så glider man lidt af og håber på, at lægen synes, at barnet er i orden... lidt Totte går til lægen-agtigt ikke?

I2: Jo.

K3: Så der er nogle ting, man skal huske at spørge grundigt ind til... det er nok blevet mere grøntsagerne end det er blevet til bleen om natten.

I2: Hvor sørger du viden om området?

K3: Det er længe siden, jeg har gjort det.

I2: Det sidder lidt på rygraden, kan jeg godt høre på dig.

K3: Tænk nu, hvis der var sket noget siden sidst. Jeg forventer vel, at så kommer der en uddannelseslæge som dig, der siger et eller andet helt andet, man ikke vidste. Jeg tror, det er et af de områder, jeg regner med, der opdaterer sig selv.

I2: Hvis der skulle komme noget nyt på området, hvordan ville det så nemmest komme hen til dig? Forstår du, hvad jeg mener? Altså, hvor foretrækker du at få information om nye tiltag?

K3: Jeg er blevet mere google.

I2: Ja?

K3: Ja... det er ikke så længe siden, jeg har googlet det der med Minirin.... og at vi egentlig nok har givet for lille dosis... og noget omkring, at man godt må bruge tabletterne... det skal ikke være smeltetabletter... der kan faktisk være nogle af de større børn, som ikke kan tåle de der smeltetabletter, men så godt må bruge de andre... og omregningstabellen og sådan noget... så sådan nogle konkrete ting.... jeg tænker alligevel, at jeg når at få googlet lidt... og så ser man lige nogle overskrifter eller et eller andet... det er nok meget sådan, at det er google og Nordkaps forløbsbeskrivelser, der er blevet mit hovedfokus... der hvor jeg går ind og kigger på hjemmesider, det handler altså ikke om dét, det gør det ikke.... det gør det ikke... det er sukkersyge... og ja... alle de steder, hvor man regner med, der kommer noget nyt.... det skal vælte ind i hovedet på mig.... det skal have et problem, tror jeg.

I2: Der er kommet sådan en ny hjemmeside. Der hedder Tæt og Tør.

K3: Ja.

I2: Har du hørt om den?

K3: Nej.

I2: Øjensynligt skulle der reklameres på busserne og andre steder i Aalborg?

K3: Men der kommer jeg jo.

I2: Skabt i samarbejde. Involvering af børnelæger. Og det er egentlig for, at man kan give information til forældrene. At de kan gå ind og læse. Også en beskrivelse af VVS. Det er en hjælp til selvhjælp. Men den har du ikke set eller hørt om?

K3: Nej... men det lyder jo meget logisk, at der er kommet en app, hvor man kan gå ind og lave sit VVS.... det kan være, at vi skal snakke med sundhedsplejerskerne i en ny runde... så vi kan opdatere hinanden... der er nok gået 10 år siden sidst.... Ja.... det er jo i hvert fald på (X)....og det er mere end 5 år siden.

I2: Men ved du hvad, jeg har ikke flere spørgsmål.

Det virker jo som om, at du ikke er usikker på området og ved, hvad du skal gøre.

K3: Det kan jeg da godt blive her bagefter... sådan er det jo... det er jo det "gamleste", jeg laver.

I2: Har du mere at sige eller spørgsmål?

K3: Vi får jo også nogle gange nogle epikriser fra børn.... jamen så tænker jeg... man lærer jo også noget af sine cases... eller de specielle ting, der kommer tilbage fra børneafdelingen.... jeg synes jo ikke lige det her område.... der er ikke mange børn heller ikke af dem med andre specielle forhold, som... det er inde ved Jesper Thorup... han har altid været tilknyttet det område... det er faktisk også hans skyld, at jeg synes, det er en pædagogisk opgave... under min uddannelse var jeg med ham inde... han var fantastisk... den måde, han ligesom kan psykoedukativere.... formidler på... hvordan en familie skal håndtere problemet.... det er han rigtig god til... så når jeg lige tænker over, så er det faktisk det, der har været... sådan.... efterfølgelsesbilledet... nååhhh ja... det er sådan man kan håndtere det... Ja.... han sidder og tegner og siger.... ej du er blevet så stor, men blæren, den mangler lige at vokse lidt ekstra.... så sidder han og laver sin tegning til børnene.

I2: Han er god.

K3: Ja.

I2: Har du ellers andet for ellers vil jeg stoppe diktafonen.

K3: Nej.

Efter interview blev der holdt debriefing med resumé af hovedpunkter.

Refleksion:

Interviewet foregik i konferencerummet. Et lille neutralt rum, som ingen af os har speciel tilknytning til. Atmosfæren var god. Den interviewede er tutorlæge for UT, hvilket selvfølgelig gjorde lidt ved magtbalancen. AP-lægen var interesseret i interviewet, opmærksom på UT og sad fremadlænet i stolen. AP-lægen svarede hurtigt uden stor eftertanke. Virkede hjemmевant i emnet, sikker og komfortabel. Interviewguiden lå på bordet og var en lille smule forstyrrende, da den var emne for opmærksomhed for begge parter. Samtalen gik ellers glat.

BILAG 5 – Interview K4

Interview udført d. 20/9-2023.

I2 = Interviewer

K4 = Kollega/Informant

Inden interviewet gik i gang blev informanten briefet om emnet og samtykke blev indhentet.

I2: Sådan der... den er tændt. Skal vi så ikke bare gå i gang?

K4: Jo.

I2: Til at starte med vil du så fortælle mig din stilling, og hvor længe du har arbejdet i almen praksis?

K4: Jeg er ansat i delepraksis som speciallæge, og jeg har arbejdet i almindelig praksis siden mit KBU startede i 2017. Og så har der selvfølgelig været noget hospitalstid på hoveduddannelsen.

I2: Ja, okay.

K4: Ja, så det bliver 6 år sådan.

I2: 6 år?

K4: Med nogle fratræk fra hospitalsophold.

I2: Ja, så sådan 3½ år måske?

K4: Ja det har det nok været... og samlet cirka 2 år uafbrudt... de seneste 2 år har været uafbrudt.

I2: Hvad tænker du, når der på dit dagsprogram står et barn eller ung med sengevædning?

K4: Så tænker jeg, at det er langt imellem, at jeg har den problematik. Så tit vil jeg nok faktisk lige få læst lidt op på det inden, at jeg tager konsultationen... og ellers så tænker jeg, at det som alle andre konsultationer, nærmest, starter med en anamnese, hvor det jo nok er forældrene, der er de bærende til at fortælle, men også selvfølgelig med input fra barnet, og især også, hvor generet barnet er af det, er rart at høre fra deres egen mund. Og så har jeg en idé om, at vi nok kommer til at lave et væskevandladningsskema efter en objektiv undersøgelse og så en opfølgningstid... det er som det... det vil sige den ramme, der bygger op i mit hoved inden.... kan man mene.

I2: Bliver du?... Det vil sige, du går til problemstillingen... du bliver ikke sådan træt af at se, at de er på programmet eller noget?

K4: Øh, nej. Det vil jeg ikke sige, men jeg tænker, at det her... altså det, man kunne være træt af, det er... jeg tænker, at det her er typisk svært lige at løse.

I2: Mmm...

K4: Så hvis der er en forhåbning om et quick fix, så kan det jo godt blive en lidt udfordrende snak... eller... at så skal vi lige nærme os forældrene angående det også. Og jo, der er selvfølgelig lidt risiko for, at der er frustration i familien, så på den måde kan det godt være... men første gang de kommer, vil jeg ikke tænke åh nej. Hvis jeg skulle tænke det, ville det være, hvis vi havde set hinanden nogle gange, og det begyndte at køre fast eventuelt.

