

Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre

En systematisk litteraturöversikt

Oktober 2013

(preliminär version webbpublicerad 2013-10-08)



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
Swedish Council on Health Technology Assessment

SBU:s sammanfattning och slutsatser



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
Swedish Council on Health Technology Assessment

SBU:s sammanfattning och slutsatser

Urininkontinens kan minska livskvaliteten betydligt både hos den drabbade och hos anhöriga. Såväl klinisk erfarenhet som vetenskapliga studier talar för detta.

SBU:s tidigare rapport från år 2000 avsåg diagnostik och behandling i alla åldersgrupper. Denna rapport inriktas på äldre personer och sköra äldre, och genomfördes som en del av regeringens uppdrag till SBU på äldreområdet.

SBU:s slutsatser

- Det finns effektiva behandlingar för äldre. Det är viktigt att erbjuda dokumenterat effektiv behandling även till äldre.
- Utredning av urininkontinens är grunden för effektiv behandling. Beroende på typ av läckage, har en minskning av urininkontinens hos äldre kunnat påvisas med hjälp av bäckenbottenträning, slyngplastik (en operation där ett plastnät läggs in runt urinröret) samt läkemedel som har så kallad antikolinerg effekt. Effekten av dessa läkemedel är begränsad, och risken för biverkningar (t ex förstoppning och muntorrhet) måste uppmärksammas liksom biverkningar av operation.
- Det är sannolikt att basal omvårdnad för sköra äldre är viktigt för att påverka urininkontinens, men det saknas i stor utsträckning vetenskapliga studier. Exempel på grundläggande åtgärder som kan vara av värde är uppmärksamhetsträning, hjälp till toaletten och fysisk träning.
- Det saknas vetenskapliga studier av tillräcklig kvalitet för att bedöma metodernas kostnadseffektivitet.
- Forskning på förebyggande, lindrande eller botande åtgärder samt omvårdnadsåtgärder är begränsad. Det finns ett stort behov av studier av god vetenskaplig kvalitet som avser åtgärder för att hjälpa sköra äldre.

Bakgrund och syfte

Sveriges befolkning blir allt äldre, och antalet personer med kroniska sjukdomar och sammansatta vårdbehov ökar. Detta innebär ökade krav på tillgång till god och värdig vård och omsorg. Regeringen har gett SBU tillsammans med Socialstyrelsen i uppdrag att särskilt uppmärksamma kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre. Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre ingår i detta äldreuppdrag.

Urininkontinens är en folksjukdom. Åldersgruppen över 65 år utgörs av cirka 1,8 miljoner människor. Här kan man räkna med att mellan 30 och 40 procent har läckage. Det innebär att mer än 534 000 människor över 65 år har besvär.

För många är urininkontinens något som påverkar livskvaliteten inklusive det dagliga sociala livet. Många känner av en ständig rädsla för att läcka, för lukt, och för att andra ska se att man läckt. Upplevelsen av att läcka urin varierar mellan olika individer; vi kan ha olika strategier för att hantera ett handikapp, och det kan inverka på våra liv på olika sätt. Mer än hälften av de som vårdas i hemmet av en anhörig uppges ha inkontinens. Närmiljön kan ha stor betydelse för effekterna av inkontinensen för personen; svårigheter att ta sig till toaletten, svårigheter att nå en toalett även på natten, möjliga hinder eller inredning som kräver stor observans, t ex mattor, trappor eller trånga dörrar samt möjligheten till assistans. Omhändertagandet av urininkontinens är fortfarande bristfällig år 2013, och om dessutom språket (modersmålet) i sig är en barriär, är detta för många ett oöverstigligt hinder.

Det finns olika typer av urininkontinens, se Faktaruta 1.

Faktaruta 1 Olika typer av urininkontinens.

