

**FoUII-centrum
Skaraborg**

Handläggs kvinnor med nyupptäckt urininkontinens enligt riktlinjerna?

En journalgranskningsstudie på Närhälsan
Oden vårdcentral

Författare: Urvashee Goreeba, ST-Läkare
Närhälsan Oden vårdcentral, Falköping

Rapportnummer 2025:9

Rapport 2025:9

Projektdatabasen FoU i VGR:

<https://www.researchweb.org/is/vgr/project/285207>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoUII-centrum primär och nära vård Skaraborg

Handledare:

Sofia Dalemo, med. dr, specialist i allmänmedicin
FoU primär och nära vård, FoU-centrum Skaraborg,
Närhälsan Guldvingen vårdcentral, Lidköping

Ann-Sofie Adolfsson, docent, barnmorska
FoU primär och nära vård, FoU-centrum Skaraborg

Sammanfattning

Bakgrund

Urininkontinens är ett folkhälsoproblem, mer än en halv miljon människor är drabbade i Sverige, en del efter graviditet och förlossning vilket kan medföra inskränkningar i det dagliga livet. Noggrann utredning är viktig för en riktad och effektiv behandling. Mellan 20–50 % av patienterna med inkontinens söker vård. I Västra Götalandsregionen (VGR) finns regionala medicinska riktlinjer (RMR) som är ett stöd för medicinsk personal. Syftet med studien är att kartlägga handläggningen, på Närhälsan Oden vårdcentral, av nyupptäckt urininkontinens hos kvinnor mellan 18 och 70 år.

Metod

Studien genomfördes under perioden 1 januari 2016 till 31 december 2021 som en verksamhetsuppföljning med hjälp av retrospektiv journalgenomgång av den datoriserade patientjournalen i AsynjaVisph. Journaler granskades manuellt av alla patienter som fått diagnosen urininkontinens. Data analyserades med deskriptiv statistik.

Resultat

Totalt identifierades 111 kvinnor patienter som fått diagnosen urininkontinens. Det saknades journaluppgifter på flera patienter och några hade fått fel diagnos, 56 patienter inkluderades i studien.

Medelålder för hela studiepopulation var 53 år. En tredjedel av kvinnorna som sökte för urininkontinens var mellan 45 och 54 år. Hälften av patienterna hade inte lämnat in någon miktionslista. Många patienter fick ospecificerade diagnoser som "Ospecificerad urininkontinens" (43 %) följt av "Annan ospecificerad urininkontinens" (20 %). Det var få patienter som följdes upp på vårdcentralen (5 %). En tredjedel av patienterna remitterades till sjukhusspecialist.

Konklusion

Handläggning och uppföljning av patienter med urininkontinensdiagnos har delvis följt RMR. Om fler patienter hade utretts med miktionslista skulle mer specifika diagnoser kunnat sättas och fler patienter skulle kunnat erbjudas rätt behandling via vårdcentralen. Ett ökat teamarbete mellan sjuksköterska och läkare skulle både kunna ge bättre vård till patienterna med förhoppningsvis fler återbesök och förbättrad resursanvändning.

Nyckelord

Ansträngningsinkontinens, kvinnor, primärvård, trängningsinkontinens, urininkontinens.

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Urininkontinens	1
Typer av inkontinens.....	2
Utredning.....	3
Alarmsymtom	3
Basal utredning.....	3
Behandling	4
Uppföljning	6
Syfte.....	6
Frågeställningar	7
Metod	7
Studiedesign	7
Urval	7
Datainsamling och analys	7
Etiska överväganden	8
Resultat	8
Diskussion.....	15
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	18
Slutsats.....	19
Referenslista.....	20

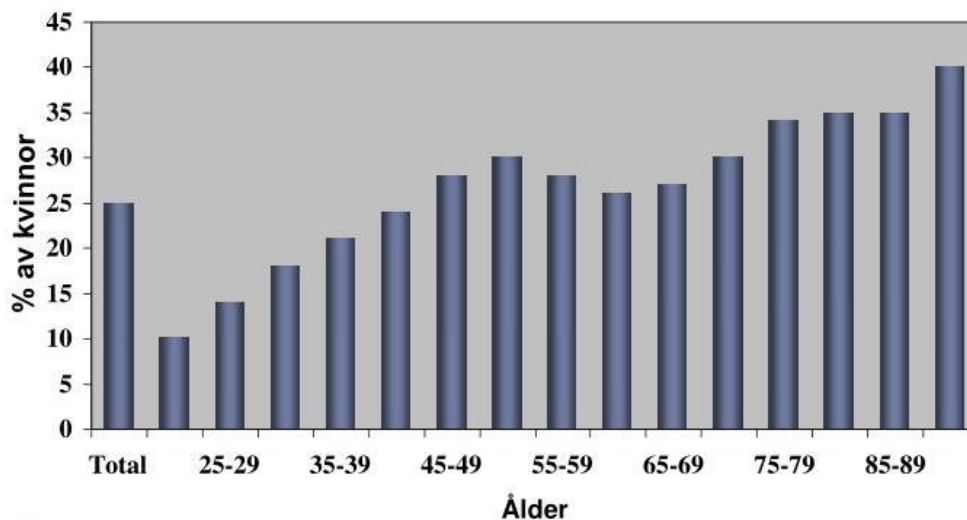
Bilaga 1

Studieprotokoll

Bakgrund

Urininkontinens

Urininkontinens definieras av International Continence Society (ICS) som ”ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen” (1). Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem (2), mer än en halv miljon människor i Sverige lider av detta (3). En litteraturstudie gjord på Högskolan i Halmstad visade att urininkontinens är ett vanligt problem för kvinnor, och ökar med stigande ålder (2), figur 1.



Figur 1. Fördelningen av 27 936 kvinnor med urininkontinens i olika åldrar, Halmstad 2000.

Graviditet och förlossning, tungt fysiskt arbete, övervikt samt kronisk obstipation är några faktorer som kan orsaka inkontinens (3). Kvinnor påverkas fysiskt, psykiskt och socialt av sina urinvägsbesvär som medför inskränkningar i det dagliga livet både på fritiden och i arbetet (3). Mellan 20–50 % av patienterna med inkontinens söker vård och 40 % av kvinnor som söker allmänläkare oavsett anledning har urininkontinens (4).

Urininkontinens orsakar hygieniska problem som har stor inverkan på det dagliga livet (5). Det kan upplevas obehagligt att behöva byta inkontinenshjälpmedel och kläder mitt i natten (6), nattsömnen blir störd och fallrisken ökar (7). Urininkontinens har en negativ inverkan på livskvaliteten och ökar riskerna för att bli deprimerad (4). Ju svårare symtom med frekventa urinläckage patienten har, desto större negativ inverkan på livskvaliteten (8). Även hos lindrigt handikappade äldre leder inkontinens ofta till betydande minskning av självkänsla och försämrad livskvalitet. Det primära behandlingsmålet vid urininkontinens är det

angeläget, enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), att förbättra livskvaliteten, öka forskningen och utvecklas inom området (3).