I2: Hvor meget fylder den her problemstilling i den her praksis? Du har jo selv sagt, at det er ikke så tit du støder på den?

K4: Nej, for mit vedkommende er det godt nok ikke ret meget. Jeg kan ikke sige det præcist, men min fornemmelse er, at det kun er en enkelt eller to, måske tre på de her cirka 1½ år, jeg har været her... det tror jeg... hvor det har været kontaktårsagen. Men det er lidt usikkert. Men det er ikke meget... det er i hvert fald ikke hver måned, jeg ser en... slet ikke.

I2: Har du et indtryk af, at det er sådan, det er hos alle lægerne her i praksis... at det ikke er ret mange, de ser?

K4: Det tør jeg ikke sige... det er ikke noget, jeg har snakket særlig meget med de andre om... men altså min fornemmelse er, at mit program repræsenterer sådan meget godt det, som de andre også ser... så jeg vil gætte på, at der også går lang tid imellem, at de ser en med den her problematik... og det er det, konsultationen handler om.

I2: Kan du huske tilbage på et patientforløb hos et barn eller en ung med enuresis nocturna? Kan du huske en af de der to-tre?

K4: Øh, ja. Ikke detaljeret... slet ikke detaljeret... men jeg har en fornemmelse af... en dreng, som har været en 6-8 år, tror jeg.

I2: Ja... og hvad var hans problem?

K4: Jamen det... hvis jeg husker rigtigt, så har det jo været... så har det nok både været natlige vandladning og måske også nogle gange ufrivillig vandladning i skolen. Jeg tror, det var en kombination af de to, tror jeg.

I2: Du har jo været lidt inde på, hvad du ville gøre. Du sagde det her med, at du ville lave en objektiv undersøgelse. Kan du komme nærmere ind på, hvad du ville se efter der?

K4: Ja, altså jeg vil jo starte med anamnesen, men hvis vi går til det objektive...

I2: Nej, nej, du må godt... bare i din rækkefølge.

K4: I min rækkefølge... jamen jeg vil bruge det.... altså størstedelen af konsultationen vil være at høre om det her problem... øhhh... og det er jo noget med at få det kvantificeret... er det hver nat?... er det flere gange?... barnets alder?... har det stået af på altid eller har der været en periode, hvor det har fungeret?... er det nyttilkommet?... også er der daginkontinens?... vandladningen i det hele taget, er det besværligt?... er det pinligt?... ja apropos pinligt... altså... er der sket noget psykisk belastende?... det ligger måske ikke helt tidligt, men det er en væsentlig del af anamnesen... det kunne være skilsmisse... det kunne være alt muligt... har da også hørt om, at der er nogle forældre, der siger, at det er et problem ved den ene, men ikke ved den anden... så det er også en central oplysning... og afføring... obstipation er meget vigtig i den her sammenhæng også... ja og så det der indtryk af, hvad synes barnet selv om det her... er det noget, der generer eller er det ligeglad?... Det er nok i grove træk den anamnese, jeg kører... så er det selvfølgelig ultra sjældent, at der kan være neurologisk problematik og sådan noget... så det skal man selvfølgelig lige være omkring... altså sund og rask normal vis eller nogle sygdomme i bagagen?... Ja, det tror jeg.

I2: **Ja?**

K4: Hvis det så er det objektive?

I2: **Ja.**

K4: Så vil det nok være palpation af abdomen og genitalia inspektioner... der kunne fx være en udtalt phimosis, der generer eller.... er der noget der er... hvis det er nyopstået rødt, der gør ondt... så kan det godt være, at der er noget infektionselement i det... ja... jeg tager meget tit, med børnene, højde og vægt med som sådan en eller anden bagvedliggende basisinformation... jeg tror ikke, jeg vil lave en neurologisk undersøgelse på barnet i udgangspunkt med mindre, at jeg ser, der er et eller andet pudsigt bevægelsesmønster eller hvad ved jeg... jeg vil selvfølgelig ikke gøre det umiddelbart... og så kan vi selvfølgelig diskutere rektal-eksplorationen... den vil jeg nok også typisk springe over, selvom det måske var mere korrekt at have det element med... ja... det vil nok være det.

I2: **Kan du huske, nu sagde du noget med VVS?**

K4: Ja.

I2: **Ej... ved du hvad... det vender vi lige tilbage til.**

Hvad for nogle behandlingsmuligheder har du gjort brug af?

K4: Jamen... jeg tænker jo sådan, at overordnet set... sådan fra hoften... så skal vi jo finde ud af, er der en natlig overproduktion?... Og øhh... jeg kan ikke engang huske det produkt, er det Desmerin eller sådan noget?

I2: **Desmopressin?**

K4: Desmopressin... ja... det tror jeg, jeg har ordineret, men det er godt nok sjældent... og ellers, om det ligesom er det her med, at det ikke er fordi, de producerer for meget om natten, men det er mere, at blæren tømmer sig for tidligt...

I2: **Altså en lille blære?**

K4: En lille blære ja... og så vidt jeg husker, så er det jo sådan noget med et ringeapparat og noget træning og noget opmærksomhed på det... men som sagt, så vil det altså lige være noget, jeg skal slå op engang, fordi det ligger ikke på ryggraden.

I2: **Ja ja ja... nej nej nej... Det vil jeg også selv, for man glemmer det. Men du husker nu godt, synes jeg.**

K4: Det, tror jeg, er de to baner, hvis det ligesom er, hvad kan man sige, såkaldt primære... hvis ikke det er sekundært til obstipation, for så skal det jo håndteres først... så vil det være med Movikol typisk... eller om der er et eller andet infektiøst i det, så vil vi naturligvis gå i det spor... Altså hvis det er sekundært til noget andet.

I2: **Hvornår vil du henvise barnet?**

K4: Øhm... det... jeg tror faktisk, at hvis der blev... hvis barnet var generet af det og havde en alder på, lad os sige, 7-8 år eller sådan noget... og der var brug for sådan noget ringeapparat eksempelvis, så ville jeg faktisk henvise... fordi jeg ville ikke føle mig helt komfortabel i at vide, hvor de skulle hente det henne og sådan noget... med mindre, at de købte det selv på nettet, og så kunne vi da godt prøve at snakke lidt om det... øhm... men det kunne jeg godt finde på at henvise.

I2: **Så du føler dig ikke helt hjemme i at instruere i det der ringeapparat der?**

K4: Nej? Det gør jeg ikke.

I2: **Er der nogle andre tidspunkter, at du ville henvise og ikke gå i gang med noget behandling selv? Altså det er jo heller ikke en eksamen det her... (griner)**

K4: (griner)... nej... nej... hæhæhæhæhæhæhæhæ... neeej... bup bup bup... altså det er klart, hvis jeg tænkte det sekundært til neurologisk, så er det helt oplagt... eller hvis der er en svær phimosis, og Dermovat ikke kunne gøre noget, så ville det så blive urologisk... hmm... jeg vil godt turde med noget... øh... altså medicinsk behandling... det tror jeg faktisk godt, at jeg tænker, at jeg vil turde at starte op... og det, jeg føler mig allermost komfortabel i, det er jo obstipationsbehandling... fordi det kører meget oftere... så hvis det er det spor, så vil jeg selv gå med ret langt.

