

1. Inledning

Urininkontinens

Urininkontinens är ett av våra stora folkhälsoproblem och berör mer än 50 miljoner människor i världen, varav cirka 500 000 i Sverige. Minst 300 000 har eller önskar idag behandling för sin inkontinens. Behandlingsbehovet kan sannolikt förväntas öka med ökad kunskap om den hjälp som finns att få, minskad rädsla att söka för besvären och ökad observans på symtomen hos äldre, som själva har svårt att efterfråga hjälp.

Urininkontinens är ett symptom med många orsaker, vilket beskrivs i detalj i flera av kapitlen i denna rapport. Följderna av urininkontinens är sannolikt mest uttalade hos de kvinnor som drabbas av ofrivilligt urinläckage på grund av fistelbildning mellan slidan och de nedre urinvägarna efter långvariga svåra förlossningar. Detta medför i utvecklingsländerna att många av de drabbade stöts bort från sina familjer. Även i andra delar av världen kan ofrivilligt urinläckage utgöra ett allvarligt medicinskt och socialt handikapp för den drabbade. Vård och behandling förorsakar också samhället stora kostnader.

Standardisering av definitioner och nomenklatur som beskriver funktionen i de nedre urinvägarna och vid urininkontinens har utarbetats av The International Continence Society (ICS), Committee on Standardisation [2].

Urininkontinens har definierats som ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen [2]. I denna definition finns ingen uppgift om hur ofta läckaget skall uppstå. Detta förklarar delvis varför den rapporterade prevalensen av urininkontinens varierar i olika undersökningar. Läckagefrekvensen har varierat från ”dagligen” till ”någon gång de senaste 12 månaderna” i olika studier.

Begreppet urininkontinens kan betecknas som:

1. ett symtom
2. ett klinisk tecken
3. ett tillstånd
4. en sjukdom.

Med stöd av Världsoorganisationen (WHO) anordnades 1998 en stor internationell konsensuskonferens kring urininkontinens [1]. Vid detta möte fanns enighet om att inkontinens bör klassificeras som en sjukdom. Detta är av betydelse i framför allt länder med ett försäkringssystem där begreppet sjukdom krävs för ersättning vid behandling. Sjukdomsbegreppet bör dock kopplas till i vilken grad den drabbade anser sin livskvalitet påverkad av läckaget. Vissa kan betrakta urininkontinens i mindre mängd som ett begränsat problem som i liten utsträckning påverkar livssituationen.

Typer och orsaker

Ansträngningsinkontinens är urinläckage som uppkommer när bukhåletrycket ökar så mycket att trycket i urinblåsan blir högre än urinrörets högsta tryck. I definitionen förutsätts att ingen sammandragning samtidigt sker i själva blåsmuskulaturen.

Symtom och kännetecken:

- läckage vid hosta, skratt, hopp
- läckage vid promenad
- läckage vid tunga lyft eller tungt arbete
- läckage vid hastig resning från sittande eller liggande
- debuterar ibland efter graviditet och förlossning
- ökad prevalens i högre åldrar
- förekommer nästan bara hos kvinnor
- läckagemängden är i regel måttlig men ibland läcker man många gånger om dagen.

Trängningsinkontinens är urinläckage som uppkommer genom ofrivillig sammandragning av blåsmuskeln där man inte kan eller hinner bromsa urintömning.

Symtom och kännetecken:

- täta trängningen till vattenkastning
- plötsligt urineringsbehov, varvid läckage inte kan hejdas
- förekommer i alla åldrar men är vanligare hos äldre
- förekommer i hög ålder i samma frekvens hos män som kvinnor
- är vanlig vid neurologiska sjukdomar som MS, Parkinsons sjukdom, vid demens och efter slaganfall
- läckagets volym är mycket varierande
- urinen kan läcka överrumplande.

Blandinkontinens är urinläckage som ibland utlöses vid ansträngning och ibland efter trängning.

