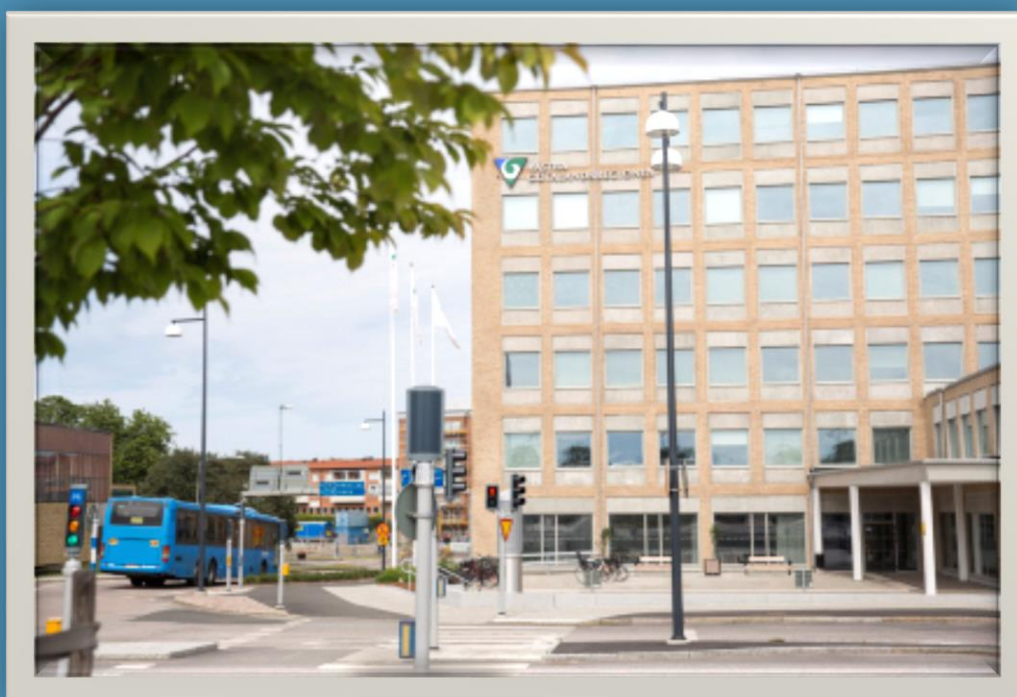


# Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården

En enkätstudie 2019–2020



Författare:  
Lotte Fris Boberg, ST-läkare  
Närhälsan Billingen vårdcentral, Skövde

Rapport 2020:8

## FoU-centrum Skaraborg

**Rapport 2020:8**

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/264901>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

**Handledare:**

Kristina Bengtsson Boström, professor i allmänmedicin, distriktsläkare  
Regionhälsan FoU primärvård Skaraborg, Närhälsan Billingen vårdcentral  
Skövde

# Sammanfattning

## Bakgrund

Över 500 000 svenskare har urininkontinens liksom runt hälften av kvinnor över 60 år som söker primärvården. Östrogenbrist i samband med menopaus kan ge symtom från både slidan och urinvägarna. Inte alla som har besvär söker för det trots att de önskar hjälp. Syftet med denna studie är studera urininkontinens och symtom på östrogenbrist hos kvinnor över 60 år på Närhälsan Billingen vårdcentral.

## Metod

En enkät med frågor om urininkontinens och östrogenbristsymtom samt samsjuklighet, och önskan om eller erhållen vård och behandling konstruerades. Den lämnades ut till kvinnor 60 år och äldre som sökte vård (oberoende av anledning) på Närhälsan Billingen vårdcentral 2019–2020. Data analyserades deskriptivt och skillnader mellan grupper med inkontinens och östrogenbrist och i åldersgrupperna yngre (60–75 år) och äldre (76–90 år) studerades med Chi-2 test. Signifikansnivån sattes till 5% (p-värde <0,05).

## Resultat

Svarsfrekvensen var 71,1%. Det fanns en samvariation mellan förekomst av östrogenbristsymtom och urininkontinens,  $p=0,01$ . Resultatet var tydligare hos de yngre jämfört med de äldre,  $p=0,003$ . De yngre hade också fler med både inkontinens och östrogenbristsymtom än de äldre,  $p=0,04$ . Det var ett stort internt bortfall, mer bland äldre jämfört med yngre,  $p=0,02$ . Validiteten av enkäten för de äldre minskade därför. Datamängden i studien var liten. Därför kunde inte något samband mellan urininkontinens eller östrogenbrist och samsjuklighet påvisas. Inte heller någon signifikant effekt av behandling med lokala östrogen på östrogenbristsymtom eller urininkontinens kunde påvisas. Cirka hälften av alla med urininkontinens önskade hjälp men 60% av dessa hade inte sökt för sina besvär. Strax under en fjärdedel av kvinnorna som hade sökt för urininkontinens visste inte vilken orsak/diagnos som var grunden till deras bekymmer. Endast 6% av alla inkontinenta tränade sin bäckenbotten regelbundet.

## Konklusion

Urininkontinens och östrogenbristsymtom förekommer ofta tillsammans särskild bland yngre postmenopausala kvinnor. En stor del av kvinnorna hade inte sökt för urininkontinens trots önskan om hjälp. Vårdgivare i primärvården bör vara uppmärksamma på detta i mötet med kvinnan över 60 år och aktivt fråga om inkontinens samt erbjuda utredning, behandling och uppföljning.

### *Nyckelord*

Urininkontinens, östrogenbrist, GSM, Genitourinary syndrome of menopause, lokala östrogen, postmenopausala kvinnor, primärvård.

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund .....</b>	<b>1</b>
<b>Urininkontinens .....</b>	<b>1</b>
<b>Typer av inkontinens.....</b>	<b>1</b>
<b>Östrogenbrist (brist på kvinnligt könshormon) .....</b>	<b>2</b>
<b>Behandling .....</b>	<b>3</b>
<b>Syfte .....</b>	<b>4</b>
<b>Frågeställningar .....</b>	<b>4</b>
<b>Metod .....</b>	<b>4</b>
<b>Studiedesign .....</b>	<b>4</b>
<b>Urval .....</b>	<b>5</b>
<b>Datainsamling och analys.....</b>	<b>5</b>
<b>Etiska överväganden.....</b>	<b>5</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>6</b>
<b>Inkontinens .....</b>	<b>9</b>
<b>Östrogenbrist.....</b>	<b>12</b>
<b>Behandling .....</b>	<b>16</b>
<b>Diskussion .....</b>	<b>17</b>
<b>Resultatdiskussion.....</b>	<b>17</b>
<b>Metoddiskussion .....</b>	<b>18</b>
<b>Slutsats .....</b>	<b>19</b>
<b>Referenslista.....</b>	<b>20</b>

## Bilaga 1

# Ordförklaringar

**Atrofi:** Förtvining av en cell, vävnad eller organ.

**Bartolinska körtlar:** Två ärtstora körtlar i den bakre delen av kvinnans inre blygdläppar.

**Chi2 test:** En statistisk test om en observerad skillnad beror på slumpen.

**Dermatit:** inflammation i huden.

**Diuretika:** Vätskedrivande läkemedel.

**Dyspareuni:** Smärta vid samlag.

**Dysuri:** Smärta/sveda vid vattenkastning.

**Elastin:** Ett elastiskt protein i bindväven.

**Epitel:** En typ av vävnad som täcker kroppens ytor.

**Glatt muskulatur:** Muskelvävnad som inte är viljestyrd, finns i inre organ och kärl.

**Glaukom:** Ögonsjukdom (grön starr).

**Glykogen:** Kroppens lager av kolhydrater (energi).

**Hematuri:** Blodig urin.

**Histologisk:** Kroppsvävnad studerad med mikroskop.

**Hysterektomi:** Bortoperation av livmodern.

**KOL:** Kronisk obstruktiv lungsjukdom.

**Kollagen:** Ett fiberprotein i bindvävnad.

**Laktobaciller:** Mjölksyrabildande bakterier.

**Leukocyter:** Vita blodkroppar.

**Lichen sklerosus:** Autoimmun sjukdom som drabbar hud och slemhinnor (vitfläckssjukan).

**Makroskopiskt:** Det som kan ses med blotta ögat.

**Menopaus:** Tidpunkten för en kvinnas sista menstruation.

**Nokturi:** Natlig vattenkastning.

**Pollakisuri:** Vattenkastning mer än åtta gånger per dygn.

**Prevalens:** Förekomst av en sjukdom eller tillstånd i en befolkning.

**Sömnapné:** Andningsuppehåll under sömn.

**Uretra:** Urinröret.

**Urininkontinens:** Läckage av urin.

**Urinretention:** Svårigheter att tömma urinblåsan.

**Urogenitala:** Från urinvägarna och könsorganen.

**Vagina:** Slidan.

**Vaginit:** Inflammation i slidan.

**Vulva:** De yttre kvinnliga könsorganen.

**Vulvovaginal:** Från de yttre kvinnliga könsorganen och slidan.

# Bakgrund

## ***Urininkontinens***

Urininkontinens i någon form finns hos 30–40% av den svenska befolkningen över 65 år och risken för inkontinens ökar med åldern [1]. Det betyder att mer än 500 000 människor i Sverige är drabbade. Dessutom beräknas 70–80% av de som vårdas på särskilda boenden ha inkontinens [2]. En studie gjord i svensk primärvård 2017 visade att 50% av kvinnorna hade någon form av besvär ifrån blåsan och 47% besväras av torrhet i slidan redan mellan 45–55 års åldern [3]. Inkontinens är 2,4 gånger så vanligt hos kvinnor i åldern 16–84 år jämfört med män enligt Folkhälsomyndighetens Nationella Folkhälsoenkät 2018 [4]. I gruppen 45–64 år hade 21% kvinnor inkontinens jämfört med 6% av männen. I gruppen 65–84 år var 34% kvinnor inkontinenta mot 24% män. Skillnaden jämnar ut sig allt mer med ökande ålder, och vid 80 års ålder är runt 25% kvinnor inkontinenta mot 20% män [5]. Mellan 20–50% av patienter med inkontinens söker vård och 40% av kvinnor som söker allmänläkare (oavsett anledning) i primärvården har inkontinens [5]. Bland kvinnor över 60 år i primärvården är prevalensen av inkontinens 48% [6].