Trängningsinkontinens	Läckage som uppkommer genom plötsligt påkommande svår kissnöd; kan variera från små skvättar till hel urinportion, dvs upp till flera deciliter.
Ansträngningsinkontinens	Uppstår i samband med fysisk aktivitet såsom tunga lyft, hopp, jogging, skratt, hosta, nysning, uppresning från sittande eller liggande. Små skvättar urin avgår utan att man känner några trängningar. Denna typ av inkontinens är vanlig hos kvinnor och förekommer mer sällan hos män. Män med ansträngningsinkontinens kan i förekommande fall ha en överrinningsinkontinens (se definitionen av överrinningsinkontinens). Ansträngningsinkontinens kan schematiskt graderas i tre steg: <ul style="list-style-type: none">• 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 mot blåsa eller bäckenbotten.
Tillfällig urininkontinens	Urininkontinens är inte sällan ett dynamiskt tillstånd framförallt hos äldre och kan akut försämrats vid insättning av nya läkemedel som diuretika, och kan förekomma vid urinvägsinfektion, luftvägsinfektion med hosta eller vid förstoppning. Dessa besvär lindras när det primära problemet behandlats eller försvunnit.
Nattlig inkontinens	Att läcka urin på natten får naturligtvis stora konsekvenser vad gäller hygien och tvätt. Att behöva gå upp många gånger kan ge störd sömn och ge upphov till fallolyckor.
Funktionell inkontinens	Innebär att man inte hinner till toaletten i tid pga 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.

Syftet med detta projekt har varit att med en systematisk litteraturöversikt granska det vetenskapliga underlaget för behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre.

Den konkreta frågeställningen var: ”Vilken effekt har olika behandlingsmetoder på graden av urininkontinens och hur påverkas det dagliga livet och livskvaliteten?”

Metod

Systematisk kunskapsöversikt

Rapporten bygger på en systematisk genomgång av den vetenskapliga dokumentationen inom ämnesområdet behandling av urininkontinens hos äldre (≥ 65 år). Vi har försökt hitta undergrupper som tillhör gruppen de sköra äldre, vilka definieras som personer som är beroende av äldreomsorg (oberoende av omfång eller typ) och/eller samsjuklighet.

Behandlingen kan ha bestått av bäckenbottenträning, blåsträning, komplexa interventioner (vårdprogram mm), miljö (personal, lokal, utbildning), livsstilsinterventioner (dryck, träning mm), elstimulering, alternativmedicin (akupunktur, naturläkemedel, yoga), farmakologisk behandling, behandlingsprogram (toaletträning mm) eller kirurgisk behandling (slyngplastik, sakral nervmodulering, injektionsbehandling, artificiell sfinkter, botulinumtoxin).

Studierna var tvungna att innehålla något av följande utfallsmått: patientens (eller de anhörigas) upplevelse, antal inkontinensepisoder per dag/vecka utvärderat med lista, symtomskattning (formulär), livskvalitet eller påverkan på det dagliga livet eller biverkningar.

Översikten innefattar både randomiserade, kontrollerade studier och observationsstudier. För observationsstudier har kravet varit att de ska vara prospektiva. För upplevelser har kvalitativa studier granskats. Inga krav ställdes på behandlingstid eller uppföljningstid.

Litteratursökning har gjorts fram till november 2012 och utfördes i de medicinska litteraturlöslagarna PubMed (NLM), EMBASE (Elsevier), Cochrane Library (Wiley) samt Cinahl (EBSCO). Referenslistor från identifierade översiktsartiklar granskades också för att identifiera ytterligare studier. Alla studier som bedömdes kunna uppfylla inklusionskriterierna lästes i fulltext för att bedöma studiernas relevans för frågeställningen. Relevanta studier granskades sedan med hjälp av SBU:s granskningsmallar.

Varje inkluderad studie har kvalitetsgranskats och tabellerats. Vid den slutliga bedömningen av det samlade vetenskapliga underlaget, har det internationellt utarbetade GRADE-systemet tillämpats, (se Faktaruta 2). I bedömningen av den samlade evidensstyrkan har följande faktorer

beaktats: risk för systematiska fel (eng bias), samstämmighet, överförbarhet till svenska förhållanden, statistisk styrka, risk för publikationsbias, effektstorlek och dos–respons-samband.

I projektgruppen har åtta sakkunniga ingått; alla med brett spektrum av klinisk och vetenskaplig erfarenhet inom urininkontinens. Därutöver har SBU:s kansli bidragit med hälsoekonomisk expertis. Projektet har dessutom anlitat tre externa granskare med motsvarande kompetenser.

Faktaruta 2 Studiekvalitet, evidensstyrka och slutsatser.

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos–respons-samband.