I2: **Ja?**

K4: Ja... så lidt blandet... afhængig af, hvilken retning vi skal, og hvor rutineret jeg føler mig i det.

I2: Det der VVS. Instruerer du selv i, hvordan det skal gøres?

K4: Ja, det gør jeg typisk. Der er nogle gange, altså i et svagt øjeblik, hvis jeg synes, at jeg er bagud, så overlader jeg det til den, der nu er i vores laboratorium, hvis det er en af vores sygeplejersker. Jeg vil ikke sætte en af de studerende til det... så det gør jeg nogle gange, men de fleste gange... ja... der instruerer jeg selv.

I2: Ja?

K4: Og det tror jeg måske... især til børnene... der vil jeg jo nok selv instruere.

I2: Følger du op på behandlingen, når du har iværksat den?

K4: Ja... det vil jeg gøre... jeg tror altså igen... det er jo ikke noget, jeg har læst op på, men et slag på tasken vil være, at jeg vil sige, at vi ses om to måneder... agtigt... og høre om, hvordan det har udviklet sig. Sådan et skud fra hoften.

I2: Det er det, du tror, du har gjort?

K4: Ja, det tror jeg.

I2: Er der andre støtteværktøjer, du har gjort brug af?

K4: Jamen, det tror jeg ikke... nu ved jeg jo faktisk, at der er den der fine... jeg kan ikke engang huske.... men der er en hjemmeside, som er lavet af, hvad kan vi sige... børnenefrologerne eller uropædiaterne.

I2: Altså sådan en ny hjemmeside?

K4: Ja... hvad er det indenfor? Er det indenfor et halvt år?

I2: Tæt og tør?

K4: Tæt og tør, præcis. Var det ikke Søren Hagstrøm, der CF på den, men jeg ved ikke, om Jesper Thorup er med på den?...

I2: Hvordan har du fået nys om den?

K4: Det kan jeg eddermanne ikke huske.

I2: Har du set den på en bus, eller?

K4: Jeg kan ikke huske, hvor det kommer fra.... men det kommer lige til mig nu... at den, ved jeg, eksisterer... jeg har aldrig åbnet den... men hvis jeg lige fik sådan en åbenbaring... en indskydelse... så vil jeg helt sikkert bruge den. Det er også folk, jeg har meget stor respekt for endda... de forfattere, der står bag den... men den tror jeg, jeg vil lægge min lid til... og tænke, at der kan jeg godt få den information, som jeg kan have brug for.

I2: Og måske også give til forældrene?

K4: Ja,.. jeg kan ikke huske, om det var henvendt alene til sundhedspersonale, forældre eller begge dele... men ja, det tror jeg, jeg vil...

I2: Men den er i hvert fald ikke ny for dig.

K4: Jeg har hørt om den, men jeg har ikke haft den åben.

I2: Næh... okay.

Oplever du nogle udfordringer med de her inkontinente børn eller deres forældre?

K4: Ja, som sagt, så er min erfaring lidt begrænset lige... men jo... og også i forhold til daginkontinens... og hvis jeg må brede den en lille smule mere ud... hvis det nu er noget genstridigt obstipation, for det har jeg lidt flere med... så den her tematik... det kan godt... jeg har før oplevet frustration hos forældrene, at de synes, det her er et stort problem... fordi barnet synes, det er pinligt... og forældrene synes måske, at det er lidt forkert... at det er for lang tid, at barnet bliver ved med det her... og jeg har også en enkelt gang, måske to, oplevet... hvad kan man sige... sådan lidt... ja

mistillid er måske lige hårdt nok... men en lidt aggressiv tone fra forældrene, om at bringe mig i handling eller henvise til pæd... og mit indtryk er, at de har haft en oplevelse af, at være blevet skubbet lidt til hjørne... men det er jo min tolkning... jeg tror ikke, at de har sagt det direkte... men jeg kan i hvert fald godt... jeg har oplevet noget frustration, der ligger hos forældrene... og det... jo... det kan godt følge med.

I2: Er det udredningen, som de er frustreret over? Eller er det bare selve situationen, og det arbejde, der ligger i hjemmet?

K4: Jeg tror, det er selve situationen... og så tror jeg, at det er... altså... det er jo noget, der kræver en indsats fra familien... i nogle situationer i hvert fald... og en langvarig indsats... eller en vedholdende... og det kan godt give frustration... og så har jeg også lidt på fornemmelsen, at de har haft et element af... oplevelsen af... at problemet ikke er taget alvorligt... så jeg har i hvert fald haft succes med en enkelt gang, hvor altså... så lige tage sådan god tid, så de kan få... altså bare sådan et helt almindelig princip om, at de kan få læsset af... og har indtrykket af, at jeg lytter... og det havde jeg held med.

I2: Mmm...

Er din behandling også nogle gange bare at vente?

K4: Ja... altså, hvis det er sådan, at det ikke generer barnet... og hvis det ikke er noget nyttilkommet, hvor de tænker, at det er alligevel spøjst, at det dukker op nu... hvis de aldrig har været kontinente, og det er stille og roligt går sin gang... så ja, det vil... og især hvis de ikke er ret gamle... jeg kan ikke sige sådan en hård cut-off alder... men sådan lidt skolestartsagtigt... altså, hvis de kommer i børnehavealderen, så er det typisk bare at vente og lade tiden arbejde.

I2: Okay.

Er du nogensinde bange for, at du sygeliggør raske børn ved at gå i gang med noget behandling?

K4: Det synes jeg ikke, jeg sådan har været bange for... og det kan der selvfølgelig godt være et element af arrogance i... men jeg synes jo, at i og med, at jeg gør lidt ud af at høre, at de synes, at de har et problem... så er det rimeligt også at tilbyde at gå videre med udredning... i hvert fald, hvis de har lidt alder... jeg har aldrig været i en situation, hvor jeg har følt, at jeg har påtvunget udredning til et barn, som ikke synes, at der var noget at tage hånd om her.

I2: Nej.

K4: Det tror jeg ikke.

I2: Hvor mener du, at udredningen af enuresis hører til henne? I primærsektoren eller i hospitalsregi?

K4: I primærsektoren i hvert fald... de indledende skridt.

I2: Ja.

Hvilke muligheder er der for at forebygge eller opspore enuresis?

K4: Det var et godt spørgsmål. Det har jeg svært ved at svare på. Med risiko for at lyde plat... så dét at få tisset godt af inden man skal i seng... ikke drikke for meget lige inden... jamen... vi har jo i princippet børnene der til 5 års undersøgelse... så der kan man godt høre til det... det må jeg indrømme, at det har jeg nok aldrig... jeg har aldrig spurgt specifikt til det... det er jo mere som sådan en åben... er der et eller andet der generer?... er der nogle problemer?

I2: Så du har ikke spurgt specifikt, men forventer, at forældrene vil sige noget, hvis barnet fortsat brugte ble om natten?

K4: Ja... hvis de synes, at der er et problem, så håber jeg, at de svarer på det spørgsmål ærligt... ja... Jeg spørger aldrig specifikt til enuresis eller til ble... det tror jeg faktisk ikke, at jeg får gjort... næ... det ville ellers være rimeligt nok... også i det store billede for deres udvikling... men nej, det gør jeg faktisk ikke... det er et fuldstændig åbent spørgsmål, jeg stiller... er der nogle problemer med et eller andet?

I2: Ja, men fair nok.

Det kunne så være, at man kunne fange nogen ind der (5 års BU), hvor man kunne informere om, at der senere evt kunne være tilgængelig behandling.