Urininkontinens definieras av International Continence Society (ICS) som ”any leakage” av urin. Definitionen i olika studier kan dock variera och på så sätt kan prevalensen bli olika och svår att jämföra. Inkontinens kan medföra sociala, psykiska och fysiska begränsningar. Det har stor påverkan på livskvaliteten jämfört med andra kroniska sjukdomar [7]. Inkontinensbesvär kan medföra att man måste veta om en toalett finns i omedelbar närhet oavsett var man befinner sig. Det kan vara besvärligt att alltid ha med sig bindor/trosor/kläder att byta med och ta hand om använda inkontinensskydd om man är utanför hemmet. Många är rädda för att det luktar och/eller syns, eller att man förstör saker om man blöter ned ett underlag. Vissa kvinnor kan inte vara fysisk aktiva och några har svårt att skratta. Den skörare äldre kan ha fysiska begränsningar att ta sig till toaletten i tid med ökad fallrisk som följd. Många äldre, som vårdas av andra (anhöriga eller i vården), har större behov av hjälpmedel och assistans vilket ökar lidande för individen t. ex. ökad risk för inkontinensrelaterad dermatit. Allt fler äldre vårdas hemma och anhörigas insatser i vården ökar påtagligt om den äldre har inkontinensbesvär [1]. Kostnaden för samhället när det gäller inkontinens är grovt skattat till 6 900–10 800 kronor per år och individ, och kostnaden för inkontinenshjälpmedel för åldersgruppen 65 år och äldre ungefär 840 miljoner kronor, vilket motsvarar ungefär 80% av totalkostnaden för alla åldrar [1].

### ***Typer av inkontinens.***

*Ansträngningsinkontinens* är urinläckage i samband med fysisk aktivitet (från hårdare träningspass till skratt eller uppresning från stol). Högt BMI, genomgången vaginalförlossning och tidigare framfallskirurgi eller hysterektomi ökar risken.

*Trängningsinkontinens* uppstår när blåsan skickar akuta signaler till hjärnan att den behöver tömmas, och det blir läckage av allt från små droppar till flera deciliter. Övervikt, hög ålder och kronisk förstoppning ökar risken. Överaktiv blåsa är ett begrepp, besläktat med trängningsinkontinens, med kraftigt behov att

tömma blåsan med eller utan läckage. Det innebär pollakisuri och ofta också nokturi.

*Blandinkontinens* är en kombination av både ansträngnings- och trängningsinkontinens.

*Tillfällig inkontinens* kan komma i samband med t.ex. urinvägsinfektion, tillfällig förstoppning eller vid behandling med vissa läkemedel. Urinretention med inkontinens pga. överfyllnad är en risk vid behandling med läkemedel som t.ex. antikolinergika, opiater, vissa antidepressiva, calciumkanal blockerare och efedrin [8]. Det kan finnas en ökad risk för inkontinens vid behandling med tricykliska antidepressiva,  $\alpha 1$ -receptorantagonister och vissa antipsykotika [9]. ACE-hämmare kan ge hosta och därmed utlösa eller försämra en ansträngningsinkontinens. Diuretika har inte visats orsaka inkontinens, men kan kraftigt försämra besvären hos den som redan har urinläckage [9]. Läkemedelsbiverkan är viktig i helhetsbedömningen av patientens besvär, särskilt hos äldre, där behandling med många läkemedel ofta förekommer.

## **Östrogenbrist (brist på kvinnligt könshormon)**

Östrogenbrist i samband med menopausen (på engelska: Genitourinary Syndrome of Menopause - GSM) kan ge urogenitala besvär och är en ny term som infördes 2013 [10] för att bättre omfatta spektret av besvär (vaginala, sexuella och urinvägsrelaterade). Tidigare användes termerna atrofisk vaginit, vulvovaginal atrofi, urogenital atrofi. Mellan 40–54% av postmenopausala kvinnor menas ha detta bekymmer [11]. Det är ett kroniskt och progressivt tillstånd som troligtvis är underdiagnostiserat och som den drabbade ofta inte själv söker för [12]. Många kvinnor ser besvären som en oundviklig del av åldrandet, och andra tycker symtomen är svåra att ta upp [13]. Prevalensen ökar åren efter menopaus och når en plåtå efter cirka sex år [12].

Östrogenreceptorer finns på urogenitala slemhinnor (vulva, vagina, livmodermunnen, uretra och urinblåsans botten med flera) och även i muskulaturen i bäckenbotten. Den egna östrogenproduktionen minskar betydligt efter menopaus när äggstockarnas äggblåsor tillbakabildas. En viss östrogenproduktion finns livet ut via binjurarna. Brist på östrogen medför båda makroskopiska, histologiska och funktionella förändringar [14]. Vulva blir mindre fyllig, får sämre spänning och elasticitet samt minskad hårväxt. Vaginas öppning blir snävare, fuktigheten minskar, och vaginala väggen blir tunnare och skörare för mekanisk påverkan. Detta beror på minskat kollagen, elastin, glatt muskulatur och blodförsörjning samt nedsatt sekretion från livmodern och Bartolinska körtlarna till följd av östrogenbristen. Östrogen stimulerar också mognaden av vaginalt epitel och den minskade glykogenbildningen i epitelet vid östrogenbrist medför nedsatt mängd laktobaciller och högre pH med risk för annan bakteriell överväxt. Kvinnan kan besväras av bland annat vaginal torrhet, sveda, irritation och ömhet i vulva och vagina, klåda, dyspareuni, nedsatt sexlust och småblödningar. Liknande förändringar finns också i och omkring urinröret samt i blåsbotten medförande nedsatt blåskontraktilitet och blåsvolym. Minskningen av omgivande kärl minskar motståndet i urinröret [15] och östrogenbristen kan leda till sämre funktion av stängningsmuskulaturen runt det [13]. Följderna kan bland annat bli trängningar, pollakisuri, nokturi, dysuri, hematuri, inkontinens och urinvägsinfektioner [14]. Diagnosen östrogenbrist ställs vid gynekologisk

undersökning där man kan se atrofiska förändringar med torr, tunn, skör och utslätat slemhinna i vagina, sekret från vagina har pH 5–7 och vid mikroskopering av sekretet finns övervikt av leukocyter och omogna epitelceller samt minskad mängd laktobaciller.

## **Behandling**

Bäckenbottenträning är förstavalsbehandling för alla typer av inkontinens. Den har effekt på symtomen och på upplevd livskvalitet [16]. För kvinnor med tillgång till smartphone eller dator kan ett alternativ vara att använda sig av den validerade app'en Tät®, som har visat bra resultat [17]. Alla klarar dock inte av regelbunden bäckenbottenträning. Vid trängningsbesvär får patienten dessutom träna upp sin blåsa. Patienter med ansträngningsinkontinens kan få läckagehindrande produkter särskilt i väntan på ytterligare behandlingseffekter. Kontinensbåge/-ring finns för de som endast behöver hjälpmedel vid enskilda tillfällen. Inkontinensoperation har ofta bra effekt men är inte aktuellt för alla. Elektroakupunktur kan ha effekt vid ansträngningsinkontinens [18]. Mera passiv hjälp kan fås i form av blöjor och inkontinensskydd.

Vid träningsinkontinens kan läkemedel som antikolinergika eller beta3-stimulerare minska signalerna till urintömning. Antikolinerga läkemedel kan dock ge paradoxal inkontinens pga. av risk för urinretention och läckage till följd av en överfylld urinblåsa. Läkemedelsgruppen ger ökad risk för demensutveckling hos äldre [19] och i vissa fall andra biverkningar som hallucinationer, konfusion, yrsel och akut glaukom. Andra vanliga biverkningar är muntorrhet och dysuri. Beta-3-stimulerare kan ge ökad risk för urinvägsinfektioner och hjärtklappning samt, mindre vanligt, förmaksflimmer. I Sverige är Duloxetin godkänd för behandling av ansträngningsinkontinens men det vetenskapliga stödet för effekt är omdiskuterat. Läkemedlet verkar sannolikt på den psykologiska nivån och kan höja patienternas livskvalitet [20].

Lokala östrogener (Estriol och Estradiol) i vagina har i många år används kliniskt för att minska inkontinensbesvär hos postmenopausala kvinnor, men få studier finns. Två översiktsartiklar [21,22] har visat en möjlig gynnsam effekt av lokalt östrogen på inkontinens, primär trängningsinkontinens. Trots lågt vetenskapligt stöd rekommenderar flera regionala medicinska riktlinjer lokala östrogener till båda trängnings- och ansträngningsinkontinens [23, 24]. Behandling med lokala östrogener vaginalt kan minska återkommande urinvägsinfektioner hos postmenopausala kvinnor [25]. Biverkningarna av lokala östrogener är få, och enda kontraindikationen är aktiv behandling av bröstcancer. Perorala östrogener används ibland, men forskning har visat ökad tendens till inkontinens och jämfört med lokal behandling kunde inte någon säker fördel visas [21] Med peroral behandling finns en ökad risk för utveckling av cancer i livmoder och bröst samt blodpropp.

Mitt intresse för ämnet kommer från kontakt med postmenopausala patienter med urininkontinens och atrofisk vaginit, som blivit bättre efter insättning av lokalt östrogen. Inkontinens är resurskrävande för samhället, kan ge ett lidande hos den drabbade, och förtjänar mer fokus från.

# Syfte

Att studera förekomst av urininkontinens och symtom på östrogenbrist hos kvinnor över 60 år, som söker vård på Närhälsan Billingen vårdcentral.

# Frågeställningar

- Finns det en samvariation mellan symtom på inkontinens och östrogenbrist i underlivet?
- Vilken roll spelar samsjuklighet för symtom på inkontinens och östrogenbrist?
- Söker kvinnorna för sin inkontinens och önskar de hjälp?
- Vilken behandling använder sig kvinnorna av och i vilken utsträckning verkar den hjälpa?