Evidensstyrka graderas i fyra nivåer:

Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)

När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

Slutsatser

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Evidensgraderade resultat

Behandling av urininkontinens hos äldre

För gruppen äldre identifierades totalt 20 unika studier med måttlig eller hög studiekvalitet. De var inom följande interventioner: tre studier om bäckenbottenträning tillsammans med fysisk träning, en studie om patientundervisning, nio studier om läkemedel med antikolinerg effekt, två studier om duloxetin och fem studier om kirurgi (intravaginal slyngplastik).

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om strukturerad patientundervisning jämfört med sedvanlig vård hos äldre minskar antalet urininkontinensepisoder och ger förbättrad sjukdomsspecifik livskvalitet avseende socialt liv och grad av förutsägbarhet (⊕○○○).
- Bäckenbottenträning i kombination med annan fysisk träning jämfört med utbildning eller blåsträning reducerar antal inkontinensepisoder vid all typ av urininkontinens hos äldre. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).
- Bäckenbottenträning jämfört med blåsträning förbättrar symtomrelaterad livskvalitet. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).
- Ingen skillnad kunde påvisas på generell livskvalitet (förutsatt att en förändring på tre skalsteg eller mindre inte är kliniskt relevant). Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- Läkemedel med antikolinerg effekt vid urinläckage hos äldre minskar antal läckage jämfört med placebo. Minskningen motsvarar drygt ett halvt läckage per dygn jämfört med placebo vid utgångsläge 2–3 läckage per dygn. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- Muntorrhet och förstoppning är vanliga biverkningar vid behandling med läkemedel med antikolinerg effekt jämfört med placebo hos äldre. I genomsnitt drabbar muntorrhet 11–32 procent (placebo 3–7%) och förstoppning 6–24 procent (placebo 0–8%) av äldre. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).

- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om läkemedel med antikolinerg effekt påverkar livskvaliteten hos äldre (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om läkemedel med antikolinerg effekt påverkar kognitiva funktioner hos äldre med urininkontinens (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om duloxetin minskar antalet läckage jämfört med placebo hos äldre kvinnor med ansträngningsinkontinens (⊕○○○).
- Biverkningar, såsom muntorrhet, trötthet och förstoppning är vanliga vid behandling med duloxetin mot bland- och ansträngningsinkontinens hos äldre kvinnor. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om duloxetin medför en förbättrad livskvalitet hos kvinnor med bland- och ansträngningsinkontinens (⊕○○○).
- Det saknas studier över östrogens effekt på urininkontinens hos äldre och sköra äldre. Vetenskapligt underlag saknas (⊕○○○).
- Det saknas studier över mirabegrons effekt på urininkontinens hos äldre och sköra äldre. Vetenskapligt underlag saknas (⊕○○○).
- Kirurgisk behandling (slyngplastik) minskar urinläckage vid ansträngningsrelaterat urinläckage och förbättrar livskvalitet hos äldre kvinnor. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- Komplikationsfrekvensen varierar mellan olika studier. De vanligast förekommande är blåsp perforation, övergående blåstömningssvårigheter och nytillkomna trängningar. Det kan föreligga en något ökad risk för nytillkomna trängningar efter kirurgi i denna åldersgrupp jämfört med hos yngre. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- Förekomsten av allvarliga komplikationer under och efter operation redovisas endast i en studie och är där få. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (⊕○○○).
- Inga studier identifierades där sköra äldre eller institutionsboende äldre inkluderats. Vetenskapligt underlag saknas (⊕○○○).

- Vetenskapligt underlag saknas för bedömning av effekten av slyngplastik hos äldre män (⊕○○○).
- Vetenskapligt underlag saknas för bedömning av effekten av periuretral injektionsbehandling, artificiell sfinkter, botulinumtoxinbehandling samt sakralnervsmodulering hos äldre män/kvinnor (⊕○○○).
- Vetenskapligt underlag saknas för bedömning av livsstidsinterventioner, förändringar i miljön, alternativmedicin, behandling med elstimulering, kateteranvändning samt upplevelse av behandling hos äldre och sköra äldre. (⊕○○○).
- Det saknas vetenskapliga studier av godkänd kvalitet för att bedöma kostnadseffektiviteten för olika behandlingsmetoder för urininkontinens hos äldre (⊕○○○).

Tabell 1 Evidensgraderade resultat; behandling av urininkontinens hos äldre.