K4: ja.

I2: Har du nogen idéer om, hvordan man kunne indfange større børn?

K4: Umiddelbart så tænker jeg, at mest af alt så ligger det hos forældrene, men ellers så kunne sundhedsplejesken måske være en fagperson, der kunne have en rolle her... det kunne være en overvejelse...

I2: Nå, nu kommer vi lidt ind på det samme igen, fordi du nævnte selv hjemmesiden "tæt og tør". Men kender du nogle andre hjemmesider eller noget, hvor du eller din patient har kunnet hente noget information?

K4: Lægehåndbogen og mit go-to i mange henseender... og også her... Udover det... ja og så patienthåndbogen for deres vedkommende... men ellers nej...

I2: Okay, okay.

Hvor foretrækker du at få information om nye tiltag?

Hvis der skulle ske noget nyt inden for området, hvordan ville man så kunne nå dig?

K4: Nordkaps mail... og det kunne faktisk også ske at være i Nordkapmailen, at tæt og tør... at jeg havde set det... måske... det er et godt bud... det tror jeg, er den væsentligste måde til at nå mig direkte med den slags.

I2: Okay. Og så har vi lige det sidste spørgsmål her, og det var, om der var nogle andre faggrupper eller samarbejdspartnere, som du tænkte kunne være relevant at involvere? Du nævnte selv sundhedsplejesken..

K4: Ja... og så har vi jo så pædiatrisk og.... om jeg vil bruge... der er jo både privatpraktiserende pædiatere eller pædiatrisk ambulatorium.... Jeg ved faktisk ikke, hvem jeg vil bruge... det vil måske være en lille smule tilfældigt... jeg tænker begge dele vil kunne lade sig gøre... ja det må være det... man kunne selvfølgelig også snakke om skolelæreren... altså hvis de oplever et barn, der er ked af det, vil det jo være en indgang til at snakke om det... men jeg tænker ikke det primært ligger hos dem.

I2: Nå... men ved du hvad, det var faktisk alle de spørgsmål, jeg havde. Har du noget mere, du vil uddybe med? Nogle spørgsmål?

K4: Nej det tænker jeg ikke.

I2: Så var det egentlig det. Så tror jeg bare, at jeg slukker den her.

Efter interview blev der holdt debriefing med resumé af hovedpunkter.

Refleksion:

Interviewet foregik i konferencerummet. Et lille neutralt rum, som ingen af os har speciel tilknytning til. God stemning. Der kunne spores en lille smule usikkerhed ved den interviewede, da emnet blev præsenteret, men det svandt hurtigt som kollegaen kom igang. Kollegaen var interesseret i interviewet, opmærksom på UT. Kollegaen var rolig og velovervejende. Virkede orienteret i emnet. Samtalen forløb uden komplikationer.

BILAG 6 – Interview K5

Interview udført d. 20/9-2023.

I3 = Interviewer

K5 = Kollega/informant

I3:

Vil du starte med at fortælle din stilling og hvor lang tid du har været ansat i praksis generelt?

K5:

Ja. Jeg er praktiserende læge, og det har jeg arbejdet i specialet siden 2013.

I3:

Mhm. Og hvad tænker du, hvis der på dit program står et barn eller en ung omhandlende sengevædning?

K5:

Interessant. Og et spændende felt, hvor jeg tænker, at jeg har en vigtig opgave for at hjælpe barnet og familien.

I3:

Mhh. Hvornår har du sidst haft sådan en problemstilling?

K5:

Jeg synes sjældent. Desværre. Det har jeg måske haft for en to måneder siden, tror jeg.

I3:

Mmh. Hvor meget fylder problemstillingen i praksis generelt? Altså, hvad er dit indtryk?

K5:

Jeg tror, der er meget, der bliver mørketal i det her engang. Hvor det er enten familierne eller børnene engang. Jeg tror, der er en forsinkelse engang fra børnene eller fra familierne.

I3:

Mhm. Ja. Hvis du så skal forestille dig... eller hvis du skal tænke tilbage på det sidste patientforløb, som du har haft der for de par måneder siden. Kan du så beskrive det forløb?

K5:

Øhm.. Jo, det kan jeg godt ende i, at det var en samtale med forældre og barn. Mhm. Og så er jeg ret sikker på, at det var en selv, altså ud over samtalen, en undersøgelse af mave og spørge ind til, hvad kan man sige, funktion af vandladning og tarmefunktion.. Øhm. Og så er jeg ret sikker på, at det også var et væskevandladningsskema, og så en urinstix, så en opfølgning.

I3:

Ja. Kan du prøve at uddybe lidt mere?

K5:

I forhold til det, jeg gjorde?

I3:

Selve forløbet.

K5:

Ja, altså så var det jo egentlig, det var et forløb med daginkontinens. Ja. Jeg ved ikke også, om der var fækal inkontinens også engang, men så var jeg ret hurtigt der engang efter det indledende. Egentlig at henvise til en børnelæge.

I3:

Ja, ja, okay.

K5:

Så jeg tænker sådan, hvor det er daginkontinens, og hvor det er fækal inkontinens, så tænker jeg, så er det, så synes jeg det er svært. For os engang i forhold til at kunne håndtere sådan en problematik, engang i forhold til, dels vejledningen i det, opfølgningen også, hvor enuresis er noget mere håndgribeligt. Det er også også vidt, jeg husker det, så ved jeg ikke, om anbefalingerne er primært, at det også skal være sådan i, hvorhen de nu skal være placeret, men det ved du mere end mig.

I3:

Jae, men det er bare din erfaring, vi skal snakke om jo. (Smil)

Og hvad så med enuresis? Nu nævnte du det selv. Ja. Hvad gør du der? Hvis du forestille sig du har en patient.

K5:

Jamen, udover altså. Udover den basale udredning, der hører med til det med anamnesen og undersøgelsen, og at vi skal vandladningsskema. Så er det jo ud fra det, at man så finder ud af, at det er en natlig polyuri engang, eller er det i forhold til noget blæretræning, der så skal til så en gang. Eller er det adfærdssændring i forbindelse med væskeindtagelse, eller lige hvordan det er. Ja.

I3:

Ja. Har du meget berøring med området?

K5:

Ikke, tror jeg ikke mere end gennemsnitligt. Og så det, man har været på børneafdelingen i forbindelse med sin uddannelse. Det er meget sygeplejerskestyre.

I3:

Ja... Har du nogle udfordringer i forhold til den her patientgruppe, eller noget, du sådan tænker, der kunne være udfordringer?

K5:

Nej, det tror jeg ikke.

I3:

Det tænker du ikke?

K5:

Nej, det tænker jeg ikke. (Smil)

I3:

Hmm. Så har du gjort brug af nogle behandlingsmuligheder selv?

K5:

Ja. Det er for lang tid siden, jeg udskrev fx Minirin, eller i forhold til et ringapparat, eller hvad man nu kan... Jeg tror jeg mener, det er noget, man kan udstyre sig med, man kan have på sengen

engang, eller i underbukserne engang, man kan have installeret. Det er bare så lang tid siden. Ja. Det er for sjældent.

I3:

Har du tænkt over, hvorfor det kan være, det er så sjældent?

K5:

Overhovedet ikke. Jeg ved det ikke. Det kan være, at det er den første ledige læge i huset, er måske en anden end mig. Måske, hvis det er sådan på tiderne.

I3:

Det kunne da godt være, ja... Er der nogle måder, du tænker, vi som læger kan opfange det lidt mere, har vi nogle muligheder for at forebygge det lidt?