Typer av inkontinens

Det finns olika typer av urininkontinens (3). Ansträngningsinkontinens är urinläckage som uppkommer när bukhåletrycket ökar så mycket att trycket i urinblåsan blir högre än urinrörets ringmuskulatur klarar av att hålla emot. Detta leder till läckage vid fysisk aktivitet som skratt, hopp, promenader, tunga lyft eller i samband med hosta (9). I normalfallet är läckaget inte så stort.

Trängningsinkontinens är plötsligt urinläckage som uppkommer genom ofrivillig sammandragning av blåsmuskulaturen, som inte kan bromsas genom viljemässig handling. Ofta är urinläckaget större än vid ansträngningsinkontinens. Blandinkontinens är en kombination av både ansträngnings- och trängningsinkontinens (9).

Överaktiv blåsa överlappar trängningsinkontinens och karakteriseras av ett kraftigt behov av att tömma blåsan, med eller utan samtidigt urinläckage (10). Vanligen föreligger tvingande urinträngningar, med eller utan samtidigt urinläckage, oftast med ökad miktionsfrekvens och nocturi som är ett tillstånd då man vaknar en eller flera gånger under natten på grund av urinträngningar. Diagnosen ställs i de flesta fall kliniskt, miktionslistan kan ofta vara till hjälp. Överaktiv blåsa är en uteslutningsdiagnos som förutsätter att infektion och andra sjukdomar har uteslutits.

Överfyllnadsinkontinens innebär urinläckage på grund av att urinblåsan är överfull och inte kan tömmas vilket kan leda till bestående skador på musklerna i urinblåsan (11). Recidiverande urinvägsinfektion är vanligt hos dessa patienter.

Funktionell inkontinens kallas ibland vårdbetingad inkontinens. Denna form av inkontinens innebär att den enskilde inte hinner till toaletten i tid på grund av fysisk eller mental oförmåga och därför har ett läckage trots att urinorganen fungerat normalt (12). Det drabbar oftast äldre eller funktionshandikappade utan att orsaken primärt sitter i urinvägarna (11). Rörelsesvårigheter, hjärtsvikt, stroke, demens, nedsatt syn, försämrad motorik ensam eller i kombination med farmaka och metabola orsaker kan ge upphov till inkontinens. Ibland är åtgärder som kompenserar funktionshandikappet till större nytta än åtgärder för inkontinensen. En helhetsbedömning av personens funktionshandikapp i relation till den rådande hemsituationen är ofta till stor hjälp.

Utredning

I VGR finns RMR som är ett stöd för medicinsk personal i det kliniska arbetet (13). Syftet med RMR urininkontinens hos kvinnor är standardisering av utredning, behandling och uppföljning inom primär- och specialistvård.

Alarmsymtom

Urinläckage är sällan tecken på allvarlig bakomliggande sjukdom. Alarmsymtom är nytillkomna trängningar utan urinvägsinfektion, smärtsamma träningar, blåstömningssvårigheter, synligt blod i urinen samt symtom från urinvägarna hos patient med tidigare malignitet i underliv eller urinvägar (13). Vid alarmsymtom remitteras patienten direkt till gynekologisk eller urologisk specialistsjukvård enligt standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF).

Basal utredning

Basal utredning i primärvården består av olika delar bland annat anamnes kring hur patientens besvär ter sig, om det är ansträngnings-, trängnings- eller blandinkontinens, tabell 1 (13). Hälso- och sjukdomshistoria samt aktuell medicinering är punkter som ska tas upp i anamnesen. Urininkontinens kan inte bedömas utan miktionslista under två dygn som är den andra och viktigaste komponenten i utredningen. En till två nattliga miktionser anses att vara normalt efter 50 års ålder. Tätare tömningsbehov kan orsakas av överaktiv blåsa, som i sin tur kan orsakas av neurologisk sjukdom, förstörd prostata och urinretention. Andra orsaker till nattlig miktionser kan vara onormalt stor urinproduktion som kan bero på stort vätskeintag, hjärtsvikt med ödembildning eller sömnapné. Nokturi med svårigheter att somna om kan påverka livskvaliteten negativt (14).

Vidare utredning omfattar urinodling, för att utesluta återkommande urinvägsinfektion, som kan ge trängningsbesvär (13). BladderScan mäter kvarvarande urin i blåsan efter miktionser, residualurin. En ökad mängd residualurin identifieras som en risk för urininkontinens. Glukos och kreatinin i plasma ingår som laboratorieprov i basalutredningen (13).

Slutligen bör en gynekologisk undersökning utföras för att bedöma slemhinnor, prolapsförekomst och bäckenbottenmuskulatur (knipförmåga) (13). Hostprovokationstest som innebär att patienten hostar liggande eller stående med fylld blåsa ingår i basalutredningen (13).

Tabell 1. Kriterier som stöd för diagnossättning av de tre vanligaste urininkontinenserna enligt RMR.

Inkontinens	Ansträngning	Blandad	Trängning
Urinläckage	Fysisk ansträngning	Ansträngning & trängning	Plötsligt oprovocerat
Läckagemängd	Små		Ofta större mängd
Dygnsurinvolymer	<2 000 ml		
Medelurinvolymer	200–350 ml		<200 ml
Miktationer/dygn	<8 gånger		>8 gånger

Behandling

Det finns olika behandlingar beroende på typ av inkontinens:

Ansträngningsinkontinens

I primärvården kan medicinjusteringar genomföras av exempelvis kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller astma för att minska patienternas hosta (13). ACE-hämmare kan ge hosta som biverkan och därmed utlösa eller försämra en ansträngningsinkontinens. För en del patienter, som passerat klimakteriet, kan behandling med lokalt östrogen vara effektivt. Andra typer av behandling är livsstilsförändringar med viktreduktion och rökstopp (13). Vid rökning får patienten i sig flera ämnen som irriterar urinblåsan och som kan förvärra en urininkontinens (15). Tidigare har man i en rad undersökningar kunnat konstatera ett samband mellan ökad kroppsvikt och inkontinens (16). Gravyt överviktiga kvinnor som opererats för fetma med stor viktnedgång som följd har fått en klar förbättring av inkontinensproblematiken (17). Många patienter kan få lindring av inkontinensen genom bäckenbottenträning, vilket bör utvärderas efter tre månader (13). Vid en tydlig ansträngningsinkontinens kan inkontinensring eller båge provas. Vid otillräcklig effekt efter 3–6 månader eller vid uttalade besvär remitteras patienten vidare för ställningstagande till kirurgisk behandling med slyngor, tension free vaginal tape (TVT) (13).