ÄLDRE					
Effektmått	Bäckenbotten-träning i kombination med fysisk träning	Strukturerad patientundervisning och stöd	Intravaginal slyngplastik	Läkemedel med antikolinerg effekt	Duloxetin
Urinläckage	Minskat läckage (⊕⊕⊕○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)	Minskat läckage (subjektivt) (⊕⊕○○)	Minskat läckage (⊕⊕○○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)
Livskvalitet	Förbättrad symtomrelaterad livskvalitet (⊕⊕⊕○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)	Förbättrad (⊕⊕○○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)
	Generell livskvalitet: ingen skillnad (⊕⊕○○)				
Komplikationer	Inte angivet	Inte relevant	Ökad risk (⊕⊕○○)	Ökad risk (⊕⊕○○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)

Behandling av urininkontinens hos sköra äldre

För gruppen sköra äldre (boende på särskilt boende) identifierades totalt sex unika studier med måttlig eller hög studiekvalitet inom följande interventioner: två studier om fysisk träning i kombination med ADL (activity of daily living), två studier om uppmärksamhetsträning och hjälp till toalettbesök i kombination med funktionell träning samt två studier om behandling med oxybutynin.

- Uppmärksamhetsträning och hjälp till toalettbesök (prompted voiding) i kombination med funktionell träning jämfört med sedvanlig vård minskar antal inkontinensepisoder hos sköra äldre. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- Det saknas studier för om uppmärksamhetsträning och hjälp till toalettbesök i kombination med funktionell träning påverkar livskvaliteten hos äldre och sköra äldre. Vetenskapligt underlag saknas (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (⊕○○○) för att bedöma om fysisk träning i kombination med ADL-träning jämfört med sedvanlig vård har effekt på storleken på urinläckage hos sköra äldre.
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om fysisk träning i kombination med ADL-träning har effekt på livskvaliteten hos äldre och sköra äldre med urinläckage (⊕○○○).
- Oxybutynin minskar inte antal urinläckage hos sköra äldre jämfört med placebo. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (⊕○○○).
- Det saknas studier om övriga läkemedel med antikolinerg effekt vid behandling av urininkontinens hos sköra äldre (⊕○○○).
- Det saknas studier för om läkemedel med antikolinerg effekt har effekt på livskvalitet hos sköra äldre (⊕○○○).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○) för att bedöma om oxybutynin ökar risken för biverkningar som muntorrhet och förstoppning.
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○) för att avgöra om läkemedel med antikolinerg effekt påverkar kognitiva funktioner hos sköra äldre med urininkontinens.

- Det saknas vetenskapliga studier av godkänd kvalitet för att bedöma kostnadseffektiviteten för olika behandlingsmetoder för urininkontinens hos sköra äldre (⊕○○○).

Tabell 2 Evidensgraderade resultat; behandling av urininkontinens hos sköra äldre.

SKÖRA ÄLDRE			
Effektmått	Fysisk träning i kombination med ADL-träning	Uppmärksamhetsträning och hjälp till toalettbesök i kombination med funktionell träning	Oxybutynin – läkemedel med antikolinerg effekt
Urinläckage	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)	Minskade urinläckage-episoder. Fler lyckade toalettbesök (⊕⊕○○)	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)
Livskvalitet	Studier saknas	Studier saknas	Studier saknas
Komplikationer	Studier saknas	Studier saknas	Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)

Hälsoekonomi

Det saknas hälsoekonomiska studier (⊕○○○).

Praxisundersökning

Inom ramen för projektet har vi studerat förskrivning av läkemedel och kirurgisk behandling (slyngplastik) hos äldre och sköra äldre. Vi har inventerat de utbildningsprogram/kurser som ges på nationell högskolenivå.

Kirurgi

Data över inkontinensoperationer är inhämtade från Socialstyrelsens patientregister för öppen- och slutenvård samt från Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi, Gynop-registret [1]. Kirurgi förekommer inte hos gruppen sköra äldre, men för gruppen äldre patienter utförs kirurgi upp till 80 års ålder. Av dem som deltar i registret är drygt en fjärdedel 65 år eller äldre. Risken för biverkningar verkar inte vara större för äldre jämfört med 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 för 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 i 2 procent av befolkningen i åldergruppen 65 år och i 2,3 procent i åldersgruppen över 80 år. Duloxetinbehandling för ansträngningsinkontinens är ovanlig.