K5:

Jeg synes jo, at profylakseundersøgelserne, hvor man har børneundersøgelserne ved 4-5 års alderen, og så en skolestart, hvor jeg tænker, det vil være noget, hvor man kunne adressere det som læge en gang. Nævne, hvordan går det med det, og i forhold til legeaftaler, eller overnatninger ude, hvordan går det? Det kunne man da spørge. Jeg tror ofte, det er noget, man opdager mere i børnehaverne eller ved skolestart, og så bliver der et problem ud af det potentielt.

I3:

Mm. Nu hvis vi ser tilbage på den her, som du, den patient, du så her for et par måneder siden, det var så dagsinkontinens. Hvem bragte det egentlig op?

K5:

Det gjorde forældrene.

I3:

Det var forældrene. Mm. Kan du huske, hvor gammel det barn det var?

K5:

Skolealderen.

I3:

Så det var i skolealderen, de så, at det var et problem?

K5:

Ja, første klasse, syv år. Mm. Cirka.

I3:

Ja, okay. Hvem står egentlig generelt for instruktionen altså ift væskevandladningsskema, i forhold til børn her i praksis? Gør du selv?

K5:

Det gør jeg selv.

I3:

Og det er okay i forhold til tiden?

K5:

Det kommer helt an på, hvordan samarbejdet går med forældrene. Og nogle gange så kan man jo blive nødt til at have en opfølgende tid, hvor man taler om det, hvis det er en specialundersøgelse, eller en, som er vigtig at få og stige rette informationer fra forældrene af.

I3:

Og hvordan synes du generelt samarbejdet med forældrene, det er i forhold til det her? Er der nogle barrierer i det?

K5:

Nå, men jeg har det... Øhm... For den seneste case, så var det, at familien var meget utålmodig og vil gerne have hurtig udredning engang. Hvor man ikke altid måske får lov, som den behandler man er, til at gøre sin del af arbejdet færdigt.

I3:

Ja. Tænker du, det var din årsag til at henvise hurtigt, eller var det på grund af emnet?

K5:

Ja, det var en årsag til det.

I3:

Ja, okay. Hvad tænker du, der kunne lette håndteringen i forhold til? Er der noget, der sådan, nogle tiltag, eller noget, der kunne lette håndteringen af de her børn?

K5:

Jamen, det kunne det være, at der er den nye hjemmeside tæt og tør engang, hvor det er, at man måske kunne informere ude i børnehaverne om, at der kunne være et opslag til forældrene omkring det her, at det her univers, det findes, og man kunne læse nogle flere informationer derinde.

I3:

Har du været inde og kigge på hjemmesiden der?

K5:

Ja.

I3:

Hvad synes du om den?

K5:

Det synes jeg umiddelbart, som jeg lige husker det, at det så ganske okay ud. Der var meget selvhjælp i hvert fald i det, som jeg lige husker det.

I3:

Hvor mener du egentlig, at udredningen af enuresis, det hører til?

K5:

Almen praksis.

I3:

Almen praksis... Er der andre aktører, vi kan sådan sætte i værk, hvis det er?

K5:

Det kunne være, som du kunne bruge forældrene selv jo også engang, men også sundhedsplejerske, hvis de kommer i skole eller noget der.

I3:

Tænker du, der kunne være nogle barrierer i forhold til, nu har vi snakket om det her med forældre og deres utålmodighed, men sproglige ting, noget etnisk, har du lagt mærke til noget af den slags måske?

K5:

Det er der nok. Det kunne der give et vis være, det kunne der måske være i del af de mørketal en gang der, hvor der er noget sproglige, hvor der er noget etnisk, hvor det bliver bøvlet, hvor det ikke bliver italesat. Hvor de kunne have deres inkontinens til de er teenagere.

I3:

Og nu nævnte du selv, at du bruger væskevandladningsskema, bruger du andre værktøjer til udredningen?

K5:

Sådan diagnostiske værktøjer og sådan en ting der?

I3:

Ja, generelt, ja.

K5:

Jamen jeg bruger da min Bristol stool scale også.

I3:

Ja, hvad bruger du den til?

K5:

Jamen den viser jeg altid et pølsekort til barnet eller til forældrene.

I3:

Ja, hvorfor?

K5:

Fordi det er jo sådan en grundlæggende, hvis det ikke fungerer, så er det der man skal sætte ind til at starte med.

I3:

Ja, og hvornår følger du op på de her patienter, hvis nu de skal have en opfølgende tid efter, hvis de skal lave væskevandladningsskema eller et eller andet?

K5:

Når jeg har en tid. (Smil)

I3:

Godt svar.

K5:

(Griner lidt...) Og når de kan, det kan jo måske være om en uge eller 14 dage, de skal have lige lov til at prøve det også, måske en gang og få det udfyldt også. Så for at få kort opfølgning måske inden for, det er vi nok sige en uge eller to, som minimum.

I3:

Ja, så er man i gang. Ja.

Jeg kigger lige, om jeg har flere spørgsmål. Jeg lige tænker... Hvor søger du egentlig viden hen i forhold til alt her? Nu har du selv nævnt tæt og tør. Finder du viden andre steder?

K5:

Jo, men der er også nogle gode pri-vejledninger også.

I3:

Ja, så du bruger pri?

K5:

På emnet også, ja. Og så måske også, at man kan læse ind på sundhed.dk på lægehåndbogen.

I3:

Og hvor foretrækker du at få din information fra, hvis du skal informeres?

K5:

Så er det nok lægehåndbogen og pri-vejledningerne.

I3:

Så dem bruger du aktivt?

K5:

Til det her, til hvad kan man sige, hvor det er et konkret emne, hvor man skal ligesom... Hvad er det lige, man skal have undersøgt og kigget på engang og få det hurtigt genopfrisket, så næste gang man har en konsultation, fordi de er så sjældne alligevel.

I3:

Så nu har vi snakket om, at det er sjældent, vi ser de her patienter, eller i hvert fald du ser de her patienter her. Og at det er lidt ærgerligt, og at der måske er en forsinkelse på i forhold til forældre og børn, og at vi måske kan fange nogen ved børneundersøgelserne. Gør du aktivt det også, eller er det noget, man kunne?

K5:

Om man kunne italesætte det ved børneundersøgelserne?

I3:

Ja er det en ting man kunne?

K5:

Det ved jeg ikke. Nej, jeg ved ikke, om det er noget af en del af profylakseundersøgelsen, at man skal spørge ind til det. I og med, at vi sidder og taler om det nu her, så tror jeg faktisk, at det er noget, jeg vil tale om. Ja. Eller have et fokus på.

I3:

Det er i hvert fald et spændende område.

K5:

Det synes jeg.

I3:

Jeg har faktisk ikke flere spørgsmål, så det var faktisk effektivt. Har du nogle ting, du gerne vil tilføje?

K5:

Mhhh... Ikke til besvarelsenerne, tror jeg.

I3:

Der er faktisk en ting, jeg lige har tænkt på.

K5:

Ja?

I3:

I forhold til det her med de her børn her, har du overvejet, om det kunne være sådan, hvis vi som læger bringer det op, om det kunne være med til sygeliggøre, de her børn her? Hvad tænker du, når jeg siger det?