Träningsinkontinens

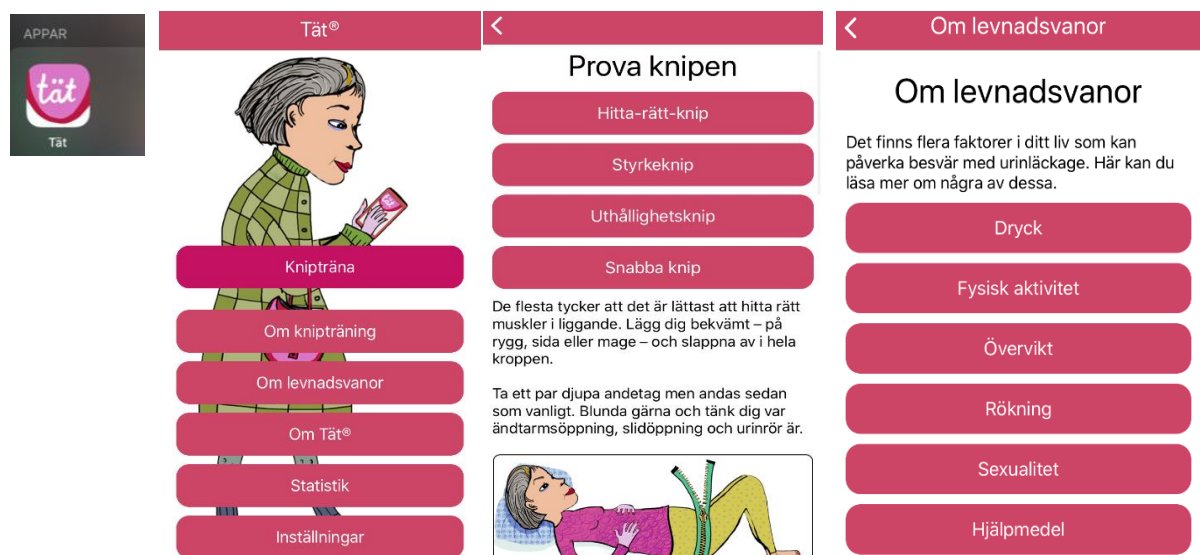
Genomgång av miktionslista är viktigt, flera patienter kan enkelt hjälpas genom att normalisera sina dryckesvanor (13). Vätskerestriktion rekommenderas för patienter som dricker mer än rekommenderade 12–20 dl och har stora dygnsurinvolymer. Medicinjustering av sedativa, diuretika, laxantia och antidiuretika kan genomföras (18). Diuretika kan försämra besvären hos den som redan har urinläckage (18). Lokala östrogener i vaginan rekommenderas för att minska inkontinensbesvär

hos postmenopausala kvinnor. Blåsträning rekommenderas med målet för att skjuta upp urineringen så länge som möjligt för att öka den funktionella blåsvolymen. Patienterna uppmuntras till bäckenbottenträning. En vältränad bäckenbotten underlättar att hålla emot trängningen. Det är viktigt med tydliga instruktioner och uppföljning. För att uppnå bra resultat krävs dock att patienten är aktiv och välmotiverad. Antikolinergika är förstahandspreparat vid farmakologisk behandling, men det är vanligt med muntorrhet och förstoppning. Kontraindikationer för antikolinergika är trångvinkelglaukom och myastenia gravis. Försiktighet till äldre är viktigt eftersom de upplever många biverkningar. Beta-3-stimulerare som Betmiga kan prövas vid biverkningar och går bra att ge till äldre patienter. Kontraindikationen är svår okontrollerad hypertoni. Vid utebliven förbättring kan det ibland vara aktuellt med remittering till uroterapimottagning för ställningstagande till elstimulering.

Blandinkontinens

Behandling av den dominerande inkontinensen ges först (13). Om kirurgi är aktuell bör patienten ha genomgått adekvat bäckenbottenträning och behandlat trängningskomponenten så att blåskapaciteten är minst 300 ml.

Tät är en bäckenbottenträningsapplikation till telefonen som är utvecklades av sjukvården redan år 2012, figur 2. Den innehåller en påminnelsefunktion att genomföra bäckenbottenövningarna vilket kan förbättra efterlevnaden.



Figur 2. Tåt är en bäckenbottentränings applikation för telefon.

Uppföljning

Behandlingseffekten av insatta läkemedel bör utvärderas efter någon månad samt fortlöpande. Läkemedel sätts ut vid otillräcklig effekt. Farmakologisk långtidsbehandling vid trängningsinkontinens har låg följsamhet. Miktionslistan är till stor hjälp vid uppföljning, vid god effekt stödjer den fortsatt behandling (13).

Vid trängningsinkontinens rekommenderas telefonuppföljning 4–6 veckor efter insatt medicinsk behandling. Om patienten inte blivit bra eller är nöjd med behandlingen sker byte av farmakologisk behandling. B3-stimulerare som Betmiga har begränsad läkemedelsförmån och subventioneras endast till patienter som provat, men inte tolererar antikolinergika (19). Uppföljning av blandinkontinens görs enligt den dominerande inkontinens som behandlas i första hand.

På många vårdcentraler är det distriktsjuksköterskor som provar ut, förskriver, utvärderar och följer upp förskrivna inkontinenshjälpmedel. Även förskrivning av hjälpmedel vid inkontinens och urinretention bör föregås av en noggrann bedömning och utredning av bakomliggande orsaker. Detta sker oftast i samråd med läkare.

Urininkontinens är ofta ett dolt problem som under lång tid varit tabubelagt. Många kvinnor söker inte vård då de upplever att det är svårt att prata om inkontinens. Det är viktigt att patienterna får bra hjälp när de väl söker vård. Utredning bör ske enligt riktlinjerna så att rätt diagnos ställs och adekvat behandling erbjuds. Vårdpersonal har ofta svårt att sätta rätt diagnos. Det är viktigt att göra uppföljning behandlingen för att öka patienternas livskvalitet. Urininkontinens är ett eftersatt område, därför är denna studie viktig.

Syfte

Syftet med studien är att kartlägga handläggningen av nyupptäckt urininkontinens hos kvinnor mellan 18 och 70 år på Närhälsan Oden vårdcentral. Följs de regionala medicinska riktlinjerna?

Frågeställningar

- 1) Har vårdcentralen gjort en basal utredning enligt RMR av de kvinnor som har sökt vård för urininkontinens?
- 2) Vilken diagnos har patienterna fått utifrån utredningen?
- 3) Uppfyller den ställda diagnosen de uppsatta kriterier som finns?
- 4) Har patienten fått behandling? I så fall vilken?
- 5) Vilka frågeställningar står i remisser till specialistsjukvården?
- 6) Hur många patienter med nyupptäckt urininkontinens har följts upp enligt RMR?