Överrinningsinkontinens förekommer vid uttalade blåstömningsproblem med stor mängd urin kvarstående i urinblåsan.

Urininkontinens är ofta kopplad till andra vattenkastningsbesvär. Vid trängningsinkontinens föreligger ofta samtidigt svåra, plötsligt påkommande trängningar utan läckage – urgency, liksom täta miktionser (urineringsar) – frequency. Patienter med frequency, urgency, trängningsinkontinens eller en kombination av dessa symtom anses ha tecken på en överaktiv blåsa [3]. Andra besvärliga miktionsymtom kan också vara kopplade till inkontinens, t ex känsla av ständigt miktionsbehov liksom avsaknad av normal förvaringstid innan behov av att tömma blåsan plötsligt uppstår. I studier där t ex behandling av inkontinens studeras kan påverkan av dessa miktionsbesvär sannolikt ibland förklara att objektiv förbättring i exempelvis uppmätt minskning av läckage inte motsvarar patientens upplevelse av subjektiv förbättring.

De olika typerna av urininkontinens, deras orsaker och konsekvenser finns utförligt redovisade i Bilaga 1.

Metoder för utvärdering

Uppdrag

Gruppens uppdrag har varit att i första hand granska urininkontinens hos vuxna ur ett folkhälsoperspektiv. De flesta som besväras av inkonti-

nens är i övrigt ofta friska. Hos äldre föreligger ofta samtidigt ålderssjukdomar som demens, restillstånd efter stroke etc. Urininkontinens kan dock även vara ett symptom på andra allvarliga sjukdomar t ex ryggmärgsskada eller annan svår neurologisk sjukdom, tumörer i lilla bäckenet eller operativa skador. Hos barn kan inkontinens vara en följd av t ex missbildningar och försenad utveckling av det nervsystem som styr urinvägarna. I gruppens uppdrag har inte ingått att göra en mer omfattande litteraturgenomgång vad gäller dessa allvarliga, men mindre vanliga, orsaker till inkontinens. En stor del av denna rapport har dock betydelse även för omhändertagandet av patienter med dessa orsaker till inkontinens.

Svårighetsgrad och frekvens av läckage står inte i direkt relation till den drabbades uppfattning om problemets storlek. Även om enstaka inkontinensepisoder i vissa fall kan uppfattas som ett svårartat problem med behov av sjukvårdsresurser, så har rapporten väsentligen koncentrerats kring problemet regelbunden inkontinens. Detta begrepp har dock definierats olika. I denna rapport har vi valt att definiera regelbunden inkontinens som läckage minst en gång per vecka.

Effektmått

Evidensbaserad utvärdering av vetenskaplig litteratur underlättas av väl definierade, mätbara effekter (end points), t ex antal avlidna i en viss sjukdom. Även om inkontinens kan mätas som mängd läckage är det dock en sjukdom som främst påverkar livskvaliteten. Olika personer med samma grad av inkontinens upplever dess påverkan mycket olika. Livskvalitet är ett relativt nytt vetenskapligt begrepp, där definitionen av end points ännu är ofullständig.

Genomgång av inkontinenslitteraturen försvåras av att stora variationer föreligger i de subjektiva och objektiva mätvariabler som valts för att definiera resultat av behandling och utredning. Detta leder till svårigheter att jämföra olika vetenskapliga arbeten.

För att möjliggöra bedömning av flera studier som kan belysa ett område, har vi i denna rapport ofta valt att redovisa resultaten enbart som subjektivt respektive objektivt registrerad påverkan av inkontinensbesvären. Detta innebär att i olika studier, vid subjektiv registrering, kan olika former av frågeformulär eller skattningsskalor ha använts vid patientens eller undersökarens bedömning av resultat. Objektiv registrering kan ha

skett genom att mäta mängd urinläckage med olika teknik, registrering av antal inkontinensepisoder eller med olika former av provokationstest. I den mån objektiv förändring enbart visats i påverkan av urodynamiska parametrar har detta dock i regel angivits för respektive studie i rapporten.

I flertalet större studier, som publicerats under de senaste åren, speciellt inom läkemedelsområdet, är eventuellt bortfall av patienter (patienter som inte genomgått full behandling) noggrant angivet, och analys är utförd enligt så kallad "intention to treat". Detta innebär att även om en patient tvingats byta behandlingsgrupp under studiens gång, så räknas försökspersonen vid analys tillhöra ursprunglig behandlingsgrupp. I många äldre och mindre studier är såväl bortfall som byte av behandlingsgrupp dåligt angivet, vilket måste beaktas vid läsning av rapporten. Där större bortfall av väsentlig betydelse för resultatet förekommit har detta dock angivits där så kunnat ske.

Eftersom dessa utvärderingsproblem varierar inom olika områden har vi i den här rapporten valt att ytterligare diskutera detta i relation till ämnet för varje enskilt kapitel.

Litteraturgenomgång

The U.S. Departement of Health and Human Services har med metodik snarlik den som använts i SBU-rapporten gjort en utförlig genomgång av inkontinensvården. Rapporten [4] uppdaterades senast 1996 och delar av den har legat till grund för detta arbete. Litteraturen i den amerikanska rapporten har till stor del genomgått förnyad granskning. En omfattande egen litteratursökning har också gjorts, dels gällande tiden efter 1996, dels för att komplettera den amerikanska rapporten. Valda delar av den amerikanska rapporten (AHCPR-rapporten) har citerats i detta arbete. Uppläggningsen av det amerikanska arbetet skiljer sig dock i väsentlig grad från SBU-rapporten, varför flera kapitel krävt en fullständigt ny litteratursökning. Sökstrategi redovisas för varje kapitel. Litteratursökningar har utförts med stöd av informatiker. Vetenskapliga arbeten som ingår i rapporten har bedömts enligt en speciell kvalitetsmall för varje kapitel. Samtliga kapitel och citerad litteratur har genomgått omfattande diskussioner i hela gruppen. Viss nyckellitteratur har granskats av två skilda medlemmar i gruppen.

Rapportens struktur

Omfattningen av vetenskaplig litteratur inom inkontinensområdet är mycket ojämnt fördelad, vilket återspeglas i uppläggningsen av de olika kapitlen. Det största vetenskapliga intresset har sedan länge gällt operativa metoder, främst vid ansträngningsinkontinens hos kvinnor. Trots detta visade sig antalet studier, där väldefinierad kontrollgrupp ingått, vara få, och stora variationer i studiernas uppläggning försvårar en jämförelse mellan olika arbeten. Efter en omfattande litteraturgenomgång har gruppen därför valt att i denna del mer översiktligt referera främst arbeten som befunnits vara centrala för varje operationsmetod tillsammans med slutsatser som kan dras från den omfattande litteratur som refereras i AHCPR-rapporten och från ytterligare två större sammanställningar av operationslitteraturen. Inom andra områden som livskvalitet, utvärdering av vårdprogram i primärvården samt beteendeterapi och fysikalisk behandling föreligger ett mer begränsat antal studier av god kvalitet. I rapporten har vi därför valt att mer i detalj redovisa de olika arbetena i dessa kapitel. Välkontrollerade, randomiserade studier är få till antalet inom ett flertal inkontinensområden. De har främst använts vid läkemedelsstudier. Endast i läkemedelskapitlet har därför denna typ av önskvärda vetenskapliga arbeten kunnat läggas till huvudsaklig grund för utvärdering. I kapitlet om diagnos och utredning har litteraturgranskningen koncentrerats till speciella frågeställningar där samstämmig uppfattning inte föreligger. Redovisningen av ekonomi och organisation har till en del krävt ny analys och utredning pga brist på studier.