Lokalt östrogen har under många år använts kliniskt för att lindra inkontinensbesvär hos kvinnor efter menopaus. Det finns idag inga studier som har undersökt effekten av detta hos äldre; indikationen är irritationsbesvär från vulva och vagina, inte urininkontinens.

En 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.

Utbildning

Enligt Svensk sjuksköterskeförening fanns det cirka 350 specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreården år 2012, men det råder problem att rekrytera studenter till denna specialistgren.

I Göteborg finns Sveriges enda arrangör för utbildning av uroterapeuter. Utbildningen är gemensam för nordiska länder och under 2012 startades även en kurs i Bergen i Norge. Det har utbildats cirka 450 uroterapeuter under 25 års tid i Sverige. Av dessa är i dagsläget ungefär 250 yrkesverksamma, men det är oklart hur stor andel av dessa som arbetar med patienter på heltid och om det ens finns någon i den kommunala äldreården.

Sammanfattningsvis kan sägas att det saknas en strategi för kompetensnivåer och utbildning inom inkontinensområdet. Det finns inga klart angivna krav på vilken kompetens som krävs för att förskriva inkontinenshjälpmedel, och det finns inte heller några rekommendationer om det kommande behovet av uroterapikompetens.

Omvårdnadsrutiner

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

Sammanfattande diskussion och konsekvensanalys

Resultaten av den systematiska litteraturgenomgången visar på ett stort behov av studier och att dessa ska ha en tydlig definition av studiepopulation, av mätetal och mått samt av behandling. Studier om komplexa interventioner¹ och vårdprogram samt av dokumentation av den befintliga rutinen och den sedvanliga vården, borde vara högt prioriterade. Att inte ha möjlighet att gå på toaletten regelbundet kommer innebära läckage.

En förutsättning för behandling av urininkontinens är att en utredning av bakomliggande orsaker sker. Dessa är ofta multifaktoriella hos de sköra äldre, och utredning bör ske. Utredning och behandling av sköra äldre kräver ett medicinskt och omvårdningsmässigt förhållningssätt som tar hänsyn till de specifika förhållanden som den äldre lever under, och i vilken utsträckning läckaget är ett problem. Hänsyn måste också tas till önskemål om behandling och påverkan på livskvalitet.

För gruppen sköra äldre är underlaget allra svagast, och studier saknas i stor utsträckning. Läkemedelsbehandling mot urininkontinens hos sköra äldre saknar i dagsläget vetenskapligt stöd. Däremot gav uppmärksamhetsträning och hjälp till toalett resultat och minskade antalet urinläckage. När det gäller sköra äldre är arbetsinsatsen av betydelse och kräver oftast två personer. En sådan intervention kan kräva mer personal på boenden men framför allt till dem som vårdas i hemmet. Här krävs en genomgående analys av hur personalresurserna används i dagsläget och kanske även en prioritering så att även toalettbesök blir utförda.

1 Hos äldre, speciellt de sköra äldre där orsaken till urininkontinens kan vara komplex, kan man ha vårdprogram med flera olika interventioner. Det kan röra sig om fysisk aktivitet, träning i ADL och träning i att ta sig till och från toaletten, tillsammans med en anpassning av miljön för att underlätta toalettbesöken. Det kan också handla om toalettassistans tillsammans med blåsträning mm.

Det är troligen hjälpmedel och omvårdnad för att kunna klara sig till toaletten som är den huvudsakliga behandlingen av inkontinens hos sköra äldre i Sverige idag. Läkemedelsbehandling prövas ibland, men som framgår av denna rapport finns inget vetenskapligt stöd för sådan behandling. Kirurgisk behandling blir sällan (aldrig) aktuellt. Det är svårt att göra en utvärdering av vårdrutiner och dess effekter på inkontinens eftersom dokumentationen är bristfällig. Behovet av studier är stort.

För gruppen äldre med urininkontinens är det vetenskapliga underlaget bättre, men även här är bristen på studier och kunskap stor. De interventioner som visade på effekt var vid ansträngningsinkontinens bäckenbottenträning i kombination med fysisk träning samt kirurgi med slyngplastik. Vid trängningsinkontinens har behandling med antikolinerga läkemedel effekt.