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes som en verksamhetsuppföljning på Närhälsan Oden vårdcentralen i Falköping med hjälp av retrospektiv journalgenomgång av den datoriserade patientjournalen i AsynjaVisph.

Urval

Studien genomfördes på Närhälsan Oden vårdcentral, som är en medelstor vårdcentral med cirka 11 800 listade patienter. Studiepopulationen utgörs av kvinnliga patienter mellan 18 och 70 år som haft ett fysiskt besök eller telefonsamtal med sjuksköterska eller läkare och har fått diagnos urininkontinens under perioden 1 januari 2016 till 31 december 2021. Diagnoser som användes enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD- 10) var: Ansträngningsinkontinens (stressinkontinens) N39.3, Trängningsinkontinens N 39.4A, Blandinkontinens (samtidig förekomst av ansträngnings och trängningsinkontinens) N39.4C, Annan specificerad urinkontinens N39,3W och Ospecificerad urininkontinens R32.9. Ett exklusionskriterie var patienter där det saknades journaluppgifter, vilka kunde vara utredda och fått urininkontinensdiagnos för mer än 10 år sedan när vårdcentralen hade ett annat journalsystem.

Datainsamling och analys

Patienter med de valda diagnoserna identifierades med hjälp av dataverktyget Medrave M4, Medrave Software AB, som extraherar data från journalsystemet AsynjaVisph. Följande data och parametrar eftersöktes vid journalgranskning: ålder, anamnes, miktionslista, laboratorieprover som urinsticka, urinodling, glukos och kreatinin i plasma, gynekologiskundersökning, antal av graviditeter, behandling,

remiss, uppföljning, se studieprotokoll bilaga 1. Data sorterades i ett Exceldokument och analyserades med deskriptiv statistik.

Etiska överväganden

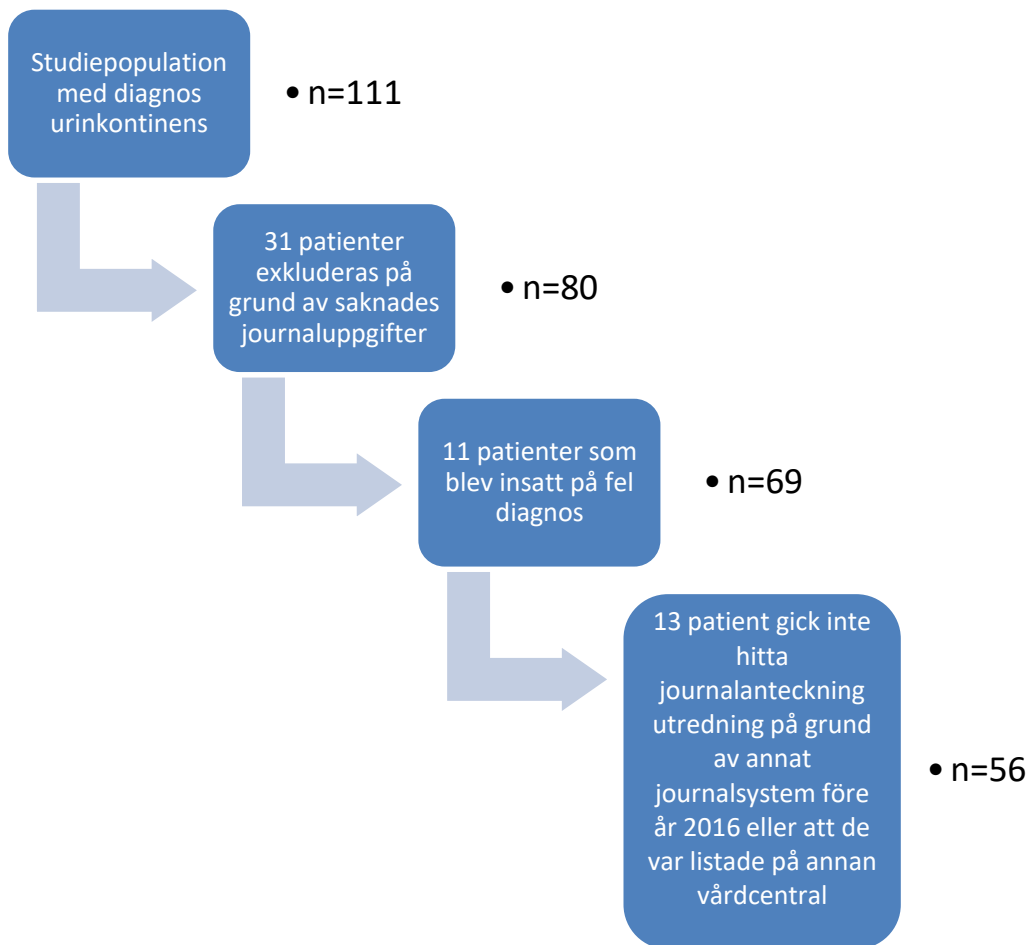
Projektet är ett lokalt kvalitetsarbete på Närhälsan Oden vårdcentral där studieledaren arbetar. Det görs på uppdrag av verksamhetschef som har gett tillstånd till journalåtkomst. Studien är en verksamhetsuppföljning och därför behövs ingen etikansökan.

Studieledaren har granskat patientjournalerna för de inkluderade patienter. Det kan finnas risk för integritetskränkning av både patienter, läkarkollegor och sjuksköterskor.

Patienternas personnummer är borttagna efter datainsamlingen för att skydda integriteten. Läkarkollegor och sjuksköterskor har fått information om studien med tanke på att de kan uppleva obehag av journalgranskningen. Behandlande vårdpersonal har inte registrerats. Eftersom studien kan bidra till förbättrad handläggning och diagnosättning samt förbättrad kvalitet för patienter med urininkontinens bedöms nyttan av studien överväga risken för enskilda patienter och vårdpersonal.