Rapporten har kompletterats med beskrivningar av dels olika typer av och orsaker till inkontinens, dels organisation av inkontinensvården i Sverige. Dessa kapitel presenteras i bilagor eftersom det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att värdering ska kunna ske. En mer detaljerad genomgång av urodynamiska undersökningar liksom historik kring utveckling av operativa metoder presenteras i Bilaga 2.

Kapitelindelning

Rapporten bygger i vissa delar på den amerikanska AHCPR-rapporten [4]. Vi har därför valt att redovisa dessa kapitel främst i rapporten. Det vetenskapliga underlaget vad gäller antal publicerade studier är störst i

denna del, som tar upp förekomst av urininkontinens, diagnos och olika former av behandling. I de senare delarna av rapporten redovisas områden som inte, eller endast till mindre del, behandlats i den amerikanska sammanställningen. Det är dock väsentligt att påpeka att dessa senare kapitel behandlar områden av största betydelse när inkontinensproblemet ses ur ett svenskt perspektiv.

Som framgår i Kapitel 8 har primärvården en mycket central roll inom inkontinensvården. Studier som redovisar utnyttjande av enkla utredningar och ofta olika kombinationer av behandlingar, som lämpar sig i primärvården, har granskats speciellt och redovisas i detta kapitel. Vi har också valt att sammanfatta litteratur som behandlar problemet ur de äldres synvinkel i ett separat kapitel för att därmed betona inkontinensproblematikens stora betydelse inom äldrevården. Speciellt bland de äldre som vårdas i särskilda boendeformer och har besvär med demens, restillstånd efter stroke etc, bidrar sannolikt inkontinens till ytterligare väsentlig försämring av självkänsla och livskvalitet samt adderar betydande vårdtyngd och höga vårdkostnader.

I rapporten har vi även valt att lyfta fram livskvalitetsbegreppet i ett separat kapitel. Vi har bedömt det vara av central betydelse för förståelsen av den inkontinentes situation liksom viktigt vid varje enskilt ställningstagande till vilka utrednings- och behandlingsinsatser som bör sättas in. Ett flertal studier inom detta område beskriver inkontinensens påverkan på livskvaliteten ur skilda synvinklar. Antalet jämförande behandlingsstudier, där någon form av kvantitativ värdering av förändring i livskvalitet använts som primär end point, är däremot litet.

Värdering av slutsatser

I den sammanfattning som avslutar varje kapitel har gruppen dragit slutsatser utifrån bedömning av litteraturen. Där dessa slutsatser direkt kan relateras till vetenskapliga studier har säkerheten i bedömningen graderats i en tregradig skala.

- A) Slutsatsen är väl belagd i flera studier av god kvalitet.
- B) Slutsatsen har stöd i flera vetenskapliga studier.
- C) Slutsatsen är mindre väl dokumenterad, t ex enbart i enstaka studier av acceptabel kvalitet.

Eftersom det vetenskapliga underlaget har så olika omfattning och tyngd i skilda kapitel i denna rapport kan en direkt jämförelse mellan graderingen av slutsatser i olika delar av rapporten inte göras. Graderingen av säkerhet i varje slutsats hänför sig enbart till gruppens uppfattning utifrån den litteratur som bedömts inom varje enskilt kapitel.

I Appendix (sid 275) redovisas en sammanfattning av de slutsatser och rekommendationer som projektgruppen ansett särskilt viktiga i det fortsatta arbetet med att utveckla vård och behandling av personer som lider av urininkontinens.

Referenser

1. 1st International consultation on Incontinence, Monaco 1998.
2. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 1988;7:403-27.
3. Abrams P, Wein AJ. Overactive bladder. Letter to the Editor. *Urol* 1998;51:8.
4. Fantl JA, Newman DK, Collins J, et al. Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. Clinical Practice Guideline, No. 2, 1996 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0682. March 1996.