# Metod

## *Studiedesign*

Denna studie är en tvärsnittsstudie i form av enkätstudie. För undersökningens syfte hittades ingen tidigare validerad enkät. En fem sidor lång enkät konstruerades innehållande 29 frågor, Bilaga 1. Tjugosju enkäter testades på vårdcentralen på kvinnor 60 år och äldre och enkäten reviderades innan den slutligen lämnades ut. Ålder, antal förlossningar, tidpunkt för sista menstruation, toalettvanor, samsjuklighet (astma/KOL, sömnapné, diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, neurologisk sjukdom, demens, lichen sklerosus), bäckenbottenträning och antal läkemedel registrerades. Vidare noterades symtom på urininkontinens (läckage vid ansträngning och/eller trängning samt läckage nattetid eller vid andra tillfällen), datum för debut av inkontinensbesvär, huruvida kvinnorna sökt för inkontinens och/eller önskade hjälp, inkontinensbesvärens påverkan socialt och fysiskt registrerades. En sju-gradig Likertskala med extremerna 1=mycket nöjd och 7=fruktansvärt användes, där kvinnorna fick välja en siffra som de tyckte passade med hur de skulle känna sig om de besvär de aktuellt hade skulle fortsätta livet ut. Symtom på östrogenbrist (torrhetskänsla, klåda, dyspareuni, dysuri, lättblödande slemhinnor, recidiverande urinvägsinfektioner) efterfrågades samt huruvida kvinnorna använde lokala östrogener eller inte.

## ***Urval***

Kvinnor 60 år och äldre listade på Närhälsan Billingen vårdcentral som är belägen i Skövde, Västra Götalandsregionen. Antal listade patienter var hösten 2019 strax över 11 700 varav 51% var kvinnor. Av alla listade var 31% över 60 år och 57% av dessa var kvinnor (motsvarande 18% av alla listade).

## ***Datainsamling och analys***

Mellan 2019-11-12 och 2020-03-27 lämnades enkäten ut i receptionen på Närhälsan Billingen vårdcentral till kvinnor 60 år och äldre som sökte vård oavsett anledning. Enkäten återlämnades anonymt i en box. De var numrerade för beräkning av bortfallet i studien.

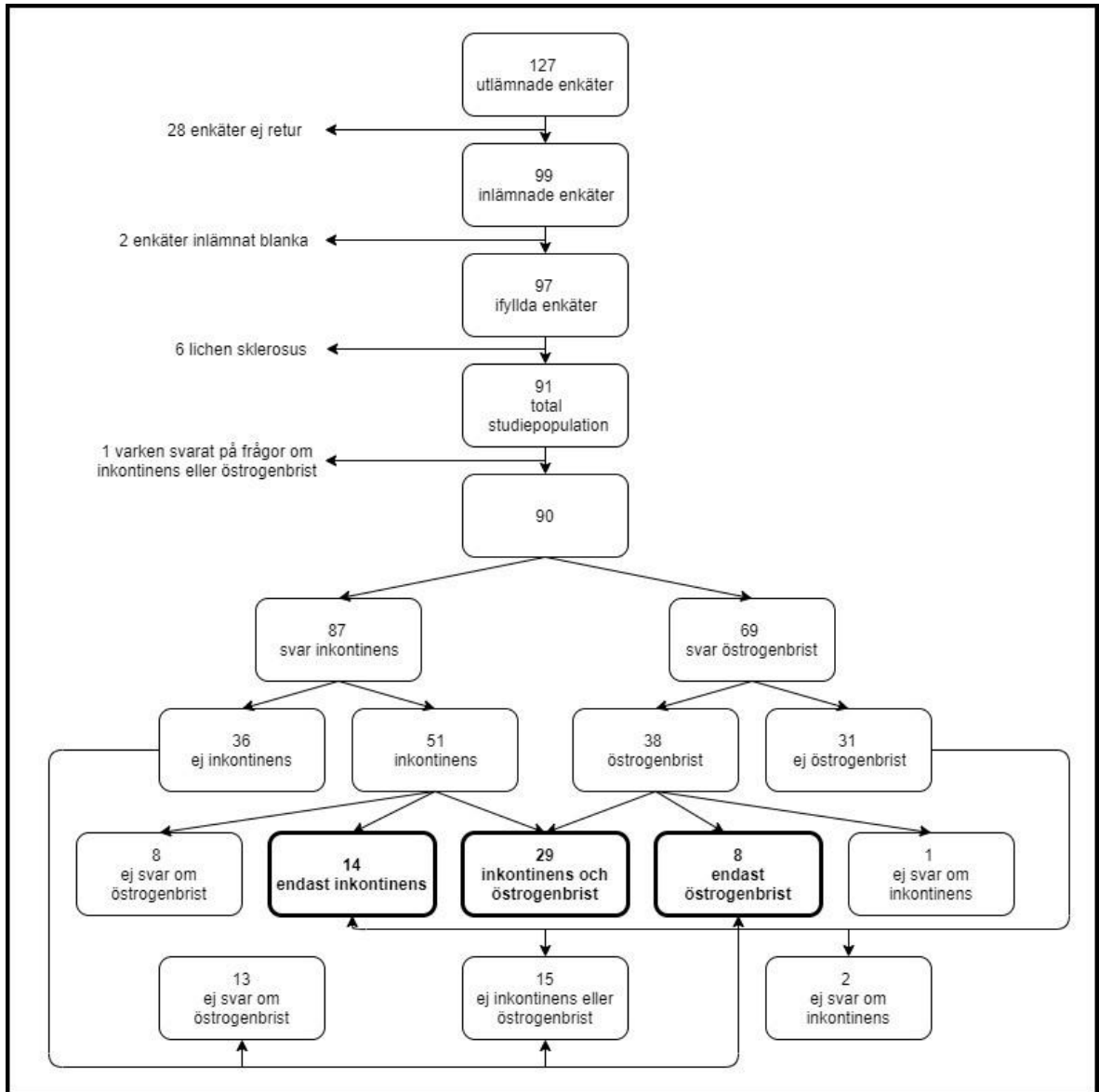
Data från enkäterna överfördes till Excel för bearbetning. Deltagarna delades i tre grupper: de med enbart inkontinens, de med enbart östrogenbrist, och de som hade både inkontinens och östrogenbrist. För vissa analyser delades kvinnorna upp i åldersgrupperna 60–75 år och 76–90 år. Medelvärden med standardavvikelser beräknades och jämförelser mellan grupperna gjordes med hjälp av Chi2 test. Ett p-värde <0.05 bedömdes som signifikant.

## ***Etiska överväganden***

Etikprövning bedömdes inte vara nödvändig då enkäten var anonym och därför inte kan spåras till deltagaren. En anonym enkät kan skapa trygghet och ärliga svar. Visar det sig att personal på vårdcentralen inte fångar upp patienter med besvär, blir det inte heller ett utpekande av någon personal. Enkäten kan upplevas påträngande men också uppmuntra deltagaren att söka för besvären.

# Resultat

Svarsfrekvensen var 71,7%, figur 1. Deltagarna var från 60 till 90 år, det var 59 kvinnor (64,8%) i åldersgruppen 60–75 år och 31 (33%) i åldersgruppen 76–90 år. Det var 16,5% som varken hade urininkontinens eller östrogenbristsymtom. Vanligaste samsjuklighet var hypertoni, därefter astma/KOL och diabetes.



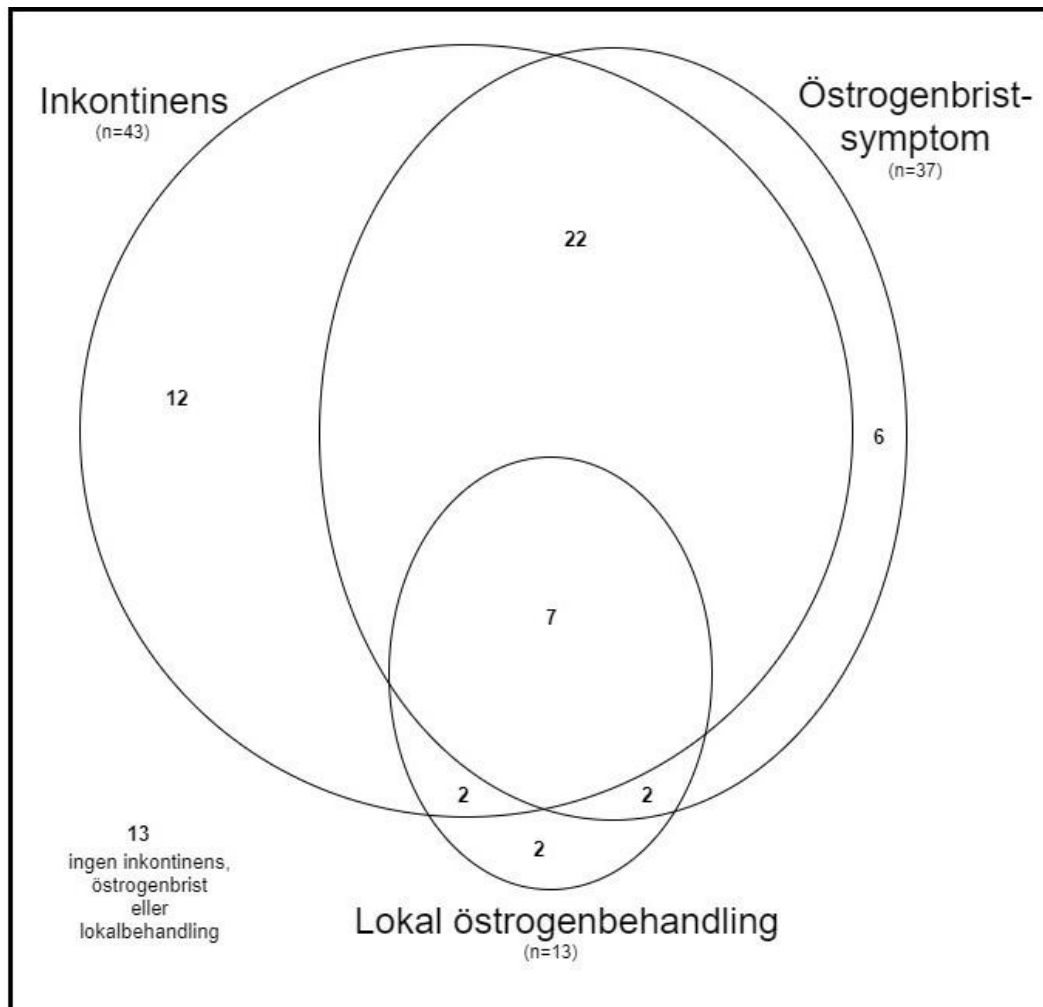
**Figur 1.** Flödesschema över deltagare i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 - 2020.