K5:

Jeg har hørt et eller andet et sted, at den fysiologiske udvikling af funktionen, eller hvad kan man sige.... også på at kunne holde sig engang, så jeg vil da nok tænke... at det kunne man måske godt påføre et eller andet med jeg havde en forventning om, at ved børneundersøgelsen, så skal de være tørre, eller et år efter det en gang. Så det er jo også sådan lidt, at hvornår er grænsen en gang, om det er der omkring ved skolealderen, så er det ved de fleste, at man, jeg tror det er det, ved skolealderen, eller fem-seks års alderen engang, så sådan siger dem, der skal man begynde at kunne have kontrol over det. Så det kan godt være, at det var sådan. Jeg tror ikke, at det var med, at jeg havde nogen til børneundersøgelsen ved fem års alderen, jeg tror ikke nødvendigvis der en gang, at jeg vil sige, jamen så skal vi begynde udredning på det, så vil jeg nok sige, at når vi begynder at komme i skolealder, og det er noget, som barnet eller forældrene også synes, så er de velkomne til at kontakte os. (Kigger spørgende på intervieweren)

I3:

Okay. Det lyder meget fint. Ja. Jamen, jeg har ikke flere spørgsmål til dig. Jeg synes, vi kom godt igennem de ting, som vi lige havde tænkt, vi gerne ville høre i forhold til erfaringerne osv. Var det okay at blive interviewet på den her måde?

K5:

Jeg synes, det var meget behageligt.

I3:

Det var godt.

Interviewers observationer af kollega: Sidder afslappet og taler i vanlig og afslappet toneleje. Virker sikker i sin sag. Smilende.

BILAG 7 – Interview K6

Interview udført d. 25/9-2023

I3 = Interviewer

K6 = Kollega/informant

I3:

Det her interview her, det kommer jo til at handle om din erfaringer. Ja. Ikke så meget med hvad du sådan tænker, man skal gøre eller bør gøre, men hvad din erfaringer er i forhold til håndtering af børn og unge med sengevædning, altså enuresis. Ja. Og så vil dine svar indgå i et kvalitativt studie. Interviewet forventes at vare omtrent 20-30 minutter. Og det bliver optaget på telefonen. Og så bliver det transkriberet af mig. Dit navn, det vil blive fuldstændig anonymiseret. Og så har du underskrevet den her samtykkeerklæring her.

Vil du starte med at fortælle din stilling og hvor længe du har været i praksis?

K6:

Ja, jeg er speciallæge i almen medicin, og det har jeg været siden 2007.

I3:

Ja. Så nogle år efterhånden.

K6:

Ja

I3:

Og hvad tænker du, når du på dit dagsprogram ser, at der står et barn eller en ung med sengevædning? Hvad er de tanker, du får?

K6:

Jeg tænker primært, om det er noget, der er en primær tilstand, altså noget, de har haft fortløbende og aldrig været tørre, eller om det er noget, der er kommet til af anden årsag.

I3:

Ja.. Okay.. Hvor meget synes du, at den her problemstilling fylder i dit program, og i din praksis generelt?

K6:

Jeg tænker ikke, det fylder så meget. Men indenfor en aldersgruppe af børn, er det alligevel en relativt hyppig henvendelsesårsag. Eller ikke primært henvendelsesårsagen, men noget, man tit kommer til at snakke om.

I3:

Ja, hvornår kommer du til at snakke om det?

K6:

Jamen det gør man jo som oftest, kan man sige, der er faktisk mange spørgsmål til det... ved femårs børneundersøgelsen, synes jeg, der spørger de faktisk jævnt hen om det, hvis der er problemer eller udfordringer med det.

I3:

Kan du huske tilbage på et forløb hos dig, i forhold til et barn eller en ung med enuresis?

K6:

Et konkret eksempel?

I3:

Ja, og så beskrive det forløb, hvis det er.

K6:

Njaa.... Jamen jeg tænker ikke lige umiddelbart, jeg kan genkalde mig det, men jeg tænker tit det er det her med, at forældre kommer med primær enuresis, hvor de tænker, at det kan være en udfordring for børn i sociale sammenhænge. Det synes jeg tit, det er det, der er indgangsvinklen faktisk.

I3:

Så det er forældrene, der bringer det op?

K6:

Ja, det er altid forældrene, der bringer det op, kan man sige, i de små aldre. Og så ellers, når de bliver ældre, så kan de unge jo godt komme selv eller ledsaget af deres forældre.

I3:

Så hvis vi forestiller os sådan et forløb, hvor der er nogle forældre, der bringer det her emne op, hvad plejer du så at gøre?

K6:

Jamen så plejer jeg at få en snak med dem om, kan man sige, hvad det er for noget, mønstret har været. Har de aldrig været tørre, kan man sige? Er det vandladning, kan man sige, uden kontrol både i dagtiden, er det i nattetiden? Hvordan er deres væskeindtagsmønstre? Hvad har de gjort, forældrene, kan man sige, af tiltag? Og har det haft en eller anden effekt? Hvad er der sket nogenting med barnet, hvis nu de tidligere har været tørre, og så lige pludselig ikke er det længere? Kan der være infektion? Altså, så er der jo mange ting, kan man sige, man er nødt til at spørge ind til, for ligesom at få afdækket hvad er årsagen, tænker jeg... Ja.

I3:

Mhh.. Gør du brug af nogle støtteværktøjer i forhold til det?

K6:

Ja, man kan jo godt sende dem hjem med... Jeg tænker, sådan en væskevandladningsskema kan jo godt være ganske brugbart. I hvert fald at se, hvor meget er det reelt set, de indtager. Altså det der med at få målt og vejjet vandladning hos et barn, kan jo godt være noget af en udfordring, tænker jeg. Altså man kan sige, at de kan jo veje bleer og sådan noget, hvis det er at det er en blebruger. Og det kan jo være en god måde at få et mål for, hvor meget mængderne reelt er.

I3:

Så du tænker, at det med vandladningsdelen, det er udfordrende i forhold til væskevandladningsskemaet?

K6:

Ja, det kan det godt være. Altså væskeindtaget, det er som regel rimelig nemt. Det er outputtet, der er svært. Så det kan godt være, at det kan være udfordrende for folk til. Det kan det jo selv også

være for voksne. Men det er jo et vigtigt mål, kan man sige, hvor stort det er. Altså hvor meget er det egentlig, de tisser? Og er der stor, stor natlig vandladning? Eller hvad er det, vi snakker om, altså.

I3:

Og bliver du sådan generelt udfordret med den her patientgruppe her?

K6:

Altså i forhold til håndteringen af dem eller?

I3:

Jae....

K6:

Nej, det synes jeg faktisk ikke. Nej, det synes jeg ikke.

I3:

Så det plejer at gå sådan lige til...?

K6:

Ja, altså det synes jeg, det gør, fordi man kan sige, altså det kommer jo også lidt an på, hvor meget... Er der gener? Taler man om noget, der egentlig ligger inden for en normal fysiologisk ramme? Altså der er jo nogen, der er vædere, kan man sige, uden at det nødvendigvis behøver at være en sygdomstilstand. Men hvad skal vi gøre ved det? Altså er det nok med nogle tiltag, sådan praktiske tiltag, der skal gøres? Eller er det noget, der skal medicineres? Det tænker jeg, det er sådan lidt kontinuum af noget, man bringer i spil. Ja...Ja..

I3:

Hvem plejer at stå for instruktionen i forhold til, væskevandladningsskema?

K6:

Det gør jeg selv.

I3:

Ja. Tager det sådan ekstra tid for dig, eller plejer du godt at kunne nå det inden for den afsatte tid?

