

Urininkontinens hos äldre kan behandlas – för sköra äldre saknas kunskap

MARGARETA HAMMARSTRÖM, områdeschef, kvinnosjukvården och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Sahlgrenska

universitetssjukhuset, Göteborg
JENNY ODEBERG, projektledare SBU, Stockholm
odeberg@sbu.se

Sveriges befolkning blir allt äldre, och antalet personer med kroniska sjukdomar och sammansatta vårdbehov ökar. Detta innebär ökade behov av och krav på tillgång till god och värdig vård och omsorg. Regeringen gav 2010 SBU i uppdrag att, tillsammans med Socialstyrelsen, särskilt uppmärksamma kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre. En del i detta uppdrag var att systematiskt granska det vetenskapliga underlaget för behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre utifrån frågeställningen: Vilken effekt har olika behandlingsmetoder på graden av urininkontinens och hur påverkas det dagliga livet och livskvaliteten? Artikeln bygger på rapporten som publicerades 2013 [1].

Epidemiologi

Urininkontinens definieras enligt ICS (International Society of Continence) som »any leakage» [2]. Variationen av rapporterad inkontinens är stor och beror till viss del på hur frågan om besvären ställs. Urininkontinens måste betraktas som en folksjukdom då mellan 30 och 40 procent i åldersgruppen över 65 år har besvär [3]. Närmiljön kan ha stor betydelse för effekterna av inkontinensen; den kan påverkas av om det är svårt att ta sig till toaletten, om det finns hinder eller inredning som kräver stor observans och av möjligheten till assistans. För många påverkar urininkontinens det dagliga sociala livet.

Anhörigperspektiv

Att ta hand om en urininkontinent patient kan vara en tung och tidskrävande uppgift, liksom att ta hand om en inkontinent anhörig i hemmet. I Sverige vårdas allt fler äldre hemma, och fler än hälften av de som vårdas i hemmet av en anhörig uppger ha urininkontinens [4]. Anhörigas tid i vården ökade påtagligt när vårdtagaren var inkontinent. De upplevde också ofta såväl fysisk som psykisk påverkan och social isolering.

Begrepp

Det finns i dag ingen allmän accepterad definition av begreppen »sjuka äldre» och »sköra äldre». Begreppen används ofta för att beskriva en population med hög biologisk ålder med minskade fysiologiska reserver och ökad sårbarhet samt behov av äldreomsorg [5-7].

I studierna som ingår i SBU-rapporten [1] är beskrivningen av den grupp individer som ingår ofta bristfällig. Oftast anges

FAKTA 1. Olika typer av urininkontinens

Trängningsinkontinens är läckage som uppkommer genom plötsligt påkommande svår kissnödighet och kan variera från små skvättar till hela urinportionen.

Ansträngningsinkontinens uppstår i samband fysisk aktivitet som tunga lyft, hopp, skratt, hosta, nysning eller uppresning från sittande eller liggande. Små skvättar urin avgår utan att man känner några trängningar. Denna typ är vanlig hos kvinnor och förekommer mer sällan hos män. Män med ansträngningsinkontinens kan i förekommande fall ha en överrinningsinkontinens (se nedan).

Ansträngningsinkontinens kan schematiskt graderas i tre steg:

- Lätt: läckage vid hosta, nysning, lyft.
- Måttlig: läckage vid snabb promenad, gång i trappor.
- Svår: läckage vid byte av kroppsställning.

Blandinkontinens innebär inslag av både trängnings- och ansträngningsläckage.

Överrinningsinkontinens förekommer när en stor mängd urin finns i blåsan. Den är vanligast

hos män och förekommer vid t ex prostataförstoring. Hos kvinnor är överrinningsinkontinens oftast orsakad av kirurgi i blåsa eller bäckenbotten.

Tillfällig urininkontinens uppkommer eftersom urininkontinens inte sällan är ett dynamiskt tillstånd hos framför allt äldre. Urininkontinens kan akut förvärras vid insättande av nya läkemedel som diuretika, vid urinvägsinfektion, luftvägsinfektion med hosta eller förstoppning. Dessa besvär lindras när det primära problemet behandlats eller försvunnit.

Nattlig inkontinens innebär att läcka urin på natten. Att behöva gå upp många gånger kan ge störd sömn och risk för fallolyckor.

Funktionell inkontinens innebär att man inte hinner till toaletten i tid på grund av fysisk eller mental oförmåga.

Täta trängningar, täta urintömningar innebär att man måste kissa ofta. Detta kan vara väl så besvärligt men innebär inte ett urinläckage. Dock kan behovet av att kissa ofta vara svårt handikappande och inskränka rörligheten påtagligt.

bara kronologisk ålder. I de fall där populationen har varit beroende av äldreomsorg i form av särskilt boende, har vi antagit att det stora flertalet utgörs av sköra äldre. Vi har arbetat med följande definitioner:

- äldre: ≥ 65 år och boende hemma
- sköra äldre: ≥ 65 år och boende på särskilt boende.

Det finns olika typer av urininkontinens, se Fakta 1. Inkontinens hos äldre kan också bero på annan sjuklighet med funktionsnedsättning eller kognitiv påverkan. Fakta 2 visar de interventioner som inkluderades i SBU-rapporten [1]. Inkontinenshjälpmedel har undantagits som intervention då de endast tar hand om symtomen. Dessa hjälpmedel kan dock väsentligen förbättra patientens livssituation.

Metod: systematisk kunskapsöversikt

SBU-rapporten [1] innefattar både randomiserade, kontrollerade studier och prospektiva observationsstudier. Inga krav ställdes

SAMMANFATTAT

Det finns effektiva behandlingar av urininkontinens för äldre.

Med hjälp av bäckenbottenträning, operation med slyngplastik samt läkemedel som har så kallad antikolinerg effekt har förbättring av urininkontinens hos äldre kunnat påvisas. Effekten av läkemedel är dock begränsad.

Risken för biverkningar och komplikationer vid såväl farma-

kologisk som kirurgisk behandling måste dock beaktas.

Basal omvårdnad är troligen viktig för att minska urininkontinens hos sköra äldre, men där saknas i stor utsträckning vetenskapliga studier.

Forskning om förebyggande, lindrande, botande eller omvårdnadsåtgärder är mycket begränsad.

TABELL I. Evidensgraderade resultat för behandling av urininkontinens hos äldre

Effekt	Bäckenbottenträning i kombination med fysisk träning	Strukturerad patientundervisning och stöd	Intravaginal slyngplastik	Läkemedel med antikolinerg effekt ¹	Duloxetin
Effektmått	Antal patienter (antal studier)	Antal patienter (antal studier)	Antal patienter (antal studier)	Antal patienter (antal studier)	Antal patienter (antal studier)
Urinläckage	Minskat läckage (⊕⊕⊕⊕) 261 (3 RCT)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕) 49 (1 RCT)	Minskat läckage (subjektivt) (⊕⊕⊕⊕) 58 (1 RCT)	Minskat läckage (⊕⊕⊕⊕) 2 042 (6 RCT)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕) 473 (2 RCT)
Livskvalitet	Förbättrad symtomrelaterad livskvalitet (⊕⊕⊕⊕) 76 (1 RCT) Generell livskvalitet: ingen skillnad (⊕⊕⊕⊕) 76 (1 RCT)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕) 49 (1 RCT)w	Förbättrad (⊕⊕⊕⊕) 58 (1 RCT)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕) 523 (2 RCT)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕) 486 (2 RCT)
Komplikationer	Inte angivet	Inte relevant	Ökad risk (⊕⊕⊕⊕)	Ökad risk (⊕⊕⊕⊕) 2 108 (6 RCT)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕) 264 (1 RCT)
Kostnads- effektivitet av interventionen	Studier saknas	Studier saknas	Studier saknas	Studier saknas	Studier saknas

¹ Aktuella läkemedel för trängninginkontinens som förskrivs i Sverige är tolterodin, solifenacin, darifenacin, fesoterodin, oxybutynin och mirabegron. Mirabegron godkändes först 2013. Det saknades studier över mirabegrons och fesoterodins effekt på urininkontinens hos äldre och sköra äldre.
RCT=randomiserade kontrollerade studier

■ FAKTA 2. Interventioner som är inkluderade i den systematiska översikten

- Kirurgisk behandling (slyngplastik, injektionsbehandling, artificiell sfinkter, sakral nervmodulering, botulinumtoxin A)
- Farmakologisk behandling
- Behandlingsprogram (toaletträning med mera)
- Alternativmedicin (akupunktur, naturläkemedel, yoga)
- Bäckenbottenträning/blåsträning
- Elstimulering
- Komplexa interventioner (vårdprogram med flera olika interventioner, tex fysisk aktivitet, träning i ADL och träning i att ta sig till och från toaletten tillsammans med anpassning av miljön samt toalettassistans tillsammans med blåsträning med mera)
- Miljö (personal, lokal, utbildning)
- Livsstilsinterventioner (dryck, träning med mera)
- Kateter – RIK (ren intermittent katetrisering)

på behandlingstid eller uppföljningstid. Studier som innehöll följande utfallsmått inkluderades: patientupplevelse, antal inkontinensepisoder per dag/vecka, symtomskattning, livskvalitet eller påverkan på det dagliga livet samt biverkningar. Litteratursökningen omfattade perioden 1966 till november 2012 i fyra databaser. Relevanta studier kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmallar, och den sammanvägda bedömningen utgick från det så kallade GRADE-systemet [1].

Evidensgraderade resultat

För gruppen äldre visas med måttligt starkt underlag att bäckenbottenträning reducerar inkontinensepisoder, medan behandling med kirurgi vid ansträngningsinkontinens har ett begränsat vetenskapligt underlag för effekt på inkontinensen (Tabell I). Komplikationer förekommer. Även mediciner med antikolinerga läkemedel har ett begränsat vetenskapligt underlag avseende behandlingseffekt. Biverkningar av dessa läkemedel kan dock visas med ett måttligt starkt underlag (Tabell I). För interventioner där inga studier identifierades, se Tabell II.

För gruppen sköra äldre var det endast uppmärksamhets-

TABELL II. För följande interventioner identifierades inga studier som uppfyllde våra inklusionkriterier.

Intervention	Population
Slyngplastik	Äldre män och sköra äldre
Periuretral injektionsbehandling	Äldre
Artificiell sfinkter	Äldre
Botulinumtoxinbehandling	Äldre och sköra äldre
Sakralnervsmodulering	Äldre
Livsstilsinterventioner	Äldre och sköra äldre
Förändringar i miljön	Äldre och sköra äldre
Alternativmedicin	Äldre och sköra äldre
Elstimulering	Äldre och sköra äldre
Kateteranvändning	Äldre och sköra äldre

träning och hjälp till toalettbesök i kombination med funktionell träning som, jämfört med sedvanlig vård, hade vetenskapligt stöd – om än begränsat – för att antalet inkontinens-episoder minskar (Tabell III) [1].

Praxisundersökning

Kirurgi. Data om inkontinensoperationer är hämtade från Socialstyrelsens patientregister över öppen- och slutenvård samt från Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi, Gynop-registret [1]. Av dem som finns i registret är drygt en fjärdedel 65 år eller äldre. Risken för biverkningar verkar inte vara större för äldre än för yngre. I åldersgruppen 65 år eller yngre uppgav 67,6 procent att de aldrig eller nästan aldrig läckt ett år efter operation jämfört med 35,7 procent i åldersgruppen 80 år eller äldre.

Läkemedelsförskrivning. Försäljningsstatistik är inhämtad från Socialstyrelsens statistikdatabas och från Apotekens Service AB. Läkemedelsbehandling för trängningar och trängningsinkontinens med antikolinergika förekommer hos 2 procent av befolkningen i åldersgruppen ≥65 år och hos 2,3 procent i åldersgruppen över 80 år. Duloxetinbehandling för ansträngningsinkontinens är ovanlig.

Lokalt östrogen har under många år använts kliniskt för att

TABELL III. Evidensgraderade resultat för behandling av urininkontinens hos sköra äldre

Effektmått	Fysisk träning i kombination med ADL-träning Antal patienter (antal studier)	Uppmärksamhets träning och hjälp till toalettbesök i kombination med funktionell träning Antal patienter (antal studier)	Oxybutynin ² – läkemedel med antikolinerg effekt Antal patienter (antal studier)
Urinläckage	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)	Minskade urinläckageepisoder. Fler lyckade toalettbesök (⊕⊕○○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)
	121 (2 RCT)	259 (2 RCT)	173 (2 RCT)
Livskvalitet	Studier saknas	Studier saknas	Studier saknas

²För övriga läkemedel med antikolinerg effekt vid behandling av urininkontinens hos sköra äldre saknades det studier.
RCT = randomiserade kontrollerade studier

lindra inkontinensbesvär hos kvinnor efter menopaus. Det finns inga studier som har undersökt effekten hos äldre. Indikationen för sådan behandling är irriterationsbesvär från vulva och vagina, inte urininkontinens [1]. Helårsanvändning av östrogen, uppdelat på åldersgrupper, motsvarar hos kvinnor äldre än 65 år 4,2 procent och hos kvinnor äldre än 80 år 4,8 procent. Om egenvårdsanvändning inkluderas motsvarar användningen i dessa åldersgrupper 6,8 procent respektive 7,7 procent.

Omvårdnadsrutiner. I nästan alla landsting finns omvårdnadsrutiner för inkontinens beskrivna. Eftersom det saknas dokumentation på gruppnivå för enheterna har det varit omöjligt att inventera i vilken utsträckning dessa följs.

Utbildning. Enligt Svensk sjuksköterskeförening fanns det cirka 350 specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreården år 2012, men det råder problem att rekrytera studenter till detta område. Det saknas en strategi för utbildning inom inkontinensområdet. Vilken kompetens som krävs för att förskriva inkontinenshjälpmedel finns inte angivet, och det finns inte heller några rekommendationer om behovet av uroterapikompetens.

Diskussion och konsekvensanalys

SBU:s systematiska översikt visar på ett stort behov av studier för att förbättra kunskapsläget och av att dessa studier använder tydliga definitioner avseende studiepopulation, behandling och utfallsmått. Studier om komplexa interventioner och vårdprogram samt dokumentation av den befintliga rutinen och vården borde prioriteras högt.

För gruppen sköra äldre är underlagen svagast. Läkemedelsbehandling mot urininkontinens hos sköra äldre saknar i dagsläget vetenskapligt stöd. Kirurgisk behandling blir sällan aktuell. Däremot gav uppmärksamhets träning och hjälp till toalett en minskning av antalet urinläckage. En sådan arbetsinsats kräver dock ofta två personer, vilket kan kräva mer personal på boenden och till dem som vårdas i hemmet.

Det finns troligen en stor beprövad erfarenhet och kunskap inom vården av sköra äldre, som sällan är publicerad i form av klassiska studier och ibland närmast är självklar; det är klart att man måste få hjälp till toaletten om man har svårt att röra sig eller bli påmind om att gå på toaletten om man har svårt att komma ihåg. Det finns kunskap att hämta om detta på kommuners och landstings hemsidor, liksom från det nationella nätverket Nikola (nikola.nu), en webbplats som administreras av Hjälpmedelsinstitutet.

För gruppen äldre med urininkontinens är det vetenskapliga underlaget något bättre. De interventioner som visades ha effekt vid ansträngningsinkontinens var bäckenbottenträning i kombination med fysik träning samt kirurgi med slyngplastik. Bäckbottenträning är en dokumenterad metod som har effekt på ansträngningsinkontinens. Det finns inget som talar för att det inte skulle ha effekt hos äldre eller till och med sköra äldre. Vid trängningsinkontinens har behandling med antikolinerga läkemedel effekt, men risken för biverkningar

måste värderas, särskild hos äldre patienter som riskerar att drabbas hårdare på grund av samsjuklighet och annan pågående läkemedelsbehandling.

För att förbättra livskvaliteten utifrån begränsade resurser är det viktigt med kostnadseffektiva behandlingar eller preventiva insatser. Det saknas emellertid studier som berör kostnadseffektiviteten av behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre.

Kunskapsluckor

I detta SBU-arbete identifierades ett antal kunskapsluckor som beror på avsaknad av studier eller på att det vetenskapliga underlaget i de studier som finns är bristfälligt.

Att genomföra studier där populationen utgörs av sköra äldre medför metodologiska problem som risk för stora bortfall, vilket kan bero på kort förväntad livslängd och svårigheter att vara kvar i studien på grund av komplex sjukdomsbild. Många av de sköra äldre kan ha nedsatt autonomi som påverkar möjligheten att delta i studier. Personalens engagemang och utbildning är nödvändig för en studies genomförande. En kraftsamling runt metodologiska problem och möjligheter i kombination med ett mer okonventionellt studieupplägg, som tar hänsyn till den nödvändiga komplexiteten i behandlingsstrategier, är centralt med tanke på att åldrande och skörhet inte går att undvika. Det finns etiska problem med att göra studier på människor med nedsatt autonomi men det torde vara mer oetiskt att inte skaffa kunskap om sköra äldre eller att genomföra bristfälligt upplagda studier. Det är väsentligt med god insyn i forskningsprogram samt krav på närståendes godkännande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. SBU. Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 219.
2. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al (editors). Incontinence. 4th International Consultation on Incontinence, Paris, 5–8 jul 2008. Health Publications Ltd; 2009. http://www.icsoffice.org/Publications/ICL_4/book.pdf
3. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol. 2000;53:1150-7.
4. Friedman SM, Steinwachs DM, Temkin-Greener H, et al. Informal caregivers and the risk of nursing home admission among individuals enrolled in the program of all-inclusive care for the elderly. Gerontologist. 2006;46:456-63.
5. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-10-20.
6. Bäckman K, Carlsson P, Ekerstad N, et al. Förstudie om de mest sjuka äldre i riktlinjer för vård och omsorg. Linköping: Prioriteringscentrum; 2011.
7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173:489-95.

KLINIK & VETENSKAP RAPPORT

SUMMARY

In this systematic review, elderly refers to individuals over the age of 64, whereas fragile elderly refers to those over the age of 64 and living in a nursing home.

Anticholinergic medicines are effective in treating urine incontinence in elderly men and women. In elderly women, urinary incontinence can be improved through pelvic floor training or by surgical intervention using the intravaginal sling procedure.

Risks for side effects accompany both surgery and anticholinergic medication.

For the fragile elderly, it has been hypothesized that improved basic care could reduce urinary incontinence, but very few scientific studies have yet addressed this question. Research is also limited regarding prophylactic, palliative and curative treatment options. There are ethical considerations in study design and recruitment of patients since the patients may not be autonomous.