Tio kvinnor (11%) hade tre eller fler sjukdomar, tabell 1.

**Tabell 1.** Kliniska karakteristika hos deltagare i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 – 2020.

Studiepopulationen	Alla		Endast inkontinens		Endast östrogenbrist		Inkontinens och östrogenbrist		Varken inkontinens eller östrogenbrist		"Missing data"	
	Alla	%		%		%		%		%		%
<b>Antal ifyllda enkäter</b>	91	100	14	15,4	8	8,8	29	31,9	15	16,5	25	27,5
<b>Medelålder deltagare (år)</b>	72,3 ± 7,4		76 ± 8,6		70,4 ± 4,1		70,5 ± 6,4		69,6 ± 6,7		74,8 ± 8,2	
<b>Medelålder sista menstruation (år)</b>	50,3 ± 4,4		51,2 ± 5,6		49,2 ± 3,5		48,2 ± 5,2		49,9 ± 4,1		51,8 ± 3,0	
<b>Medelålder debut inkontinens (år)</b>	64,4 ± 12,1		70,5 ± 9,3				58,2 ± 11,5				missing data	
<b>Antal som tidigare opererats i underlivet</b>	26	28,6	2	14,3	1	12,5	13	44,8	4	26,7	5	20,0
<b>Antal vaginala förlossningar</b>	2,3 ± 1,1		2,4 ± 1,1		1,7 ± 0,6		2,3 ± 1,3		2,5 ± 1,4		2,2 ± 0,7	
<b>Komorbiditet</b>	59	64,8	11	78,6	6	75,0	18	62,1	9	60,0	15	60,0
Astma/KOL	19	20,9	5	35,7	1	12,5	9	31,0	2	13,3	2	8,0
Sömnapné	8	8,8	2	14,3	2	25,0	4	13,8	0	0,0	0	0,0
Diabetes	16	17,6	3	21,4	2	25,0	4	13,8	3	20,0	4	16,0
Hjärtsvikt	10	11,0	4	28,6	0	0,0	3	10,3	0	0,0	3	12,0
Hypertoni	43	47,3	8	57,1	4	50,0	9	31,0	8	53,3	14	56,0
Neurologisk sjukdom	4	4,4	2	14,3	1	12,5	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Demens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Ingen samsjuklighet	14	15,4	2	14,3	0	0,0	5	17,2	4	26,7	3	12,0
Inte svarat samsjuklighet	18	19,8	1	7,1	2	25,0	6	20,7	2	13,3	7	28,0
<b>Läkemedelsprofil</b>												
Medelvärde antal läkemedel	3,5 ± 2,6		4,3 ± 2,4		3 ± 2,4		2,9 ± 2,6		2,7 ± 2,5		4,3 ± 2,9	
Inga läkemedel	5	5,5	0	0	1	12,5	2	6,9	1	6,7	1	4,0
Inte svarat läkemedel	32	35,2	5	35,7	3	37,5	11	37,9	4	26,7	9	36,0
Vätskedrivande läkemedel	7	7,7	1	7,1	1	12,5	0	0	1	6,7	4	16,0

I figur 2 ses fördelningen mellan inkontinens, östrogenbristsymtom och lokalbehandling i studiepopulationen.



**Figur 2.** Venn-diagram över fördelningen av inkontinens, östrogenbristsymtom och lokal östrogenbehandling hos deltagare 60 - 90 år i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 - 2020.

## Bortfall

En eller flera av frågorna om inkontinens och/eller östrogenbristsymtom hade inte blivit besvarade av 25 (27,5%) deltagare, se figur 1. I 12% av fallen var det frågor för bedömning av enbart inkontinens och i 84% var det frågor om enbart östrogenbristsymtom. Resterande hade inte svarat på frågorna varken om inkontinens eller östrogenbrist. I åldersgruppen 60–75 år hade 12 (20,3%) inte svarat på frågorna om inkontinens och/eller östrogenbristsymtom, och i åldersgruppen 76–90 år hade 13 (43,3%) inte svarat på dessa frågor. Det var signifikant fler i den äldre gruppen som inte svarat på frågorna ( $p=0,02$ ). Arton (19,8%) deltagare svarade inte på frågorna om samsjuklighet, och 24 (26,4%) angav inte läkemedel där ytterligare 8 (8,8%) hade läkemedel men det gick inte att identifiera vilka eller hur många. Två (2,2%) kvinnor hade inte angivit sin ålder, och 23 (25,3%) hade inte angivit ålder för sista menstruation. Åtta (8,8%) hade inte svarat på frågan om bäckenbottenträning. Sex (6,6%) hade inte angivit om de hade tablettbehandling mot inkontinens eller behandling med lokala östrogener. Bland de 51 inkontinenta hade 29 (56,9%) inte angivit ålder för debut av

inkontinensen, 16 (31,4%) hade inte fyllt i Likertskalan, 15 (29,4%) hade inte svarat på om de önskade hjälp, och tre (5,9%) hade inte svarat om de tidigare sökt hjälp.

## ***Inkontinens***

Av alla kvinnorna i studiepopulationen hade 56% inkontinens, tabell 2. Blandinkontinens var vanligast, efterföljd av ren ansträngningsinkontinens och därefter trängningsinkontinens. Datamängden var för liten för att analysera skillnaden mellan typerna av inkontinens för både åldersgrupperna och de inkontinensgrupperna med och utan östrogenbristsymtom. Det fanns ingen signifikant skillnad i förekomst av inkontinens i de två åldersgrupperna ( $p=0,2$ ). Den yngre gruppen hade en större andel inkontinens med östrogenbristsymtom än de äldre,  $p=0,04$ , Figur 3 och 4. Debutålder för inkontinens var  $64,4 \pm 12,1$  år i hela populationen,  $70,5 \pm 9,3$  år i gruppen 'endast inkontinens' och  $58,2 \pm 11,5$  år i gruppen 'inkontinens och östrogenbristsymtom', det fanns ingen signifikant skillnad i debutålder. Inkontinens förekom bland 75% av de som hade sömnapné respektive neurologisk sjukdom, men antalet var för litet för att beräkna skillnad mellan grupperna, Tabell 1. Det fanns inget signifikant samband mellan inkontinens och de övriga samsjukligheterna, ökande antal samsjukligheter eller antal läkemedel. De som skattade 1–4 på Likertskalan ( $n=25$ ) hade i genomsnitt  $3 \pm 2,3$  läkemedel och medelåldern var  $74,2 \pm 7,7$  år. De som skattade 5–7 på Likertskalan ( $n=13$ ) hade i genomsnitt  $4,9 \pm 3,4$  läkemedel och medelålder på  $70,3 \pm 5,4$  år. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de två Likertgrupperna.

**Tabell 2.** Symptom och sökmönster hos undergrupper med inkontinens och östrogenbrist och i åldrarna 60–75 år och 76–90 år bland deltagare i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 – 2020.

Karakteristika i de olika grupperna	Alla			Endast inkontinenssymtom			Endast östrogenbristsymtom			Inkontinens och östrogenbristsymtom			60–75 åriga som svarat på inkontinens- och östrogenbristfrågorna			76–90 åriga som svarat på inkontinens- och östrogenbristfrågorna		
			%			%			%			%			%			%
Studiepopulation	91	14	15,4	8	8,8	29	31,9	47	51,6	17	18,7							
60 - 75 år	59	5	35,7	8	100	22	75,9	47	79,7									
76 - 90 år	30	7	50,0	0	0	7	24,1			17	56,7							
<b>Någon form av inkontinens</b>	51	14	100			29	100	27	57,4	14	82,4							
Blandinkontinens	22	5	35,7			14	48,3	14	51,9	3	17,6							
Ansträngningsinkontinens	16	4	28,6			9	31,0	9	33,3	4	23,5							
Trängningsinkontinens	6	1	7,1			4	13,8	2	7,4	3	17,6							
Nattlig inkontinens	9	3	21,4			6	20,7	3	11,1	4	23,5							
Enbart nattlig inkontinens	1	1	7,1			0	0	0	0	1	5,9							
Annan inkontinens	1	1	7,1			0	0	4	14,8	1	5,9							
Inte klassificerbar typ (missing data)	5	2	14,3			2	6,9	2	7,4	2	11,8							
Begränsad socialt	8	2	14,3			5	17,2	5	18,5	1	5,9							
Begränsad fysiskt	12	2	14,3			8	27,6	8	29,6	2	11,8							
Medelvärde Likertskala 1–7			4,2 ± 1,8				3,7 ± 1,9		4,0 ± 1,8		3,2 ± 1,7							
Sökt hjälp inkontinens	18	4	28,6	1	12,5	9	31,0	9	19,1	3	17,6							
Aldrig sökt hjälp inkontinens	70	10	71,4	7	87,5	19	65,5	18	38,3	13	76,5							
Önskar hjälp inkontinens	26	8	57,1			15	51,7	16	34,0	6	35,3							
Önskar hjälp men aldrig sökt	15	6	42,9			8	27,6	8	50,0	5	83,3							
Tränar bäckenbotten regelbundet	12	2	14,3	1	12,5	1	3,4	2	7,4	1	5,9							
<b>Minst ett östrogenbristsymtom</b>	38			8	100	29	100	30	63,8	7	41,2							
Torrhet	26			8	100	17	58,6	22	73,3	3	17,6							
Klåda	12			2	25,0	10	34,5	10	33,3	2	11,8							
Recidiverande UVI	11			1	12,5	10	34,5	9	30,0	2	11,8							
Dyspareuni	12			3	37,5	9	31,0	11	36,7	1	5,9							
<i>Ej samlag</i>	24			1	12,5	11	37,9	8	26,7	9	52,9							
Lättblödande slemhinnor	9			1	12,5	8	27,6	8	26,7	1	5,9							
Dysuri	4			2	25,0	2	6,9	4	13,3	0	0,							
Antal symptom			1,3 ± 1,1		2 ± 1,8		2 ± 1,1		1,4 ± 1,5		0,6 ± 0,9							
Lokalbehandling östrogen	14	2	14,3	2	25,0	7	24,1	10	21,3	3	17,6							

Bland de arton i hela studiepopulationen, som någon gång i livet hade sökt för inkontinensbesvär, Tabell 2, var två besvärsfria, och två som fortfarande var inkontinenta önskade inte någon hjälp. Minst 23,5% av de inkontinenta som hade sökt hjälp, hade gjort det upprepade gånger. Det var 22,2% av de som sökt som inte visste vilken diagnos de hade som bakgrund för sina besvär. Av de med aktuell inkontinens hade två tredjedelar aldrig sökt hjälp, Tabell 3. Av de som hade blivit undersökta gynekologiskt de senaste fem åren och önskade hjälp, men inte hade sökt för inkontinens, hade minst sex (75%) blivit undersökta på en tidpunkt då de hade besvären, motsvarande 11,8% av alla inkontinenta i studien. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de inkontinenta med eller utan östrogenbristsymtom ( $p=0,8$ ) eller mellan de två åldersgrupperna ( $p=0,8$ ) huruvida de hade sökt hjälp för sin inkontinens eller ej.