Bäckenbottenträning är en väl 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. Det som däremot kan diskuteras är hur bäckenbottenträning ska genomföras bland äldre och sköra äldre. Det är också okänt hur många äldre i Sverige som idag erbjuds bäckenbottenträning som behandling för sin inkontinens.

Träning i ADL (activity of daily living) och fysisk träning påvisade ingen signifikant förbättring av läckaget.

Det finns vetenskapligt stöd att läkemedel med antikolinerg effekt kan ha positiva effekter mot urininkontinens och något minska antalet läckage hos äldre. Vid behandling av äldre patienter måste man alltid värdera risken för biverkningar som kan bli mer påtagliga vid samsjuklighet och annan pågående läkemedelsbehandling. Läkemedelsbehandling är relativt vanligt hos äldre, och förskrivning av antikolinergika motsvarar en helårsanvändning hos 2 procent av alla personer över 65 år i Sverige.

Duloxetinbehandling vid ren ansträngningsinkontinens hos äldre kvinnor kan minska antalet läckage, men om den ökade livskvalitet som ses är ett specifikt resultat av behandlingen av urininkontinensen är oklar. Biverkningar är mycket vanliga. Det finns inga jämförande studier gentemot bäckenbottenträning som är den rekommenderade basala behandlingen vid ansträngnings- och blandinkontinens.

Behandling med intravaginal slyngplastik kan användas även vid ansträngningsinkontinens i hög ålder. Ålder är inget skäl att inte göra en operation. De rapporterade komplikationerna under och efter operation är som regel lindriga (minor) och förekomsten varierar i studier. Det finns dock vissa data som talar för att risken att drabbas av nyttillkomna trängningsbesvär efter kirurgi är större hos äldre jämfört med yngre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat. Vid granskning av resultat från operationsregistret blir resultatet efter slyngplastik sämre med ökad ålder.

Sjukvård och omsorg ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Denna grundsats gäller i högsta grad även för äldre patienter som lider av flera kroniska sjukdomar och har komplexa vårdbehov och ofta blir akut sjuka. I stor utsträckning saknas vetenskapliga studier om inkontinens hos äldre, medan det finns en stor beprövad kunskap inom vård och omsorg, som dock inte finns sammanfattad i studier. Vård och omsorg ges i stor utsträckning vid många sjukdomstillstånd utan att det finns en säker vetenskaplig grund att stå på.

Hälsoekonomi

Urininkontinens medför stora totala kostnader och påverkar livskvaliteten negativt. Man kan anta att kostnaderna för urininkontinens kommer att öka om inte preventiva åtgärder sätts in eftersom antalet och andelen äldre förväntas öka betydligt framöver. En stor del av kostnaderna kan hänföras till hjälpmedel och merkostnader inom äldreomsorgens olika boendeformer. 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 – Forskningsområdets tillväxt och kvarstående kunskapsluckor

I detta arbete har vi identifierat ett antal kunskapsluckor som beror på avsaknad av studier, för oss okända studier på andra språk än engelska och som inte varit nåbara i våra sökningar, eller att det vetenskapliga underlaget i studierna är bristfälligt.

Att genomföra studier där populationen utgörs av sköra äldre medför metodologiska problem såsom risk för stora bortfall, vilket kan bero på kort förväntad livslängd och svårigheter att vara kvar i studien pga komplex sjukdomsbild. Tre månader är ofta ett kriterium för en lägsta möjliga uppföljningstid, men kanske måste detta omformuleras vid studier på denna grupp. Många av de sköra äldre kan ha en nedsatt autonomi, andra kan ha demenssjukdomar som påverkar möjligheten att delta i studier. En stor kunskapslucka är sålunda metodologisk – hur tar vi oss an ett annorlunda studieupplägg som ändå blir robust? Populationen är dessutom svårnådd med olika, ofta mindre boendeformer, där 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 i att göra studier på människor med nedsatt autonomi, men det torde vara mer oetiskt att inte skaffa kunskap om behandling av urininkontinens hos sköra äldre. Det är väsentligt med en god insyn i forskningsprogram och med krav på närståendes godkännande.

En ytterligare kunskapslucka är att förebyggande åtgärder innan äldre blir sköra äldre inte alls finns beskrivna.