

Vårdprogram för inkontinens nådde inte sitt syfte

Antalet remisser ökade och utredningar görs fortsatt på för hög sjukvårdsnivå



MARIA SANDBLOM, distriktsläkare, Flogsta vårdcentral maria.sandblom@lul.se
JAN STÅLHAMMAR, med dr, distriktsläkare, Eriksbergs vårdcentral, båda institutionen

för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin
MASOUMEH REZAPOUR, docent, överläkare, kvinnors och barns hälsa, Akademiska sjukhuset; samtliga Uppsala

I Sverige beräknas 10–15 procent av alla kvinnor vara drabbade av inkontinens [1-3]. 60 procent uppskattas ha önskemål om behandling [4]. Hos yngre kvinnor dominerar ansträngningsinkontinens och hos äldre trängnings- och blandinkontinens [5, 6]. Upp till 74 procent av patienterna kan bli bra eller förbättrade med behandling inom primärvården [7-9]. Bäckentöning används i huvudsak vid ansträngningsinkontinens men kan i vissa fall också reducera och förebygga trängningar och trängningsinkontinens [10]. För kvinnor som inte uppnår tillfredsställande behandling i primärvården behövs sjukhusan sluten specialistvård. Under det senaste decenniet har inkontinensproblematiken uppmärksamats både i Sverige och internationellt, vilket lett till utveckling av nya medicinska och kirurgiska behandlingsmetoder [11]. Problemet är att skilja patienter med behov av mer avancerad vård från flertalet som med fördel kan skötas på primärvårdsnivå.

Vårdprogram för att ändra utredningsnivå

Vid kontinensmottagningen på kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, upplevde man att en för stor del av den basala utredningen och behandlingen av kvinnor med urininkontinens utfördes på sjukhusnivå. Ett vårdprogram bedömdes vara ett lämpligt instrument för att förändra detta. I maj 2003 introducerades ett vårdprogram om urininkontinens för vårdpersonal i kommun och primärvård i Uppsala län. I samband med introduktionen hölls två identiska halvdagsutbildningar för att man skulle nå så många som möjligt. Vårdprogrammet trycktes upp i 1 000 exemplar, som spreds inom kommunen och landstinget. Det finns också tillgängligt på landstingets intranät [12]. Ökad användning av miktions- och vätskelista samt läckagetest uppmuntras, likaså upptagning av anamnes och undersökning av (gynekologiskt) status. Formulär färdiga för kopiering finns i vårdprogrammet för detta liksom för bäckentöning på olika nivåer och blåstråning. Tanken är också att miktionslista och läckagetest ska kunna användas för utvärdering av behandlingen. I vårdprogrammet ingår en praktisk sammanfattning i form av ett flödesschema för hela vårdprogrammet (Figur 1).

Utvärdering av effekterna av vårdprogram på kontinensvården efterfrågades i en SBU-rapport om inkontinens [13]. Syftet med vår studie är därför att undersöka vilken inverkan vårdprogrammet fått på kontinensvården i Uppsala.

METOD

Studien belyser effekten avseende spontana kontakter, antal remisser och remissernas innehåll före och efter introduktionen

av ett vårdprogram för urininkontinens halvårsskiftet 2003. Studiepopulationen utgörs av samtliga nybesök registrerade i Infomedix-fil vid kvinnokliniken kontinensmottagning på Akademiska sjukhuset 1 januari 2002 till och med 31 december 2004. Två remisser, en före och en efter vårdprogrammets introduktion, har inte återfunnits.

Remisserna har detaljstuderats avseende anamnes, utredning och behandling 18 månader före respektive efter vårdprogrammets introduktion. De patienter som remitterats har analyserats avseende parametrarna: typ av inkontinens, allmänmedicinsk anamnes, gynekologisk anamnes, medicinlista, miktionslista, vätskelista, läckagetest, residualurin, bäckenbotten träning, blåstråning, lokalt hjälpmedel (vaginal ring/båge), specifik farmakologisk inkontinensbehandling och vilken vårdkategori remittenten tillhör: barnmorska/distriktssköterska, läkare under utbildning (AT/ST), övrig specialist, allmänläkare eller gynekolog. Uppgifterna har lagrats i en databas i programmet Access, med vars hjälp analyserna har gjorts.

Två av artikelns författare (MR och MS) har deltagit i den grupp på 17 personer som utarbetat vårdprogrammet.

RESULTAT

Under treårsperioden 2002 till och med 2004 gjordes totalt 1 043 nybesök, varav två tredjedelar (701) kom på remiss och en tredjedel (342) sökte själva. Totalt sett ökade antalet remitterade patienter med 27 procent (från 309 till 392) efter vårdprogrammets införande. Av de remitterade kom 42 procent från allmänläkare, 32 procent från gynekologer, 19 procent från övriga specialister, 4 procent från barnmorskor/distriktssköterskor och 3 procent från läkare under utbildning (Figur 2).

Efter vårdprogrammets införande ökade antalet kvinnor remitterade av allmänläkare med ca 50 procent (från 114 till 170). Antalet kvinnor under 50 år remitterade av gynekolog ökade till det dubbla (från 25 till 49), medan kvinnor över 50 år remitterade av gynekolog ökade bara 18 procent (från 70 till 83). Antalet

SAMMANFATTAT

En genomgång av remisserna till en kontinensmottagning 18 månader före respektive efter introduktionen av ett vårdprogram för urininkontinens har gjorts.

Antalet remisser från allmänläkare och gynekologer ökade efter vårdprogrammet.

Handläggningen påverkades bara i begränsad omfattning.

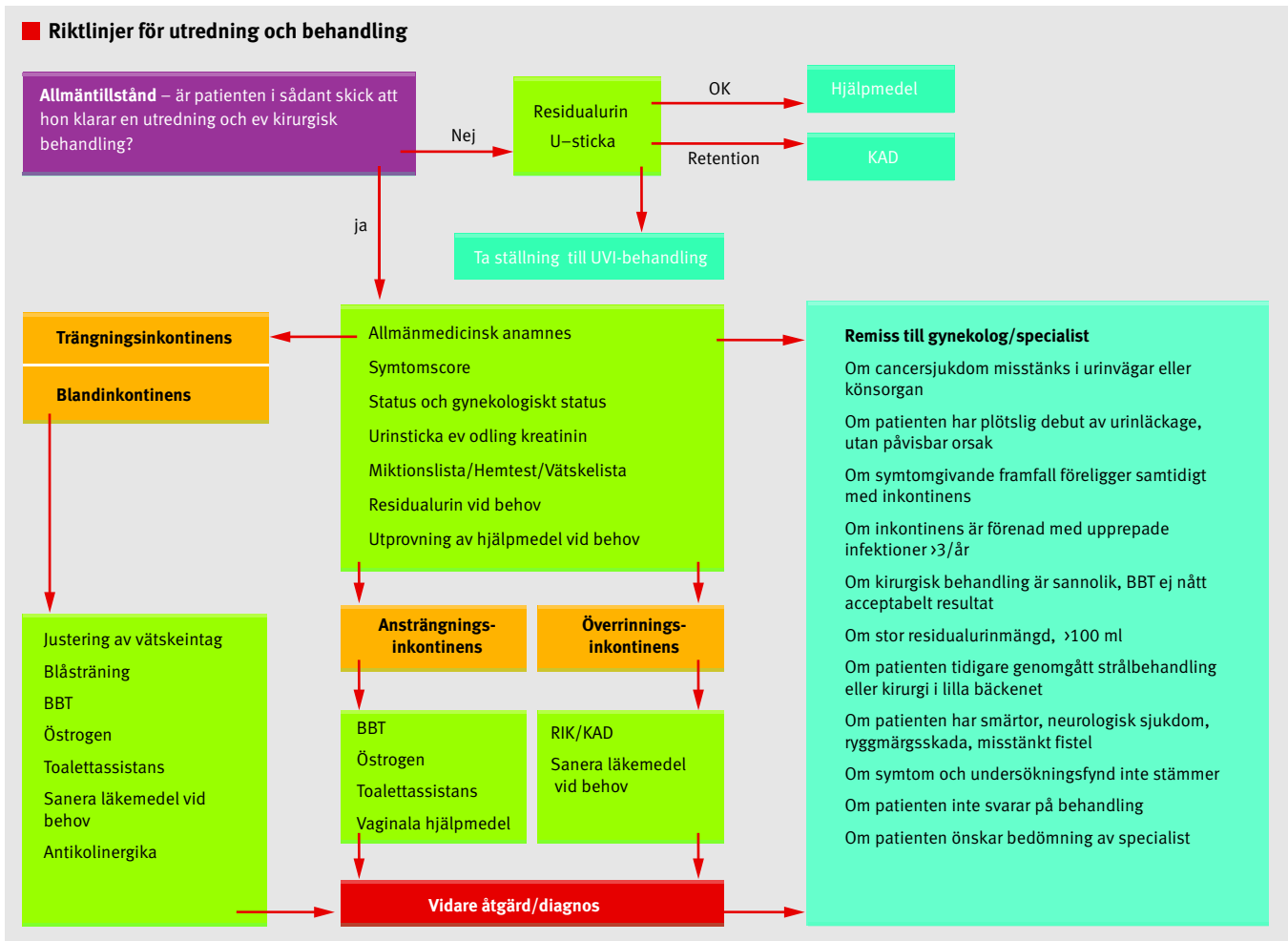
Bäckentöning nämndes i nästan dubbelt så många remisser från allmänläkarna efter vårdprogrammet.

Aktuell medicinering angavs i knappt var fjärde remiss.

Två av fem kvinnor hade prövat farmakologisk inkontinensbehandling före remitteringen till kontinensmottagningen.

Gynekologernas remisser innehöll oftare en allmänmedicinsk anamnes än allmänläkarnas.

Allmänläkarnas remisser innehöll oftare en gynekologisk anamnes hos yngre kvinnor än hos äldre.



Figur 1. Sammanfattning av Uppsalas vårdprogram för utredning och behandling av urininkontinens hos kvinnor. BBT = bäckenbottenträning, RIK = ren intermitterant kateterisering, KAD = kateter à demeure.

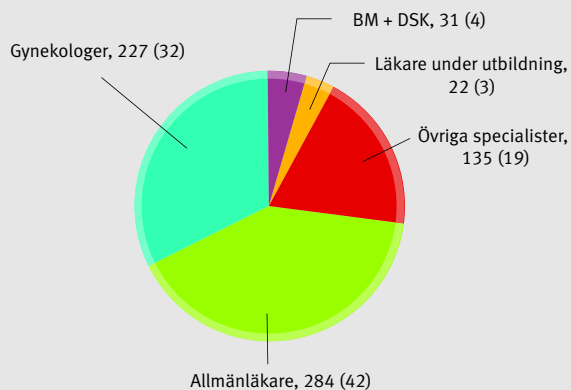
let kvinnor som sökte själva var väsentligen oförändrat (174 respektive 168) liksom antalet som remitterades från övriga specialister (70 respektive 65) (Figur 3). Kvinnor remitterade av barnmorskor och distriktssköterskor minskade med knappt hälften (från 20 till 11).

Rekommenderad utredning enligt vårdprogrammet, dvs miktions- och vätskelista, läckagetest, residualurinmätning, provokationstest och blåsträning, utfördes endast i undantagsfall och påverkades inte i nämnvärd omfattning av vårdprogrammet (Tabell I). Sådan utredning utfördes endast av gynekologer, som i 21 procent av fallen bifogade miktionslista. De mätte också i 9 procent av fallen residualurin. I remisserna från primärvården nämndes miktionslista i 6 procent av remisserna, medan övriga åtgärder förekom endast i någon enstaka remiss.

Andelen kvinnor som enligt remissen behandlats med bäckenbottenträning var generellt låg: i allmänläkarremisserna 11 procent före och 20 procent efter introduktionen av vårdprogrammet. Andelen kvinnor som fick bäckenbottenträning enligt gynekologernas remisser låg kring 20 procent. Barnmorskor och distriktssköterskor utgjorde en mycket liten grupp men nämnde bäckenbottenträning i 35 procent av remisserna före vårdprogrammets införande och låg kvar på samma nivå efter.

Aktuell medicinering var i allmänläkarnas remisser angiven i 19 respektive 22 procent, i gynekologernas i 22 respektive 27 procent och hos övriga specialister i 26 procent av fallen både

Figur 2. Patienter fördelade på remittent



Figur 2. Inkontinenspatienter fördelade på remittent, antal och inom parentes procent. BM = barnmorska, DSK = distriktssköterska.

före och efter vårdprogrammets införande. Farmakologisk inkontinensbehandling hade prövats i 40 procent av remisserna från allmänläkarna, i 52 procent av dem från gynekologerna och i 35 procent av dem från övriga specialister, medan barnmorskor/distriktssköterskor nämnde farmakologisk inkontinensbehandling i 5 procent av remisserna. Efter vårdprogrammets

TABELL 1. Antal remisser per remittentgrupp och parametrar i procent per remittentgrupp före och efter vårdprogrammets införande. BM = barnmorska, DSK = distriktssköterska, BBT = bäckenbottenträning.

Remittentgrupp	Antal remisser, före/efter	Allmänmedicinsk anamnes, före/efter, procent	Gynekologisk anamnes, före/efter, procent	Medicinering, före/efter, procent	Miktionslista, före/efter, procent	Läckagetest, före/efter, procent	Residualurin, före/efter, procent	BBT, före/efter, procent	Blåsträning, före/efter, procent	Farmakologisk behandling, före/efter, procent
BM + DSK	20/11	10/18	60/45	10/0	0/0	0/9	0/0	35/36	0/0	5/9
Läkare under utbildning	9/13	67/46	56/54	44/15	11/8	11/8	0/0	22/15	0/0	67/23
Övriga specialister	70/65	60/58	31/23	26/26	1/5	4/0	10/12	3/11	0/0	36/34
Allmänläkare	114/170	46/49	49/49	19/22	7/6	2/2	2/1	11/20	1/1	42/39
Gynekologer	95/132	49/61	80/86	22/27	21/22	19/14	13/8	24/20	1/2	57/49
Totalt	308/391	49/53	56/57	22/24	10/11	8/6	7/5	15/19	1/1	44/40

införande innehöll gynekologernas remisser oftare en allmänmedicinsk anamnes än allmänläkarnas, speciellt beträffande kvinnor över 50 år (69 procent mot 53 procent). Allmänläkarnas remisser innehöll i mindre utsträckning en gynekologisk anamnes hos kvinnor över 50 år (41 procent) än hos yngre kvinnor (66 procent).

DISKUSSION

Antalet remitterade kvinnor ökade påtagligt efter vårdprogrammets införande från de remittenter som erbjudits utbildning eller varit naturligt intresserade av vårdprogrammet, vilket tyder på att inkontinensproblematiken uppmärksammats. Remisserna från allmänläkare och gynekologer ökade totalt med 44 procent. Gruppen kvinnor under 50 år remitterade av gynekolog fördubblades, vilket kan bero på att ren ansträngningsinkontinens är vanligast i denna grupp och på att vinsterna med kirurgi är störst här. Eftersom antalet kvinnor som sökt själva respektive remitterats av övriga specialister är oförändrat kan ökningen av remisser från gynekologer och allmänläkare vara en effekt av vårdprogrammet.

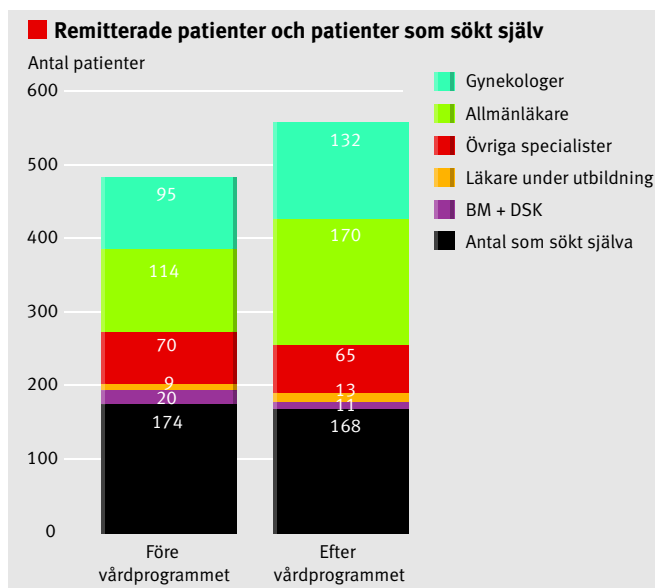
Utredningsparametrarna påverkades i ett fåtal fall

Utredning med miktionslista, vätskelista, läckagetest, residualurinbestämning och blåsträning utfördes bara i ett fåtal fall av remisser från primärvården. Detta är enkla utredningar, som är lätta att genomföra i primärvården. Med miktionslista och läckagetest kan effekten av t ex bäckenbottenträning och blåsträning objektivt utvärderas. Gynekologerna använder detta i större utsträckning, dock ses ingen ökning efter vårdprogrammets införande. Allmänläkarnas remisser innehåller uppgift om genomgången bäckenbottenträning nästan dubbelt så ofta efter vårdprogrammet (20 procent) som före (11 procent). Detta är den mest påtagliga förbättringen.

Bäckenbottenträning vanligast i sjuksköterskegruppen

Barnmorskor/distriktssköterskor är en mycket liten grupp, varför resultaten blir osäkra, men här ses en minskning av remisserna med knappt hälften efter vårdprogrammets införande. En optimistisk tolkning är att minskningen av barnmorskornas/distriktssköterskornas remisser till kontinensmottagningen är att man med stöd av vårdprogrammet utreder och behandlar fler kvinnor med bl a bäckenbottenträning och på så vis får tillfredsställande resultat utan remittering.

Enligt remisserna är barnmorskor/distriktssköterskor den kategori som oftast ordinerar bäckenbottenträning (35 procent). Med tanke på att bäckenbottenträning anses vara basbehandling vid all inkontinens är det förvånande att inte fler re-



Figur 3. Fördelning av antalet patienter som sökt själva respektive remitterats före och efter vårdprogrammets införande. BM = barnmorska, DSK = distriktssköterska.

mitter innehåller uppgift om resultatet av denna. Samtidigt uppger 70 procent av distriktssköterskorna att de använder vårdprogrammet, enligt en rapport från år 2005, som bygger på en elektronisk enkät till 80 distriktssköterskor (65 procent) i primärvården i Uppsala. De uppger också att de i första hand remitterar till privata gynekologer (65 procent) eller husläkare (44 procent) och endast i undantagsfall till kontinensmottagningen (8 procent) [14].

Huruvida remisserna från distriktssköterskor till gynekologer och allmänläkare också minskar efter vårdprogrammets införande är okänt, men enligt tidigare studier kan tre av fyra patienter bli hjälpta med primärvårdens resurser [7-9]. En annan tolkning är att distriktssköterskorna i stället för att remittera till kontinensmottagningen börjat hänvisa patienterna till privat gynekolog eller allmänläkare. Båda tolkningarna indikerar en förskjutning mot lägre vårdnivå, vilket varit avsikten med vårdprogrammet.

Gynekologerna tillämpar i större omfattning än allmänläkarna samtliga studerade parametrar. En tanke med vårdprogrammet är att försöka öka användningen av miktionslista, vätskelista och läckagetest för utredning och även för utvärdering av

behandling. Detta utförs dock i mycket begränsad omfattning av alla remitterter utom möjligen gynekologerna. Inte heller hos gynekologerna ses någon ökad användning av dessa enkla utredningar efter vårdprogrammet, utan i vissa fall ses till och med en minskning.

Farmakologisk behandling vanligast bland läkare

Bäckenbottenträning är nästan uteslutande den behandling som barnmorskor och distriktssköterskor nämner, medan läkarna anger farmaka som vanligaste behandling. Behandling med framför allt östrogen och antikolinergika prövas på 42 procent av patienterna före remiss till kontinensmottagningen. Förutom farmakologisk behandling har kvinnorna sannolikt också fått bäckenbottenträning under lång tid ändå, åtminstone i samband med barnafödande, även om det inte aktivt nämns i läkarremisserna. Enligt vårdprogrammet rekommenderas att bäckenbottenträning prövas under ett halvår och att effekten utvärderas med hjälp av miktionslista och läckagetest. Vid otillfredsställande resultat hos unga kvinnor med ren ansträngningsinkontinens finns det anledning även för allmänläkare att remittera patienten vidare för ställningstagande till kirurgi.

Läkemedel, som diuretika, psykofarmaka med antikolinerg effekt och astma- och blodtrycksmedel, kan påverka inkontinens, och uppgift om aktuell medicinering torde vara av intresse i fler än knappt var fjärde remiss, som nu är fallet.

Intressant skillnad mellan gynekologer och allmänläkare

Intressant är att gynekologernas remisser oftare innehåller en allmänmedicinsk anamnes än allmänläkarnas. Möjligen är det för gynekologerna mer naturligt att se samband mellan annan sjuklighet och urininkontinens. Allmänläkarnas remisser innehåller en gynekologisk anamnes i större utsträckning hos kvinnor under 50 år än hos äldre kvinnor. Graviditeter och barnafödande ligger längre tillbaka i tiden för den äldre kvinnan men utgör, liksom kirurgiska ingrepp, väsentliga riskfaktorer för inkontinens senare i livet.

KONKLUSION

Tidigare studier på patienter med hematuri och patienter med blåstömningsproblem (lower urinary tract symptoms, LUTS) som remitterats till urologiklinik visar att remisskvaliteten är ojämn och att patienterna i stor utsträckning inte är utredda enligt vårdprogrammet [15]. Till skillnad mot denna studie har man i tidigare studier inte haft möjlighet att studera förhållandena både före och efter vårdprogrammets introduktion.

Vårdprogrammet tycks öka antalet inkontinensremisser och möjligen göra allmänläkarna uppmärksamma på vikten av bäckenbottenträning. För övrigt verkar effekten av vårdprogrammet vara begränsad på inkontinenspatienter, åtminstone under de studerade 18 månaderna. Vårdprogrammets omfång på 26 A4-sidor överstiger de rekommendationer som numera finns och avskräcker kanske från användning. Omfånget gör också att det inte heller längre uppfyller vår lokala vårdprogramkommittés krav på ett vårdprogram utan kallas fortsättningsvis behandlingsriktlinjer. Det inkluderar dock även manlig inkontinens och innehåller förutom ett komprimerat flödesschema flera formulär och instruktioner som kan kopieras för att underlätta det praktiska patientarbetet.

I Uppsala finns sedan flera år ett nätverk av intresserade distriktssköterskor under ledning av en inkontinenssamordnare där man fortlöpande diskuterar arbetet med inkontinenspatienter. För allmänläkare ingår inkontinensutbildning till viss del i de utbildningsdagar som regelbundet återkommer. Man förstärker i Uppsala inkontinensvården genom att i år tillsätta

halv stå

en uroterapeut i primärvården. Åtgärder som denna borde kunna förbättra implementeringen av vårdprogrammet. I samband med omorganisationer och stor personalomsättning riskerar dock upparbetade rutiner snabbt att raseras. För läkare finns inget liknande nätverk av specialintresserade, vilket sannolikt försämrar vårdprogrammets genomslagskraft på läkarsidan. Liknande erfarenheter finns från Östergötland. Kanske finns de bästa förutsättningarna för ett förbättrat omhändertagande på sjuksköterskenivå.

Utarbetande av vårdprogram för olika diagnoser är en naturlig del av vårdens kvalitetsarbete som samtidigt är resurskrävande, varför ytterligare studier krävs för att fastställa hur implementeringen kan förbättras så att vården optimeras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Fall M, Frankenberg S, Frisé M, Larsson B, Petrén M. 456 000 svenskar kan ha urininkontinens. Endast var fjärde söker hjälp för besvären. *Läkartidningen*. 1985;82:2054-9.
2. Simenova Z, Bengtsson C. Prevalence of urinary incontinence among women at a Swedish primary health care center. *Scand J Prim Health Care*. 1990;8:203-6.
3. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and the menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*. 1993;149:1459-62.
4. Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76:74-80.
5. Mäkinen JI, Grönroos M, Kiiholma PJ, Tenho TT, Pirhonen J, Erkola RU. The prevalence of urinary incontinence in a randomized population of 547 adult Finnish women. *Int Urogynecol J*. 1992;3:110-3.
6. Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K, et al. Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. *Br J Urol*. 1990;66:12-5.
7. Holtedahl K, Verelst M, Schiefloe A. A population based, randomized, controlled trial of conservative treatment for urinary incontinence in women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77:671-7.
8. Lagro-Janssen A, Debruyne F, Smits A, van Weel C. The effect of treatment of urinary incontinence in general practice. *Family Practice*. 1992;9(3):284-9.
9. O'Brien J, Austin M, Sethi P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ*. 1991;303:1308-12.
10. Nygaard IE, Kreder KJ, Lepic MM, Fountain KA, Rhomberg AT. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174:120-5.
11. Ulmsten U, Johnson P, Rezapour M. A 3-year follow-up of TVT for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Br J Obstet Gynecol*. 1999;106:345-50.
12. *Urininkontinens i Uppsala län*. <http://www.lul.se/pv/inkontinens/>
13. *Behandling av urininkontinens*. Stockholm: SBU; 2000. SBU-rapport 143:62.
14. Eklund M, Lindgren I. *Urininkontinens. Kvalitetsuppföljning av vårdprogrammet urininkontinens*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län; 2005. Rapport 2005.
15. Hedelin H, Johansson N, Ströberg P. Ojämn kvalitet på remisser för blåstömningproblem hos män. *Läkartidningen*. 2003;100:1435-7.

halv stå