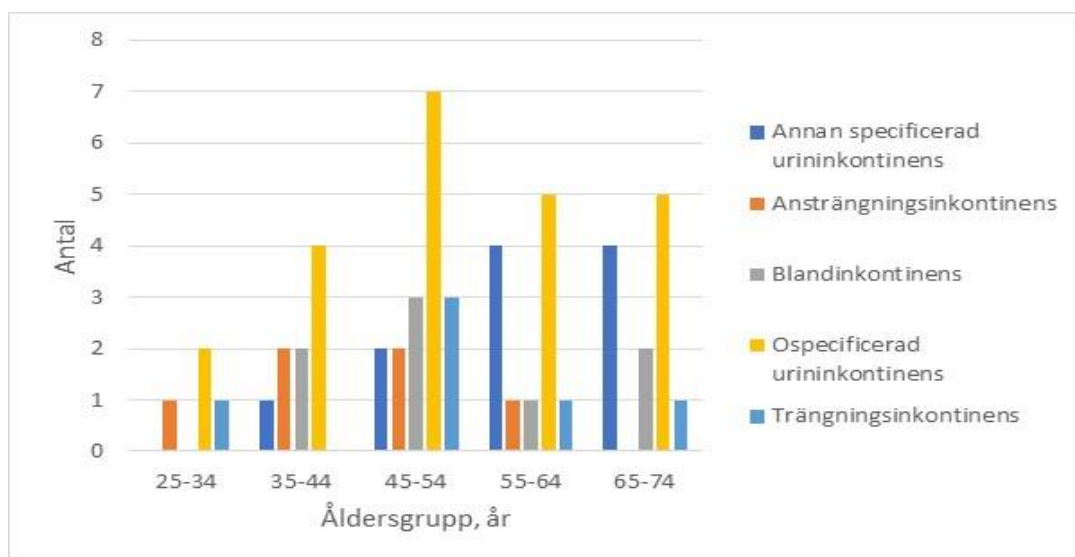
Resultat

Totalt identifierades 111 kvinnor patienter, mellan 18 och 70 år, som hade diagnosen urininkontinens på Närhälsan Oden vårdcentral under tidsperioden 1 januari 2016 till 31 december 2021, detta efter att dubletter tagits bort. Journaler från dessa patienter granskades individuellt och 56 av patienterna inkluderades i studien, medan totalt 55 exkluderades, figur 3. Patienter exkluderades om utredningarna var gjorda i gamla journalsystemet Journal III eller om utredningen gjordes på annan vårdcentral. Elva patienter exkluderades på grund av att de fått fel diagnos.



Figur 3. Identifiering av studiepopulation med urininkontinensdiagnos på Närhälsan Oden vårdcentral 2016–2021.

Medelåldern för hela population var 53 år. En tredjedel av kvinnorna som sökte för urininkontinens var i åldern mellan 45 och 54 år, som var den vanligaste åldersgruppen, figur 4. Förekomsten av inkontinens ökar vid stigande ålder.



Figur 4. Förekomst av antal patienter, åldersgrupp och diagnosfördelning.

Utredning

Hos 13 % av patienterna finns det noterat om patienten har övervikt vilket är en liten del, tabell 2. Vårdpersonalen har inte dokumenterat eller tagit längd och vikt för att kunna räkna ut body mass index (BMI).

Tabell 2. Basalutredning av kvinnor med urininkontinens på Närhälsan Oden vårdcentral.

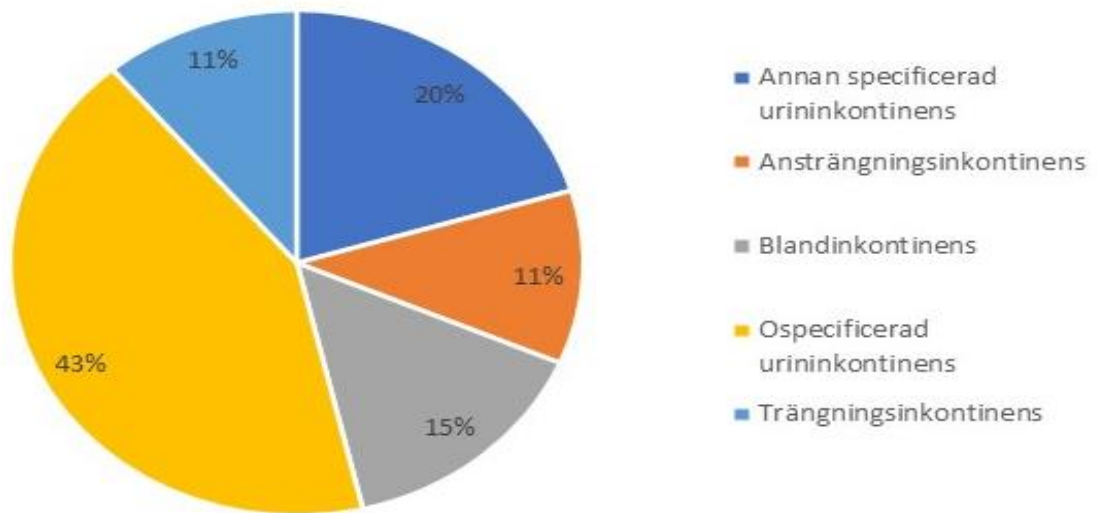
	n=56 (%)
Miktionsanamnes	
Ja	56 (100 %)
Dryck och Miktionslista	
Ja	28 (50 %)
Nej	22 (39 %)
Ingen uppgift	6 (11 %)
Urinodling	
Ja	37 (66 %)
Urinsticka	
Ja	43 (77 %)
Gynekologisk undersökning	
Ja	39 (70 %)
Bladderscan	
Ja	28 (50 %)
Graviditet	
Ja	33 (59 %)
Aktuell medicinerig, diuretika, SSRI/SNRI, neuroleptika, benzodiazepiner, litium	
Ja	10 (18 %)
Övervikt*	
Ja	7 (13 %)
Förstopning	
Ja	13 (23 %)
Nej	42 (75 %)
Oklart	1 (2 %)
Andra urinbesvär	
Ja	45 (80 %)
Andra sjukdomar	
Ja	43 (77 %)

*Ett BMI (Body Mass Index) över 25 kg/m²

Det står noterat antal barn och förlossningsätt i de bäst dokumenterade journalerna, men andra riskfaktor som ökar risken för inkontinens såsom barnets huvudomfång, bristningar i samband med förlossningen samt komplicerad graviditet var inte dokumenterat i kvinnornas journaler.

Diagnos

De två diagnoser som användes mest vid urininkontinens var ospecificerad urininkontinensdiagnos (43 %) följt av annan ospecificerad urininkontinensdiagnos (20 %), se figur 5. De mer specificerade diagnoserna trängnings- och ansträngningsinkontinens var de mest ovanliga diagnoserna.



Figur 5. Diagnosfördelning utifrån utredning på patienterna med urininkontinens på Närhälsan Oden vårdcentral.

Behandling

Patienter med olika diagnoser fick olika behandling, se tabell 3. Av patienterna med diagnosen ansträngningsinkontinens fick hälften råd om bäckenbottenträning. En av tre patienter med diagnosen trängningsinkontinens fick råd om bäckenbottenträning. Flera patienter i gruppen med diagnosen blandad urininkontinens fick farmakologisk åtgärd via primärvården, två patienter blev insatta på östrogenbehandling, tre på antikolinergika och en patient på B3-stimulerare. I hela studiepopulationen var det endast en patient som fick B3-stimulerare. Studien visar att ingen patient blev rekommenderad Tät-applikation, ej i tabell.