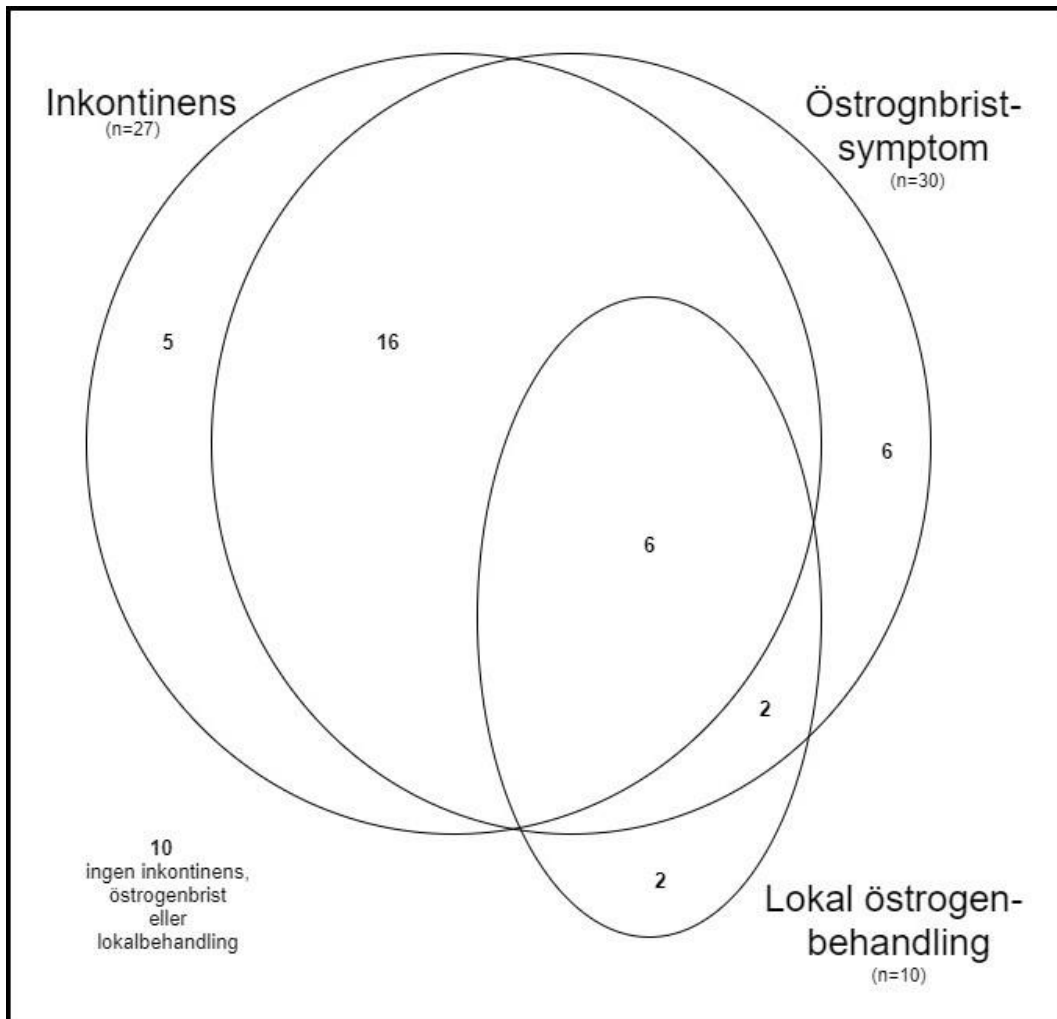
**Tabell 3.** Karakteristika hos kvinnor med inkontinens som aldrig sökt hjälp. Deltagare i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 – 2020.

<b>Aldrig sökt hjälp trots inkontinens</b>		<b>%</b>
Antal	34	66,7
Ålder (år)	72,6 ± 8,5 (Ranger 60-90)	
Antal vaginala förlossningar	2,3 ± 1,2	
Debutålder inkontinens (år)	68,1 ± 10,3 (Range 50-85)	
Endast inkontinens	10	29,4
Inkontinens och östrogenbristsymtom	19	55,9
Blandinkontinens	12	35,3
Ansträngningsinkontinens	14	41,2
Trängningsinkontinens	4	11,8
Nattlig inkontinens	3	8,8
Endast nattlig inkontinens	1	2,9
Socialt och/eller fysisk begränsade	5	14,7
Medelvärde Likertskala 1-7	3,2 ± 1,8	
Önskar hjälp	15	44,1
Gynekologisk undersökning senaste 5 år	18	52,9
Önskan om hjälp hos de som undersökts gynekologisk senaste 5 år	8	44,4
Tränar sin bäckenbotten regelbunden	3	8,8
Medelantal östrogenbrist symptom	1,3 ± 1,2	
Astma/KOL	9	26,5
Sömnapné	4	11,8
Diabetes	7	20,6
Hjärtsvikt	4	11,8
Hypertoni	14	41,2
Neurologisk sjukdom	3	8,8
Demens	0	0
Ingen komorbiditet	5	14,7
Medelvärde antal läkemedel	3,2 ± 2,2	
Inga läkemedel	2	5,9
Vätskedrivande läkemedel	1	2,9

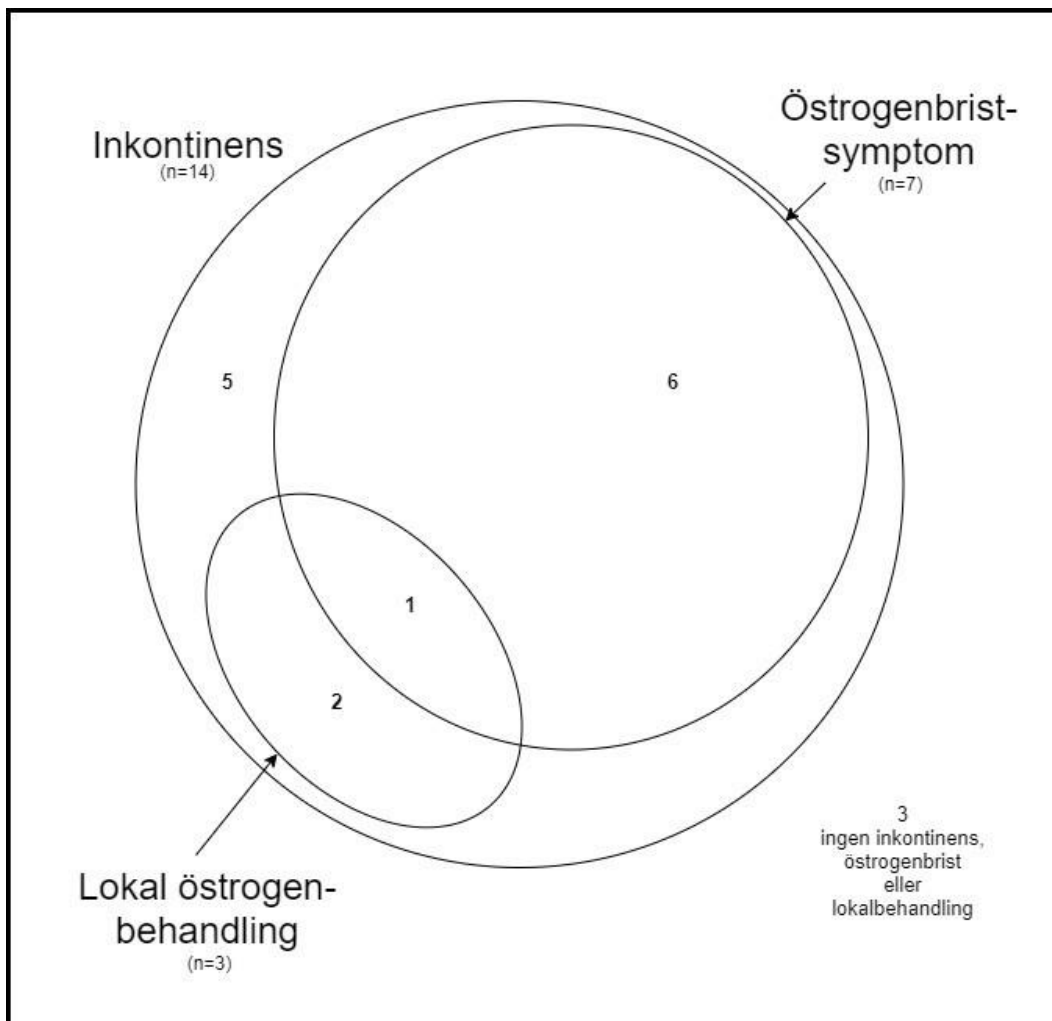
Sammanlagt önskade knappt hälften av de inkontinenta kvinnorna hjälp med sina besvär, Tabell 2. Av de inkontinenta som önskade hjälp hade 60% aldrig sökt. Av de som tidigare sökt önskade 61,1% fortfarande hjälp. Det fanns ingen signifikant skillnad bland de inkontinenta med och utan östrogenbristsymtom huruvida de önskade hjälp ( $p=0,5$ ). Datamängden var för liten till att analysera om det var skillnad i de två åldersgrupperna, och likaså mellan de två grupperna som skattat olika på Likertskalan, samt mellan dem som kände sig begränsade av sin inkontinens eller inte.