K6:

Nej, det plejer jeg godt at kunne nå inden for den afsatte tid, hvor man forklarer, hvad det er, det går ud på. Det synes jeg er fint.

I3:

Mhh Mhh... Hvornår følger du op?

K6:

Jamen det gør jeg som regel... Altså hvis forældrene skal jo ligesom have en rimelig tid, og de skal tænke, at det er realistisk et setup, og det skal jo også gerne laves hen over en periode, som sådan er repræsentativt for deres hverdag. Så jeg tænker som oftest inden for et par uger, hvis det er realistisk for dem at få det udfyldt.

I3:

Hvilke behandlingsmuligheder har du selv gjort brug af?

K6:

Jamen altså dels er det lidt afhængigt af, hvad det er, der kommer ud af det der væskevandladningsskema. Fordi nogle gange kan det jo være råd i forhold til en indtags- eller

vandladningspraksis, som kan være helt tilstrækkeligt til en start. Og andre gange så vil jeg sige, så har der jo været snak om ringapparat, hvis det er, at de er gamle nok til at kunne finde ud af det. Og eller at mor og far synes, at det er en god løsning, fordi det kan jo involvere jo nærmest hele familien. Og så slutteligt kan man snakke med dem.

I3:

Mmh og det er Minirin du tænker på der?

K6:

Ja det er Minirin ja.

I3:

Hvornår henviser du børnene videre? Eller har det ikke været nødvendigt?

K6:

Jamen det gør jeg, hvis tingene er lidt mere komplicerede. Altså hvis det er, nogle gange kan det jo også være mere noget psykosocialt. Der kan være noget, hvor man tænker, at der måske er forældre, der ikke er særlig kompatible i forhold til hjælp. Altså hvis man tænker, at der skal være et setup, som understøtter, kan man sige, det pædagogiske i det her, så kan jeg godt finde på at henvise ind til børneafdelingen. Fordi de alligevel har et andet setup i forhold til os, hvis der er utæthed med afføring og sådan noget oveni. Altså hvis der er sådan lidt mere komplicerede obstipationsproblematik, som kan lægge til grund. Altså hvis det kræver, at der er nogen, der følger dem til døren, hvor de har sygeplejersker derinde, så kan jeg gøre det som oftest det. Men slet ikke hver gang.

I3:

Så generelt, hvor synes du, at det hører til hende i forhold til behandling af det?

K6:

Det hører da til herude i praksis.

I3:

Er der andre samarbejdspartnere udover børneafdelingen, som du gør brug af?

K6:

Altså man kan jo godt gøre brug af sundhedsplejerskerne, men jeg synes bare, at det tænker jeg faktisk ikke. Dem bringer jeg ikke ret meget i spil.

I3:

Er der en årsag til det?

K6:

Næh, altså man kan jo godt sige,.. øhhh.... Jeg tænker jo egentlig...øhhh at hvis det er meget kompliceret, så kunne man jo godt sige, at man også kunne bringe dem i spil, altså i forhold til hvis det er skolebørn for eksempel. Men det ved jeg, at det synes jeg bare ikke, at jeg har ret stor tradition for. Det benytter jeg mig faktisk ikke meget i. Så sætter jeg dem hellere hyppigere til kontrol her, altså så man ligesom følger op, og hvis det er, at de ikke når i mål med det, hvis der er noget andet, der ligesom komplicerer det, så benytter jeg mig egentlig mere af det der mere tætmaskede net, der er på sygehuset i ambulatorieregi.

I3:

Så det er primært ambulatoriet, du bruger?

K6:

Ja, det synes jeg faktisk, kan man sige. Og enkelte gange også praktiserende speciallæger, men det er faktisk egentlig mest det andet, synes jeg, erfaringsmæssigt jeg bruger.

I3:

Så hvordan oplever du det, at forældrene reagerer på de tiltag, som du præsenterer for dem?

K6:

Jamen altså, det synes jeg egentlig, at de reagerer meget godt på. Jeg synes, der er stor reservation over for sådan noget, som ringapperatsbrug. Fordi det er noget pangel simpelthen. Og det er det jo også, og det kan man sige, det influerer jo på hele familien, de skal op, og de skal... Men man kan sige, hvis det er noget, der virker... altså hvis de kan få det til at virke, så synes jeg faktisk, det er en god løsning. Men mange er jo meget løsningsorienterede med, at fiks lige det her, og så kan man ikke få en pille, og så er det i orden. Altså det synes jeg faktisk. Fordi det her tapper jo rigtig dårligt ind i, at det hele gerne bare skal fungere.

I3:

Hvilken aldersgruppe ser du det der med, at nu skal det bare fungere?

K6:

Det er jo, kan man sige, det er jo sådan præscolealder. Det er jo faktisk allerede helt nede, når de begynder at skulle i 0-1. klasse. Altså så er der en forventning om, at man er tør og, at det giver, kan man sige, også en stigmatisering hos barnet, hvis det ikke er.

I3:

Ja. Er der noget, som du tænker, der kunne lette håndteringen af de her børn og forældre?

K6:

I den daglige praksis?

I3:

Jae...

K6:

Ja. Altså man kan sige, at hvis man havde mange af dem, så tænker jeg, så kunne det være fint med et setup, hvor man kunne bringe sygeplejersken her i huset mere på banen. Sådan til, at tingene ligesom bliver mere systematiserede, men så mange er der alligevel ikke af dem. Det synes jeg faktisk ikke. Det fylder ikke ret meget. Nej.

I3:

Bruger du andre værktøjer, end væskevandladningsskemaet og urinstix og sådan noget når du skal udrede de her børn her?

K6:

Jeg tænker, kan man sige, hvis der er nogen, altså det hører jo med, at man har lavet noget billeddiagnostik også af nyre- og urinveje, altså for at se, at der ikke, kan man sige, anatomisk er et eller andet, abnormalitet der ligger til grund. Det synes jeg, at det henviser jeg altid til ultralydsscanning. Så får man det kigget efter, og det er så det. Man kan sige og så er der jo de redskaber med træning af blære, og når man skal lære at holde sig, og kan man sige, alle de der ting, som hører med her, i forhold til, at de skal have øvet sig, i hvordan man vandlader.

I3:

Er der nogle så nogle ting, som du tænker, man kan gøre for at forebygge, at det kommer dertil, hvor de har brug for de her ting? Eller?

K6:

Med medicinsk behandling og sådan noget, eller hvad?

I3:

Ja, det er et lidt svært spørgsmål, kan man sige....

K6:

Forebygge.... Nej, det tænker jeg egentlig ikke. Jeg tænker mere, at man kan sige, at det kan være noget, man kan få italesat, tidligere... i de tidligere børneundersøgelser, og sige, at det er jo fysiologisk, at en vis procentdel har en utæthed. Det behøver ikke nødvendigvis være en sygdomstilstand, eller noget, der skal håndteres medicinsk. At man kan godt afvente at se, at man bliver tør hen ad vejen, hvis man har is i maven.

I3:

Ja. Hvor foretrækker du at få information om nye tiltag, og den slags i forhold til generelt, men også i forhold til det her?

K6:

Altså... hæhæ..... Hvis der er nye tiltag, eller nye behandlingstiltag, så dels bliver vi jo orienteret i vores kanaler, i vores selskab, og vi bliver orienteret, hvis der er noget helt banebrydende i vores øhhh... kan man sige i PLO-regi. Det kunne også være en NordKap, hvis der er en nye tiltag, eller noget i behandlingen af det, hvor der sker ændringer, som man kan drage andre parter ind. Altså det tænker jeg, det er tit dér. Så er der forløbsbeskrivelser, og de her ting, som også, kan man sige, man læner sig opad i forhold til, hvad det er, der kommer i fokus.

I3:

Ja. Du lyder nu meget opdateret. (Begge griner)

Vi kan sige, vi er egentlig kommet lidt igennem det her med, at det ikke er så tit, man ser de her patienter her, det er typisk forældre, der sådan bringer problemet op, og så bruger du væskevandladningsskema, og kommer lidt mere dybt med problemstillingerne inden behandlingstiltag de iværksættes. Så du er også opmærksom på de udfordringer, der kan være i forhold til f.eks. ringapparat.

K6:

Ja, og socialt problemstillinger. Jeg tænker, der er masser af børn, der får problemer, hvis der sker ændringer i social sammenhæng. Man kan sige skilsmisse, eller andet, hvor man kan sige, så begynder de lige pludselig at tisse i sengen om natten. Hvor man kan sige, det der med at få en anamnestic fornemmelse af, hvad er det for noget, det her? Er det et eller andet? Er det inden for en fysiologisk normal ramme? Kan der være noget udenfor kommende? Eller er det enten, kan man sige, noget biologisk, vi skal håndtere? Så det spænder jo meget bredt henover, hvad det er, vi skal her i praksis, tænker jeg.

I3:

Ehm... Jeg har faktisk ikke flere spørgsmål. Har du nogle ting, du gerne vil tilføje til det?

K6:

Mhh.. Nej, det tænker jeg faktisk ikke lige umiddelbart. Jeg tænker, det der med, hvis man så

medicinsk behandler dem, det kommer jo også med nogle bivirkninger. Jeg synes, det er ikke altid sådan helt omkostningsfrit at behandle dem med Minirin. Dels er der jo væskerestriktioner. De kan få alle mulige bivirkninger, alment på det. Hvor man kan sige, det er jo også det der med, hvor rimeligt er det at skulle medicinere børn for en mulig fysiologisk tilstand med de bivirkninger, der er, for foreksempel at have lege- og soveaftaler. Det er jo sådan nogle ting, hvor man sidder i et spændingsfelt, hvor jeg nogle gange synes, er det egentlig okay at udsætte et barn for den medicinske behandling, hvis det egentlig bare er en normal, måske forsinket udvikling indenfor det.

I3:

Vælger du så at se an?

K6:

Det kommer lidt an på, hvad det er forældrenes ønsker også er. Jeg tænker, at der er man også nødt til at have en respekt for, at jeg synes det tit, det giver noget bøvl i en familie. Det gør det, kan man sige. Det er jo ikke uden omkostninger, hvis der er nattevædning, og sengegennevædning, og vask. Det er det ikke, kan man sige. Det er bare et stort stykke arbejde. Så på den måde, så tænker jeg, så er man også nødt til at prøve at læne sig op ad, hvad behovet er i familien, og hvad de tænker, og hvad de har forsøgt, førend man farer til receptblokken. Det gør jo aldrig primært, men man er nødt til at komme i en dialog med forældrene i forhold til, hvad den gode løsning er for deres barn.

I3:

Så det er over flere konsultationer?

K6:

Ja, jeg synes det. De kommer aldrig første gang og siger, at de vil gerne bede om at få noget Minirin. Nej, sådan er det ikke. Det synes jeg ikke. Det er jo et continuum, hvor man ser og evaluerer på, og tænker, er det det, eller man ser an og siger, at det her lyder meget fredsommeligt, og ser ud til at være i aftagende, så vil jeg helt klart sætte an. Så det kan man sige. Så det er jo meget, meget individualiseret, alt efter hvad problemstillingen er.

I3:

Kender du hjemmesiden tæt og tør?

K6:

Ja.

I3:

Bruger du den nogle gange?

K6:

Nej, ikke så meget, men det kunne man også godt gøre. Ja.

I3:

Ja... Var det okay at blive interviewet? Jeg har ikke flere spørgsmål til dig.

K6:

Det var meget fint at blive interviewet. (Hahaha)

I3:

Så tænkte jeg, at vi slukker på apparatet.

K6:

Tak for det.

I3:

Ja tak for hjælpen.

Refleksioner:

Dette interview blev foretaget lidt i hast i supervisionstiden, da der kom noget akut i vejen for den planlagte tid. Derfor sad intervieweren på sin vanlige stol på kontoret, mens kollegaen sad ved siden af i "gynækologstolen". Indimellem blev vi forstyrret bøllyde fra håndværkere i nærheden, men fortsatte interview trods larm. Kollegaen fremstod helt afslappet og veltilpas i setuppet, på trods af omstændighederne. Kollega svarede meget hurtigt på spørgsmål uden det store behov for betænkningstid. Kollega virkede meget selvsikker i sin sag.

BILAG 8 – Mailkorrespondance med Cheflæge

AP læger i uro-amb

Henriette Møller Christensen <***@gmail.com>

13. oktober 2023 kl. 13.54

Til: Charlotte Siggaard Rittig <***@rn.dk>

Cc: Søren Hagstrøm <***@rn.dk>, Birgitte Ryom Nielsen <***@rn.dk>

Kære Charlotte (Søren og Birgitte på CC)

I forbindelse med vores forskningstræningsopgave er vi tre AP-læger, der har sat fokus på praktiserende lægers tilgang til enuresis.

Der er et tydeligt mønster i, at de AP-læger, der har haft funktion i uro-amb, uanset om det så er 20 år siden, de trækker stadig på værdifuld erfaring derfra. Desuden har alle vi har talt med, så godt som ingen erfaring i instruktion i brug af ringeapparat, og henviser til pæd eller sundhedsplejerske, hvis det skal sættes i værk. Desuden er der usikkerhed i tolkning af VVS vedr. enuresis.

Vi er derfor interesseret i at høre, hvordan det forholder sig, **om AP-læger planmæssigt har selvstændig funktion i uro-amb i løbet af deres 6 mdr. ophold eller evt. følgefunktion?** Jeg ved det tidligere var skåret væk grundet manglende ressourcer på øvrige funktioner.

Er det sygeplejerskerne der står for instruktion i ringeapp på pædiatrisk afd?

Bedste hilsner

Henriette Møller Christensen (praksiskonsulent) + Ida Olsen og Geerthana

AP læger i uro-amb

Charlotte Siggaard Rittig <***@rn.dk>

16. oktober 2023 kl. 09.40

Til: "henriette.moller.c" <***@gmail.com>

Cc: Søren Hagstrøm <***@rn.dk>, Birgitte Ryom Nielsen <***@rn.dk>

Kære Henriette

Ja det er korrekt at behandlingen af enuresis børn primært ligger på sygeplejehænder her i Børn og Unge afdelingen. Det være sig tolkning af væske vandladningsskemaer og ringeapp instrukser gode toilet vaner etc.

Behandlingen af Enuresis bliver gennemgået på "kollektiv kompetence vurdering" af en speciallæge hvor alle AP læger i afdelingen er inviterede. Desuden kan man opnå kompetencer i forhold til tolkning af væske vandladnings skemaer og ringeapp. behandling på hjemmesiden "tæt og tør" som du Henriette jo kender.

Med venlig hilsen

Charlotte Siggaard Rittig |

Cheflæge, PhD, MPG Mobil: 20240150 | c.rittig@rn.dk

Aalborg Universitetshospital Børne- og Ungeafdeling
Reberbansgade 15, Postboks 561 | 9100 Aalborg