Tabell 3. Behandling och åtgärder som patienten har fått på Närhälsan Oden vårdcentral.

	Ansträngning n=6	Blandad n=8	Trängning n=6	Ospecificerad n=23	Annan specificerad n=11
Livsstil	0	0	0	2	1
Medicineringjustering.	0	1	0	0	0
Lokalt östrogen	0	2	0	6	5
Blåstråning	-	0	0	1	0
Bäckenbottenträning	3	4	2	12	5
Antikolinergika	-	3	1	5	2
B3-stimulerare	-	1	0	0	0
Inkontinensbåge	0	0	-	0	0

- ej lämplig behandling

Ingen patient med diagnosen ansträngningsinkontinens remitterades till specialist, tabell 4. Det var flera olika frågeställningar i remisserna.

Tabell 4. Grupperade frågeställningar vid remiss till gynekologisk mottagning av patienter med urininkontinens på Närhälsan Oden vårdcentral.

Blandad	Trängningsinkontinens	Ospecificerad	Annan specificerad
Prolaps, cystocele	Prolaps	Gynekologisk orsak	Gynekologisk orsak
Kirurgisk behandling		Sveda och värk i underlivet	Bedömning
Besvärande blandinkontinens		Ovarialcystor	Vaskulit i njuren
		Malignitet	Uttalad urinkontinens
		Prolaps, cystocele	Behandling ansträngning inkontinens
		Status efter omskärelse	
		TVT operation	
		Trauma vagina	
		Dyspareuni	

I tabell 5 noterades att två remisser skickades enligt SVF, en till gynekologisk mottagning och en remiss till urologen. De flesta remitterades på vanligt sätt. Bland patienter med ospecificerad diagnos remitterades åtta patienter till specialist, en remitterades efter uppföljning på vårdcentralen. Fyra patienterna med diagnosen annan specificerad diagnos remitterades till specialistläkare, ej redovisad i tabell.

Tabell 5. Vanliga remisser till specialistsjukvård samt enligt SVF patienter med urininkontinens på Närhälsan Oden vårdcentral.

	n=19
Remiss till gynekolog enligt standardiserade vårdförlopp	1
Remiss till urolog enligt standardiserat vårdförlopp	1
Remiss till gynekolog vid utredning besök	16
Remiss till gynekolog efter uppföljning i primärvård	1

Uppföljning

I studien påvisas att endast tre patienter har följts upp enligt RMR, tabell 6. Det var ingen patient som fick en utvärdering av bäckenbottenträning efter 3 till 6 månader. Två patienter fick telefonuppföljning 4 till 6 veckor efter insatt farmakologiskbehandling, en fick justering av sin vätskedrivande medicin, den andra fick en uppföljning av Duloxetin efter ansträngningsinkontinens. En patient fick komma på återbesök hos läkare för utvärdering av antikolinergikabehandling. Studien visar att av elva patienter som blev insatta på antikolinergika var det bara en patient som fick uppföljning enligt RMR.

Tabell 6. Uppföljning av nyupptäckt urininkontinens hos patienter på Närhälsan Oden vårdcentral.

	n=3
Utvärdering av bäckenbottenträning efter 3–6 månader	0
Telefonuppföljning 4–6 veckor efter insatt medicinsk behandling	2
Återbesök läkare eller sköterska	1

Uppfyller diagnosen kriterierna? Majoriteten av patienterna uppfyller de uppsatta kriterierna för den ställda diagnosen, tabell 7.

Tabell 7. Uppfyllelse av diagnoser för trängnings, ansträngnings samt blandad urininkontinens.

Inkontinens	Ansträngning n=6	Blandad n=23	Trängning n=6
Uppfyller kriterier %	84	75	50
Uppfyller ej kriterier %	16	25	33
Gick ej bedöma %			17

Patienter som fick diagnoserna ospecificerad och annan specificerad urininkontinens kunde i över hälften av fallen bytas ut mot mer specifika diagnoser, se tabell 8.

Tabell 8. Patienter som fick diagnoserna ospecificerad och annan specificerad urininkontinens samt vilka mer specifika diagnoser de uppfyller på Närhälsan Oden vårdcentral.

Uppfyller diagnos	Satt diagnos	
	Ospecificerad n=23	Annan specificerad n=11
Ansträngningsinkontinens %	34	26
Blandad inkontinens %	13	18
Trängningsinkontinens %	17	10
Saknas uppgifter, går ej bedöma %	26	36
Diagnosen stämmer %	10	10

n=56

Diskussion

Medelåldern på patienterna var relativt låg, vilket kan bero på att äldre kvinnor inte söker vård i lika hög utsträckning samt att vissa yngre kvinnor får behandling via mödrahälsovården. Miktionsanamnesen var svår att tolka i flera fall, vilket försvårade diagnossättningen, och endast hälften av patienterna genomförde en komplett basal utredning inklusive miktionslista. Många patienter fick inte en specificerad diagnos trots att underlag fanns, vilket kan bero på bristande kunskap eller osäkerhet hos läkare och påverkar både behandling och vårdcentralens ersättning negativt. En tredjedel remitterades till specialist, trots att urininkontinens ofta kan behandlas effektivt inom primärvården. Endast 5 % följdes upp enligt riktlinjerna, vilket pekar på behovet av förbättrade rutiner, resurser och samarbete inom vårdteamet för att ge patienterna rätt behandling och uppföljning. Tidigare forskning visar att äldre kvinnor upplever urininkontinens som skamligt samt ser det som en oundviklig del av det naturliga åldrande. Urininkontinens upplevs besvärande att prata om vilket medför att få äldre kvinnor söker vård (20). En del kvinnor kan fått inkontinens efter vaginala förlossningar vilket gör att yngre patienter söker i första hand via mödrahälsovården och inkluderas därför inte i denna studie.

Miktionsanamnes

Miktionsanamnes togs på alla patienter. Det var dock svårt att tolka de olika typerna av inkontinens från journaltexterna. Orsaker till tolkningssvårigheter kan vara att det kan vara svårt att hitta rätt uttryck i symtombeskrivning eller otillräcklig kunskap hos vårdpersonalen kring vanliga begrepp vid olika urininkontinenser. Inkontinensanamnes kan vara mycket komplex och tidskrävande. Många vårdcentraler använder en inkontinensenkät som hjälpmedel. Att skicka frågeformuläret till patienterna i förväg så att de kan lägga tid och eftertanke hemma på sina svar kan vara till hjälp (21).