## **Östrogenbrist**

Sammanlagt 41,8% av hela studiepopulationen hade symtom på östrogenbrist, tabell 2. Det fanns ingen signifikant skillnad i förekomst av östrogenbristsymtom mellan de två åldersgrupperna ( $p=0,07$ ). Medelvärde på antal symtom bland kvinnorna med östrogenbristsymtom var  $2 \pm 1,2$ . Torra slemhinnor var det vanligaste symtomet på östrogenbrist oavsett övriga besvär, och samtliga som endast hade östrogenbristsymtom besvärades av detta. Härefter var dyspareuni näst vanligast vid enbart östrogenbrist efterföljd av klåda, men i gruppen som också hade inkontinens var klåda och recidiverande urinvägsinfektioner näst vanligast. Dyspareuni fanns hos över en tredjedel i båda grupperna. Lättblödande slemhinnor var mest framträdande hos dem som också hade inkontinens, medan dysuri primärt fanns i gruppen som endast hade östrogenbristsymtom. Datamängden var för liten för att analysera för skillnader mellan grupperna. Uppdelat i åldersgrupperna sågs att enbart östrogenbristsymtom bara förekom hos de yngre 60–75 år, figur 3 och 4.



**Figur 3.** Venn-diagram som visar fördelningen av inkontinens, östrogenbristsymtom och lokal östrogenbehandling hos deltagare 60 - 75 år i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 – 2020.



**Figur 4.** Venn-diagram som visar fördelningen av inkontinens, östrogenbristsymtom och lokal östrogenbehandling hos deltagare 76 - 90 år i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 - 2020.

Inkontinens var signifikant oftare förekommande i studiepopulationen om deltagaren hade symtom på östrogenbrist ( $p=0,01$ ), tydligast i åldersgruppen 60–75 år ( $p=0,003$ ), tabell 4. Datamängden var för liten för liknande jämförelser i åldersgruppen 76–90 år, och likaså för analys av skillnad mellan dem med ren träningsinkontinens och ren ansträngningsinkontinens. Ökat förekomst av östrogenbristsymtom kunde inte påvisas för de olika samsjukligheterna (KOL/astma  $p=0,4$ , diabetes  $p=0,7$ , hypertoni  $p=0,2$ ). Patienterna med sömnapné, hjärtsvikt och neurologisk sjukdom var dock för få för att analysera eventuella skillnader, men det var 75% av dem med sömnapné som hade östrogenbristsymtom. Datamängden var för liten för att analysera för samband mellan östrogenbristsymtom och antal läkemedel respektive antal samsjukligheter.

**Tabell 4.** Förekomst av östrogenbristsymtom och inkontinens i olika ålderskategorier hos deltagare i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 – 2020.

Östrogenbrist-symtom	60–90 år				60–75 år				76–90 år			
	alla med symtom	alla utan symtom	symtom men ingen lokalbehandling	symtom med lokalbehandling	alla med symtom	alla utan symtom	symtom men ingen lokalbehandling	symtom med lokalbehandling	alla med symtom	alla utan symtom	symtom men ingen lokalbehandling	symtom med lokalbehandling
Antal	38	31	29	9	30	17	22	8	8	12	7	1
%	41,8	34,1	76,3	23,7	50,8	28,8	73,3	26,7	26,7	40,0	87,5	12,5
Torrhet	26		21	5	22		18	4	4		3	1
%	68,4		72,4	55,6	73,3		81,8	50,0	50,0		42,9	100
Klåda	12		10	2	10		8	2	2		2	0
%	31,6		34,5	22,2	33,3		36,4	25,0	25,0		28,6	0
Recidiverande UVI	11		7	4	9		5	4	2		2	0
%	28,9		24,1	44,4	30,0		22,7	50,0	25,0		28,6	0
Dyspareuni	12		7	5	11		6	5	1		1	0
%	31,6		24,1	55,6	36,7		27,3	62,5	12,5		14,3	0
<i>ej samlag</i>	24		21	2	8		7	1	4		3	1
%	63,2		72,4	22,2	26,7		31,8	12,5	50,0		42,9	100
Lättblödande slemhinnor	9		7	2	8		6	2	1		1	0
%	23,7		24,1	22,2	26,7		27,3	25,0	12,5		14,3	0
Dysuri	4		3	1	4		3	1	0		0	0
%	10,5		10,3	11,1	13,3		13,6	12,5	0		0	0
Inkontinens	29	14	22	7	22	5	16	6	7	7	6	1
%	76,3	45,2	75,9	77,8	73,3	29,4	72,7	75,0	87,5	58,3	85,7	100
Ej inkontinens	8	15	6	2	8	12	6	2	0	3	1	0
%	21,1	48,4	20,7	22,2	26,7	70,6	27,3	25,0	0	25,0	14,3	0
Lokalbehandling	9	4		9	8	2		8	1	2		1
%	23,7	12,9		100	26,7	11,8		100	12,5	16,7		100

## Behandling

### Inkontinens

Regelbunden bäckenbottenträning definierades som träning minst 'några gånger i veckan'. Av alla inkontinenta tränade 5,9% sin bäckenbotten regelbundet. I gruppen som inte hade inkontinens gjorde 25% det. Medelåldern hos de som tränade regelbundet var 71,4 ±10 år. Medelålder hos de som inte tränade var 72,2 ±6,8 år. Datamängden var för liten för att analysera skillnaden mellan grupperna, tabell 5.

**Tabell 5.** Frekvens av bäckenbottenträning hos deltagare i enkätstudien "Urininkontinens och östrogenbrist hos kvinnor över 60 år i primärvården" (Närhälsan Billingen vårdcentral) 2019 – 2020.

Träning av bäckenbotten	Totala antalet	Inte alls	%	Ibland	%	Några gånger i veckan	%	Dagligen	%	Ej svarat	%
Studiepopulationen	91	22	24,2	49	53,8	6	6,6	6	6,6	8	8,8
Ålder 60–75 år	59	10	16,9	36	61,0	4	6,8	5	8,5	4	6,8
Ålder 76–90 år	30	10	33,3	13	43,3	2	6,7	1	3,3	4	13,3
Alla med inkontinens	51	17	33,3	27	52,9	2	3,9	1	2,0	4	7,8
Ålder 60–75 år med inkontinens	31	7	22,6	20	64,5	1	3,2	1	3,2	2	6,5
Ålder 76–90 år med inkontinens	18	8	44,4	7	38,9	1	5,6	0	0,0	2	11,1
Alla utan inkontinens	36	5	13,9	19	52,8	4	11,1	5	13,9	3	8,3
Ålder 60–75 år utan inkontinens	28	3	10,7	16	57,1	3	10,7	4	14,3	2	7,1
Ålder 76–90 år utan inkontinens	8	2	25,0	3	37,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5
Enbart inkontinens	14	5	35,7	6	42,9	2	14,3	0	0	1	7,1
Enbart östrogenbrist	8	2	25,0	5	62,5	0	0	1	12,5	0	0
Inkontinens och östrogenbrist	29	9	31,0	16	55,2	0	0	1	3,4	3	10,3
Begränsad socialt och/eller fysiskt	15	5	33,3	7	46,7	1	6,7	1	6,7	1	6,7
Likertskala 1–4	25	6	24,0	13	52,0	2	8,0	1	4,0	3	12,0
Likertskala 5–7	13	6	46,2	7	53,8	0	0	0	0,0	0	0
Tidigare sökt för inkontinens	18	7	38,9	9	50,0	0	0	1	5,6	1	5,6
Inkontinens men aldrig sökt	34	11	32,4	17	50,0	2	5,9	1	2,9	3	8,8
Alla inkontinenta som önskar hjälp	25	7	28,0	14	56,0	1	4,0	1	4,0	2	8,0

Av de 18 som sökt för inkontinens tränade en sin bäckenbotten regelbundet, denna hade inte längre besvär med inkontinens. Fyra hade peroralt läkemedel mot inkontinens (Minirin eller icke specificerat preparat) - två hade kombination med lokala östrogener. Tre av dessa fyra var fortfarande inkontinenta. Två av de som

sökt använde bara lokala östrogener och båda var fortfarande inkontinenta. Ingen i hela studiepopulationen som fick tabletter mot inkontinens och/eller använde lokala östrogener tränade sin bäckenbotten regelbundet.

## Östrogenbristsymtom

I hela studiepopulationen använde 14 kvinnor lokala östrogener, Tabell 2. Bland dessa hade nio symtom på östrogenbrist, fyra hade inga symtom och en hade inte svarat. I gruppen som inte använde lokala östrogener (n=71) hade 40,9% symtom på östrogenbrist, 38% inga symtom, och 21,1% hade inte svarat på frågan. Medelvärde för antal östrogenbristsymtom i gruppen som använde lokala östrogener var  $1,5 \pm 1,6$ . Medelvärdet för alla med östrogenbristsymtom som inte använde lokalbehandling var  $1,9 \pm 1,2$ . Medelåldern för de som använde lokala östrogener var  $71,9 \pm 4,9$  år. Medelåldern för de som inte använde lokala östrogener var  $71,9 \pm 7,7$  år. Datamängden var för liten för att beräkna skillnad i effekt av lokala östrogener på östrogenbristsymtom och inkontinens. Se Tabell 4 för fördelningen av symtom i de olika åldersgrupperna.

## Diskussion

### *Resultatdiskussion*

I denna studie fanns en signifikant samvariation mellan östrogenbristsymtom och inkontinens i hela studiepopulationen, men särskilt i åldersgruppen 60–75 år, där gruppen också hade signifikant större andel inkontinenta med östrogenbristsymtom än de äldre. Minst 41,7% av alla kvinnorna hade symtom på östrogenbrist, vilket stämmer överens med tidigare studier [11]. Den samsjuklighet som hade procentuellt flest med östrogenbristsymtom var sömnapné (75%). Datamängden var tyvärr för liten för att analysera för signifikans i denna studie, men andra undersökningar har sett en koppling mellan sömnapné och menopausen/kvinnliga könshormoner [28, 29]. Bland de övriga samsjukligheterna fanns ingen överrepresentation. I denna undersökning hade 6,2% av patienterna lichen sklerosus. Den faktiska prevalensen i allmänbefolkningen är oklar. I en undersökning på en gynekologisk klinik var prevalensen av biopsiverifierat lichen sklerosus 1,7% [33], och incidensen bland kvinnor på ett äldreboende var 3% [34]. Ingen av kvinnorna som angav sig ha lichen sklerosus i denna enkät hade angivit behandling för detta. Diagnosen är så speciell att deltagarna knappast kan ha missuppfattat vad som efterfrågades på enkäten. Eftersom lichen sklerosus kan ge liknande symtom som östrogenbrist och att kvinnorna inte kunde garanteras vara välbehandlade, valdes att exkludera dem. Andelen i studiepopulationen med hypertoni stämde överens med prevalenssiffror från Folkhälsomyndigheten 2018 [4], och diabetesprevalensen var aningen högre i denna enkät. En något högre sjukdomsfrekvens bland aktivt vård sökande individer anses inte orimligt jämfört med den allmänna svenska befolkningen som var studiepopulation i Folkhälsomyndighetens enkät. En samsjuklighet som skulle ha varit intressant att haft med i enkäten är förstoppning, då detta kan ge störningar i blåsfunktionen.

Att torrhet i slidan var runt 1,5 gånger så vanligt symtom i åldersgruppen 45–55 år i studien från svensk primärvård [3] jämfört med denna studie kan förklaras av att definitionen på torrhet på deras frågeformulär var mera omfattande (definierat som 'torr eller brännande känsla i slidan, svårigheter vid samlag'). Det går inte att

uttala sig om huruvida det ena följer det andra utifrån data i denna studie. Det skulle ha varit intressant att ha frågat hur lång tid från menopausen respektive inkontinens och östrogenbrist-symtom debuterade, för att värdera om förekomst av östrogenbristsymtom ledde till tidigare debut av inkontinens. Det kunde inte identifieras någon statistiskt signifikant ökad förekomst av varken inkontinens eller östrogenbristsymtom vid de undersökta samsjukligheterna, och inte heller korrelerat till antal sådana, eller antal läkemedel. Enligt flera undersökningar [1, 26, 27] är samsjuklighet en riskfaktor för inkontinens. Troligtvis var datamängden i denna studie för liten för att studera statistiska samband.

Över hälften (52,6%) av kvinnorna var inkontinenta vilket är cirka en och en halv gång så många som angivits i SBU rapporten från 2013 [1] och Folkhälsomyndighetens Nationella Folkhälsoenkät 2018 [4]. Båda var undersökningar i den svenska befolkningen, vilka får antas vara friskare än de som aktivt söker vårdcentral. Andelen inkontinenta var också cirka 10% högre än de angivna i primärvårdsstudien [6]. I denna studie skickades enkäter ut till listade patienter och även här kan man tänka sig att en större andel av studiepopulationen således var mer friska än de som aktivt söker vård själva.

Andelen inkontinenta som sökt hjälp (27,5%) stämmer överens med den systematiska översikten gjort av SBU [5]. Strax under hälften av de inkontinenta kvinnorna önskade hjälp. Trots detta hade 60% av dem inte sökt vård, vilket också är i linje med resultaten från SBU. Tyvärr fanns inga följdfrågor i vår enkät angående varför kvinnorna inte aktivt sökt. Även om kvinnorna hade undersökts gynekologisk hade cirka varje tionde med inkontinens inte tagit upp besvären själva trots att de önskade hjälp. Det hade varit intressant att veta om vårdgivaren hade lyft frågan.

Behandlingsresultatet över lag bland de som sökt hjälp för sin inkontinens var tillsynes lågt, dock fanns inga uppgifter angående grad av besvär innan vårdtillfället. Runt två tredjedelar av de som sökt hjälp för sin inkontinens önskade ytterligare hjälp. Dessa tränade inte bäckenbotten regelbundet. Det framgick inte vilken utredning eller behandling som tidigare hade erbjudits. Lite mindre än en tredjedel av alla som sökt för sin inkontinens visste dessutom inte vilken diagnos de hade som bakgrund för sina besvär. Ovanstående är intressant att tänka på i mötet med den postmenopausala patienten, att vi som vårdgivare bör lyfta frågan om inkontinens och erbjuda både hjälp och uppföljning.

## ***Metoddiskussion***

Datamängden från denna enkät var tyvärr för liten för att kunna utvärdera de flesta skillnader mellan grupper av kvinnor med olika besvär och effekten av bäckenbottenträning på inkontinens. Det senare har dock visats i tidigare studier [5, 16]. Andelen som tränade sin bäckenbotten regelbundet i denna studie var mycket låg – speciellt hos dem som faktiskt hade inkontinens. Anledningen till att kvinnorna tränade bäckenbotten eller inte efterfrågades inte. Ingen som använde tablettbehandling mot inkontinens eller lokala östrogen tränade sin bäckenbotten. Antalet i denna grupp var lågt, men ändå kan man fundera på om läkemedelsbehandling passiviserar kvinnorna, eller om användningen av preparaten ökar hos de kvinnor som av någon anledning inte tränar?

Det finns ingen definition på östrogenbrist utifrån de i enkäten efterfrågade symtomen, utan diagnosen ska ställas kliniskt efter gynekologisk undersökning. Det fanns ingen fråga i enkäten huruvida de hade fått diagnosen östrogenbrist. De sex symtom som efterfrågades i denna enkät är således endast ett försök att uppskatta problemet. I denna studie valdes att ett symtom var tillräckligt för att klassas som tecken till östrogenbrist. De uppgivna antalet symtom kan vara felaktigt, eftersom cirka en fjärdedel av kvinnorna inte hade samlag. Symtom som torrhet, lättblödande slemhinnor och dyspareuni kan därför vara underskattade i denna grupp. Å andra sidan är symtomen inte specifika för just östrogenbrist, och kan därför vara överskattade.

Materialet från denna enkät var tyvärr för litet för att kunna uttala sig om effekt av lokala östrogen på varken östrogenbristsymtom eller inkontinens, och i övrigt fanns ingen information om graden av östrogenbristbesvär kvinnorna hade innan de började sin behandling, vilket förstås hade varit intressant. Nyare studier har visat effekt av lokala östrogen på östrogenbristsymtom relaterad till menopausen [30, 31] inklusive de som relaterar till urinvägarna [31], men andra har inte påvisat någon effekt [32].

### Svagheter och styrkor

All data i denna studie är självrapporterade. Svarsfrekvensen var 71,7% vilket får anses acceptabel. Materialet i denna studie var i flera fall för litet för att jämförelser mellan grupper kunde göras men bedöms vara representativ trots att inte alla kvinnor som sökte vårdcentralen i perioden fick en enkät att fylla i. Utdelandefrekvensen var beroende av personal som arbetade i receptionen samt tidspress upplevd av dessa. Det anses dock inte att ha blivit något systematiskt fel, då kvinnorna inte antas skilja sig sinsemellan en dag till en annan. Inga deltagare hade demens, och i enkäten fanns ingen information om boendeform. Med tanke på att patienter med Särskilt Boende har en patientansvarig läkare som gör hembesök, är det troligt att just de sjukare postmenopausala kvinnorna är sämre (om överhuvudtaget) representerade i materialet. Åldersfördelningen hade dock en bra spridning från 60–90 år och medelåldern stämde överens med medianåldern. Validiteten av enkäten minskade på grund av det stora interna bortfallet. Det var signifikant fler i den äldre gruppen som inte hade svarat på frågorna ( $p=0,02$ ). Deltagarna kan ha känt sig stressade innan besöket, och man kan tänka sig att den äldre gruppen har haft svårare för att fylla i enkäten.

## Slutsats

I denna studie fanns en signifikant samvariation mellan inkontinens och östrogenbristsymtom i hela studiepopulationen, tydligast i gruppen 60–75 år. Förekomst av inkontinens eller östrogenbrist kunde inte kopplas till samsjukligheter eller antal läkemedel. Effekt av lokala östrogen på inkontinens eller östrogenbristsymtom kunde inte påvisas. Nästan hälften av dem med inkontinens önskade hjälp, men över 60% av dessa hade aldrig sökt för besvären. Vårdgivare i primärvården bör vara uppmärksamma på detta i mötet med kvinnan över 60 år och aktivt fråga om inkontinens samt erbjuda utredning, behandling och uppföljning.

## Referenslista

1. Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk översikt. 2013, SBU-rapport nr 219. ISBN 978-91-85413-60-7.
2. Lidbrink, M. Ett kunskapsunderlag om urininkontinens. Socialstyrelsen. Avdelningen för statistik och utvärdering - Enheten för öppna jämförelser. Dnr 15714/2010.
3. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. BMC Women's Health 2017;17:128-136.
4. Folkhälsomyndigheten i Sverige. Nationella folkhälsoenkäten, nationella och regionala resultat>>Fysisk hälsa>>Sjukdomar och övriga besvär>>Sjukdomar och besvär (självrapporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent). [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/B\\_HLV\\_bFyshals\\_bbdFyshalsovrigt/HLV\\_Sjukdom\\_besvar\\_alder.px/](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_bFyshals_bbdFyshalsovrigt/HLV_Sjukdom_besvar_alder.px/)
5. Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av urininkontinens. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 143.2000 ISBN 91-87890-56-9.
6. Harrison GL, Memel DS. Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. Br J Gen Pract 1994;44:149-52.
7. Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H, et al. The impact of 29 chronic conditions on health related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. Qual Life Res 2006;15:1403-14.
8. Verhamme K, Sturkenboom M, Stricker B, et al. Drug-Induced Urinary Retention – Incidence, Management and Prevention. Drug Safety, 2008;31:373-388.
9. Tsakiris P, Oelke M, Michel M. Drug-Induced Urinary Incontinence. Drugs Aging 2008;25:541-549
10. Portman DJ, Gass MLS, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. Menopause 2014;21:1063-8.
11. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M et al. The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of Life among postmenopausal women in the United States and Western Europe. Journal of Women's Health 2015;24:713-22.
12. Palma F, Volpe A, Villa P, et al. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. Maturitas 2016;83:40-44
13. Gandhi J, Chen A, Dagur G, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation,

- and management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2016;215:704-711.
14. Calleja-Agius J, Brincat MP. The urogenital system and the menopause. *Climacteric*, 2015;18:18-22.
  15. Rud T, Andersson KE, Asmussen M, et al. Factors maintaining the intraurethral pressure in women. *Invest Urol*. 1980;17:343-7.
  16. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018 Issue 10. Art. No.: CD005654. DOI: 10.1002/14651858.
  17. Hoffman V, Söderström L, Samuelsson E. Self-management of stress urinary incontinence via a mobile app: two year follow-up of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96:1180-7.
  18. Zhishun L, Yan L, Huanfang X. Effect of Electroacupuncture on Urinary Leakage Among Women With Stress Urinary Incontinence A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017;317:2493-2501
  19. Gray SL, Andersson ML, Dublin S, et al. Cumulative Use of Strong Anticholinergic Medications and Incident Dementia. *JAMA Intern Med* 2015;175:401-7.
  20. Mariappan P, Alhasso AA, Grant A, et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005 Issue 3. Art. No.:CD004742. DOI: 10.1002/14651858.CD004742.pub2.
  21. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 Issue 10. Art. No.: CD001405. DOI:10.1002/14651858.CD001405.pub3.
  22. Weber MA, Kleijn MH, Langendam M, et al. Local Oestrogen for Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *PLoS ONE* 2015 10(9): e0136265. doi:10.1371/ journal.pone.0136265.
  23. Sektorrådet för Kvinnosjukvård och för Allmänmedicin Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje - Urininkontinens hos kvinnor. 2020–2022.  
[https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3140/Urininkontinens%20hos%20kvinnor%20\(t%20o%20m%20december%202019\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3140/Urininkontinens%20hos%20kvinnor%20(t%20o%20m%20december%202019).pdf?a=false&guest=true) (besökt 2020-08-07)
  24. Zellbi A, Rodhner C, Stockholm-Gotland medicinska råd, specialitetsrådet för obstetrik och gynekologi. Urininkontinens hos kvinnor.  
<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Njurar-urogenital/Urininkontinens-hos-kvinnor/> (besökt 2020-07-28)
  25. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, et al. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 Issue 2. Art. No.:CD005131. DOI: 10.1002/14651858.CD005131.pub2.

26. Ruchala M, Brominska B, Cyranska-Chyrek E, et al. Obstructive sleep apnea and hormones – a novel insight. *Arch Med Sci* 2017;13:875-884.
27. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin H, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing I Women Effects of gender. *Am jr Respir Crit Care Med* 2001;163:608-613.
28. Goldstein AT, Marinoff SC, Kurt C, et al. Prevalence of Vulvar Lichen Sclerosus in a General Gynecology Practice. *J Reprod Med* 2005;50:477-80.
29. Leibovitz A, Kaplun VV, Saposhnicov N et al. Vulvovaginal examinations in elderly nursing home women residents. *Arch Gerontol Geriatr* 2000;31:1–4.
30. van Gerwen M, Schellevis F, Largo-Janssen T. Comorbidities associated with urinary Incontinence: A case-control study from the Second Dutch National Survey of General Practice. *J Am Board Fam Medicine* 2007;20:608-610.
31. Erekson EA, Cong X, Townsend MK, et al. 10-year Prevalence and Incidence of urinary incontinence among older women: A longitudinal analysis of the Health and Retirement Study. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:1274-80.
32. Archer DF, Kimble TD, Yuhua FD, et al. A randomized, multicenter, double-blind, study to evaluate the safety and efficacy of Estradiol vaginal cream 0,003% in postmenopausal women with vaginal dryness as the most bothersome symptom. *J Womens Health (Larchmt)* 2018;27:231-237.
33. Rahn DD, Carberry C, Sanses TV, et al. Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2014;124:1156-1156.
34. Mitchell CM, Reed SD, Diem S, et al. Efficacy of vaginal estradiol or vaginal moisturizer vs placebo for treating postmenopausal vulvovaginal symptoms A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2018;178:681-690.

## **Enkätstudie om urininkontinens och lokala symptom på östrogenbrist hos kvinnor över 60 år**

*Med inkontinens menas ofrivilligt läckage av urin allt från enstaka droppar till stora mängder.*

Du tillfrågas om att fylla i enkäten även om du inte har besvär med urininkontinens. Välj det svarsalternativ som passar bäst på just dig. Om svaret är noll, skriv då siffran 0.

Lämna in denna enkät (även om du inte fyllt i den) i det igenklitrade svarskuvertet i boxen vid receptionen.

1. **Hur gammal är du?** \_\_\_\_\_

2. **Hur gammal var du, när du hade din senaste menstruation?**

\_\_\_\_\_

3. **Hur många barn har du fött?**

Vaginalt (via slidan) \_\_\_\_\_

Med kejsarsnitt \_\_\_\_\_

4. **Hur många gånger kissar du (aktivt val att tömma blåsan) genomsnittligt per dygn?**

\_\_\_\_\_

5. **Hur många gånger kissar du genomsnittligt per natt från att du har lagt dig tills du går upp?** \_\_\_\_\_

6. **Hur ofta per dag har du trängningar (känslan att *behöva* kissa)?**

0 gånger

1-5 gånger

6-10 gånger

11 eller flera gånger

7. **Läcker du urin när du får trängningar?**

Nej

Ja

8. **Läcker du urin när du är fysisk aktiv, hostar eller nyser?**

Nej

Ja

9. **Läcker du urin på natten?** (oberoende av om du känner behov att kissa eller ej)

Nej

Ja

10. **Läcker du urin vid andra tillfällen?**

Nej

Ja – Fördjupa gärna

---

**Har du svarat NEJ på ALLA frågorna 7-10 kan du hoppa till fråga nr 18**

11. **Begränsar din inkontinens dig i vardagen eller socialt?**

Nej

Ja

12. **Begränsar din inkontinens dig i hur fysisk aktiv du är?**

Nej

Ja

13. **Hur ofta byter du genomsnittligt trosor per dag på grund av urinläckage?**

0 gånger

1-2 gånger

3 eller flera gånger

**14. Använder du inkontinensskydd/trosskydd/bindor?**

- Nej
- Ja –  köper själv  förskrivs från vårdenhet

**15. Hur gammal var du då ditt inkontinensbesvär började?**

\_\_\_\_\_

**16. Om ditt besvär med inkontinens skulle fortsätta oförändrat resten av livet, hur skulle du känna dig på en skala från 1 (mycket nöjd) till 7 (fruktansvärt)? (välj ett svarsalternativ)**

- 1     2     3     4     5     6     7

**17. Skulle du vilja få hjälp med ditt inkontinensbesvär?**

- Nej
- Ja
- Jag är under utredning för min inkontinens

**18. Är du tidigare opererad i underlivet?**

- Nej
- Ja -  Tagit bort livmoder     Tagit bort äggstock     Framfallsoperation
- Inkontinensoperation     Annat, nämligen

\_\_\_\_\_

**19. Har du någon gång i livet sökt vård för urininkontinensbesvär?**

- Nej
- Ja – När? \_\_\_\_\_

**Om ja på fråga 19: Vilken/vilka diagnoser ställdes?**

- Ansträngningsinkontinens/stressinkontinens
- Trängningsinkontinens/överaktiv blåsa
- Blandinkontinens/kombination av de två ovanstående
- Torra slemhinnor/atrofisk vaginit
- Framfall av livmoder/blåsa/tarm
- Ingen diagnos ställdes/vet ej
- Annat, nämligen: \_\_\_\_\_

**20. Använder du medicin i tablettform mot inkontinens?**

- Nej
  - Ja
  - Slutat – Ange gärna varför
- 

- Vet ej

**21. Använder du lokala hormoner/östrogener (kräm/vagitorier/hormonring/hormonspiral) i slidan?  Nej**

- Ja –  köper själv  förskrivs från vårdenhet
  - Slutat – Ange gärna varför
- 

- Vet ej

**22. Bocka av om du har några av dessa besvär (flera alternativ möjliga):**

- Klåda i underlivet
- Torrhets känsla i slidan
- Återkommande urinvägsinfektioner
- Smärta/irritation vid vattenkastning
- Smärta vid samlag -  Har ej samlag
- Lätt blödande/sprickande slemhinnor i slidan
- Inget av ovanstående

**23. Hur många urinvägsinfektioner har du haft senaste året?**

- 0     1     2-4     5 eller flera

**24. När blev du senast undersökt gynekologiskt av en läkare?**

- 0-2 år sedan     3-5 år sedan     6-10 år sedan     Över 10 år sedan

25. **Bocka av om du någon gång har fått någon av följande diagnoser (flera alternativ möjliga)**

- KOL/Astma
- Sömnapné (andningsuppehåll på natten)
- Diabetes
- Hjärtsvikt
- Högt blodtryck
- Neurologisk sjukdom (till exempel MS, Parkinson, tidigare haft Stroke m.m.)
- Demens
- Lichen i underlivet

26. **Vilka läkemedel använder du regelbunden? – minns du inte alla, skriv gärna *hur många* då.**

---

---

---

27. **Hur mycket anstränger du dig kroppsligt på fritiden?**

- Mest stillasittande
- Lätt, men något rörlig
- Måttlig motion
- Hård träning eller tävlingsidrott

28. **Tränar du din bäckenbotten?**

- Nej
- Ja ibland
- Ja några gånger i veckan
- Ja dagligen

29. **Känner du till hemsidan [www.tät.nu](http://www.tät.nu) eller appen Tät?**

- Nej
- Ja

*Tack för att du tog dig tid att besvara enkäten!*





FoU-centrum Skaraborg  
Regionens hus  
Stationsgatan 3  
541 30 Skövde

Hemsida: [www.vgregion.se/fouskaraborg](http://www.vgregion.se/fouskaraborg)