Basalutredning

I denna journalstudie på Närhälsan Oden vårdcentral lämnade hälften av studiepopulation in miktionslista i den basala utredningen. Detta är högre än tidigare studier. I en studie från Nederländerna fann man att ungefär 35 % av patienterna inom allmänmedicin lämnade in miktionslista (22). En förklaring till att alla patienter inte lämnar miktionslista kan vara att patienterna har svårt att fylla i miktionslistan eller har inte fått tillräcklig information. Andra förklaringar kan vara att patienten har en funktionsnedsättning, exempelvis är rullstolsburen. Ytterligare andra anledningar är att miktionslista inte skickades hem innan besöket på vårdcentralen eller att patienterna glömt att fylla i eller lämna in miktionslistan vid besöket. Detta kan förbättras exempelvis genom att sjuksköterskan ger tydliga instruktioner om hur en miktionslista ska genomföras inför besöket.

Gynekologisk undersökning genomfördes i hälften av fallen, vilket är i nivå med en tidigare holländsk studie (23). Urinsticka togs på 77 % av patienterna vilket är nästan dubbelt så många som en kanadensisk studie i primärvården (24).

Endast 13 % av patienterna hade eventuell övervikt noterats i status. Det verkar som att längd och vikt inte mäts så ofta så att det går att se om patienten har övervikt eller inte. Med tanke på att tidigare studier (16) har visat att det går att påverka urinläckaget genom viktnedgång, är det en parameter som behöver inkluderas i den basala utredningen.

En bättre resursanvändning kan vara att göra en basal utredning vid ett besök hos sjuksköterska eller laboratoriet med miktionslista, BladderScan, urinprover samt längd- och viktkontroll innan patienten kommer till läkare. I denna studie noterades att fem utredningar av nyupptäckt urininkontinens genomfördes stegvis under 3 månaders tid. Ibland kan det vara bättre att det tar lång tid och att alla delar i utredningen blir gjord. Olika vårdcentraler har olika rutiner, många vårdcentraler skulle nog

Resultatdiskussion

Ålder

Det var anmärkningsvärt att medelåldern var så låg som 53 år. Den vanligaste åldersgruppen var mellan 45 och 54 år. Detta är högre än i RMR där prevalensen ligger på 12 % hos 50-åringar (13). En förklaring kan vara att många får inkontinens i 50 års åldern då slemhinnan börjar ändra sig och patienten får besvär med torrhet i bland annat slidan. En del av de äldre patienterna får kanske vård och behandling i hemsjukvård eller i särskilda boendeformer som kan förklara varför de inte fångades i denna kunna organisera vården av patienter med urininkontinens bättre och mer strukturerat.

Diagnos

Bedömning av diagnossättning gjordes utifrån kriterier enligt RMR, journaluppgifter samt remissvar för de patienter som remitterades. På grund av otydligt beskriven miktionsanamnes, att det saknades miktionslista samt olika variabler var det ofta svårt att bedöma vilken diagnos patienten uppfyllde. Detta förklarar att det var så många där det inte gick att bedöma diagnossättning utifrån diagnoserna träningsinkontinens, ospecificerad urininkontinens samt annan specificerad urininkontinens.

Av 35 patienterna fick 84 % rätt diagnos så som ansträngningsinkontinens, hälften träningsinkontinens samt 75 % blandad urininkontinens. Det stämmer med en tidigare studie att dessa diagnoser är lätta att fastställa på en allmänläkarmottagning genom anamnes, basal utredning och gynekologisk undersökning (24). Det finns lite behov av ytterligare diagnostik.

Efter avslutad utredning av en patient med urininkontinens bör en specificerad diagnos kunna sättas om det inte är ett mycket komplicerat fall som behöver fler tester eller åtgärder från specialistläkare. I studien noteras att läkarna ofta skrev i bedömningen vilken typ av inkontinens som de bedömde mest sannolik utifrån utredningen, men sätter ändå en ospecificerad diagnos som diagnoskod i journalen. Ibland sätts två olika inkontinensdiagnoser, en ospecificerad och en specificerad. En förklaring till detta kan vara otillräcklig kunskap vid diagnosanvändning, läkaren vågar inte sätta mer specifika diagnoser eller så har man favoritdiagnoser. Patienterna skulle kunna få bättre behandling om de fick den diagnos de uppfyller. Studien visar att 64 % skulle kunna fått en specificerad urininkontinensdiagnos i stället för en mer ospecifik diagnos från R-kapitlet enligt ICD-10 som är vanliga att använda under pågående utredning. Detta påverkar vårdcentralens ekonomi då mer ospecificerade diagnoser ger mindre ersättning till vårdcentralen. Att sätta en

specificerad diagnos kan även vara till hjälp vid förskrivning av inkontinensskydd.

Behandling

Flera studier visar att de flesta kvinnor som söker hjälp i primärvården kan behandlas tillfredställande på denna vårdnivå med ganska enkel behandling som är effektiv även på lång sikt (25,26). I denna studie noteras dock att 33 % av studiepopulation remitterades till specialistläkare. Det kanske inte är så anmärkningsvärt när det var en så pass ung population med en medelålder på 53 år. Flera av kvinnorna hade andra gynekologiska besvär.

Endast en patient fick B3-stimulerare, vilket kan hänga ihop med att det var få patienter som genomförde ett uppföljande besök. Antalet kan ökas i framtiden om sjuksköterskor och läkare arbetar mer i team med urininkontinens. Farmakologisk behandling som startas vid utredningsbesök kan utvärderas via telefon efter 4 till 6 veckor av sjuksköterska och bytas till annat preparat vid biverkningar. Vid utebliven effekt av behandlingen bör remiss skickas för utredning hos specialistläkare.

Uppföljning

I denna studie hade endast 5 % av studiepopulation följts upp enligt RMR. Bakomliggande orsaker kan vara både bristande resurser samt otillräcklig kunskap om RMR riktlinjer. Detta kan leda till att patienter tappas bort. Vidare finns en risk att patienternas livskvalitet minskar då de inte erbjuds vidare behandlingsåtgärder som exempelvis inkontinensring eller vaginalt inlägg. Dessutom missas de patienter som inte blivit bra med bäckenbottenträning och som skulle kunna remitteras till gynekolog för ställningstagande till TVT-operation på grund av ansträngningsinkontinens. Ett förbättringsförslag kan vara att uppföljning av bäckenbottenträning vid nyupptäckt urininkontinens via telefonsamtal efter 3 månader till sjuksköterska som jobbar med urininkontinens.

Metoddiskussion

Styrkan med studien är att den speglar den verkliga handläggningen av patienter med urininkontinens i den kliniska vardagen på en vårdcentral. Resultaten av studien kan därför ha en praktisk betydelse och kan användas för att förbättra handläggningen på Närhälsan Oden vårdcentral.

Den svåraste momentet i studien var värdering av patientens medicinlista eftersom det är komplicerat att få en överblick bakåt i tiden. Vid läkemedelsbiverkan är det viktigt med helhetsbedömning av särskilt äldre patienter, då behandling med många läkemedel ofta förekommer. En

annan svårighet var att bedöma om diagnosen, som patienten blev insatt på vid utredningsbesök, uppfyller kriterierna på grund av bristande dokumentation och oklarheter i journalanteckningen. Slutligen är det en brist att vi endast har studerat en vårdcentral, därför kan inte resultaten ses som representativt för hela befolkningen. Det är svårt att veta hur det ser ut på andra vårdcentraler.

Utifrån studien kommer ett underlag tas fram kring handläggningen av urininkontinens som kan användas för framtida förbättringar på Närhälsan Oden vårdcentral och kan leda till en kvalitetshöjning för patienterna.

Slutsats

Handläggning och uppföljning av patienter med urininkontinensdiagnos på Närhälsan Oden vårdcentral har delvis följt RMR, men det finns förbättringspotential av både diagnossättningen samt handläggningen. En genomgång av RMR i personalgruppen skulle vara av stor nytta och leda till förbättrad handläggningen av patienter med urininkontinens, öka vårdens kvalitet samt patienternas livskvalitet. Detta ger en bättre resursanvändning och ökar effektiviteten. Genom att arbeta i team mer mellan sjuksköterska och läkare kan vården av kvinnor som har inkontinens utvecklas. I okomplicerade fall ska behandling som kan erbjudas i primärvården utföras och vara uppföljda innan remiss till specialistläkare skickas.

Referenslista

- 1 Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20.
- 2 Göransson A-M, Månsson B, Störkersen J. 2003. Urininkontinens hos kvinnor. Högskolan i Halmstad, Sektionen för hälsa och samhälle (HOS). 2003.
- 3 Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av urininkontinens. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 143. 2000.
- 4 Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care*. 2005;11(4 Suppl):S103-S111.
- 5 Swithinbank LV, Donovan JL, du Heaume JC, et al. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *Br J Gen Pract*. 1999;49(448):897-900.
- 6 Teunissen D, van den Bosch W, van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in the elderly: attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(1):56-61.
- 7 Teo JS, Briffa NK, Devine A, Dhaliwal SS, Prince RL. Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Aust J Physiother*. 2006;52(1):19-24.
- 8 Shaw C, Gupta RD, Bushnell DM, et al. The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract*. 2006;23(5):497-506.
- 9 Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(11):1150-1157.

- 10 Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study [published correction appears in *BJU Int* 2001 Nov;88(7):807]. *BJU Int*. 2001;87(9):760-766.
- 11 Swithinbank LV, Donovan JL, du Heaume JC, et al. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *Br J Gen Pract*. 1999;49(448):897-900.
- 12 Blåsdysfunktion hos äldre personer - Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård. Socialstyrelsen. Stöd för styrning och ledning. URL: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-9-33.pdf>
- 13 Västra Götalandsregion. Linnéa Rönnsted. Regionala medicinska riktlinje. Urininkontinens hos kvinnor. 2020.
- 14 Asplund R, Aberg H. Health of the elderly with regard to sleep and nocturnal micturition. *Scand J Prim Health Care*. 1992;10(2):98-104.
- 15 Kawahara T, Ito H, Yao M, Uemura H. Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. *Int J Urol*. 2020;27(12):1078-1086.
- 16 Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2 Pt 1):341-349.
- 17 Kuruba R, Almahmeed T, Martinez F, et al. Bariatric surgery improves urinary incontinence in morbidly obese individuals. *Surg Obes Relat Dis*. 2007;3(6):586-591.
- 18 Tsakiris P, Oelke M, Michel MC. Drug-induced urinary incontinence. *Drugs Aging*. 2008;25(7):541-549.
- 19 Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Överaktiv blåsa och inkontinens. 2024. URL: https://reklistan.vgregion.se/#/advice/Urologi/Overaktiv_blasa_och_inkontinens.

- 20 Trugong K, Nehvonen M. Äldre kvinnors erfarenheter av att leva med urininkontinens: En systematisk litteraturoversikt (Dissertation). 2023. Högskolan i Borås. <https://hb.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1810611&dswid=5921>
- 21 Albers-Heitner P, Berghmans B, Nieman F, Lagro-Janssen T, Winkens R. Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(5):807-811.
- 22 Gerrits M, Avery T, Lagro-Janssen A. Urinary incontinence management in women: audit in general practice. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(5):836-838.
- 23 Schreuder MC, van Merode NAM, Oldenhof AP, et al. Primary care diagnostic and treatment pathways in Dutch women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care.* 2022;40(1):87-94.
- 24 O'Neil B, Gilmour D. Approach to urinary incontinence in women. Diagnosis and management by family physicians. *Can Fam Physician.* 2003;49:611-618.
- 25 Seim A, Hunskaar S. Female urinary incontinence--the role of the general practitioner. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(12):1046-1051.
- 26 Moore KN, Saltmarche B, Query A. Urinary incontinence. Non-surgical management by family physicians. *Can Fam Physician.* 2003;49:602-610.

Studieprotokoll

Patient id (löpnummer).....

Ålder.....

Anamnes**Miktionsanamnes**

Trängningssymtom 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Ansträngningssymtom 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Blandinkontinenssymtom 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Andra urinbesvär 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Andra sjukdomar 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Förstoppning 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Graviditet 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Antal 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Aktuell medicinering

Astma 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Diuretika 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Sedativa 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Laxantia 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Antidiuretika 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Övervikt 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Utredning

Miktionslista 2 dygn 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Laboratorieprover

Urinsticka 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Urinodling	1=Ja	2=Nej	3=Oklart
P-Kreatinin	1=Ja	2=Nej	3=Oklart
P-Glukos	1=Ja	2=Nej	3=Oklart
Residualurin (bladderscan)	1=Jaml	2=Nej	3=Oklar

Gynekologiskundersökning 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Remiss

Gynekolog vid alarmsymtom 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Gynekolog 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Urolog vid makroskopisk hematuri 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Behandling

Livstillförändringar 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Medicinjustering 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Lokalt östrogen 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Blåsträning 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Bäckenbottenträning 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Vätskerestriktion 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Tät applikation 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Antikolinergika 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Beta-3-stimulerare 1=Ja 2=Nej 3=Oklart

Diagnos

Trängningsinkontinens

Ansträngningsinkontinens

Blandinkontinens

Ospecificerad urininkontinens

Annan specificerad urininkontinen

Uppföljning

Återbesök läkare eller sjuksköterska	1=Ja	2=Nej	3=Oklart
Utvärderings av bäckenbottenträning	1=Ja	2=Nej	3=Oklart
Telefon 4–6 veckor efter insatt medicinering	1=Ja	2=Nej	3=Oklart
Remiss till gynekolog	1=Ja	2=Nej	3=Oklart



FoUUI primär och nära vård Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg