Gäller för: Västra Götalandsregionen Giltig från: 2026-10-30
Innehållsansvar: Mårten Alkmark, (marst98), Överläkare Giltig till: 2026-12-31
Granskad av: Linnéa Rönnstedt, (linro2), Överläkare
Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Urininkontinens hos kvinnor

Innehåll

Bakgrund 1
Förändringar sedan föregående version 2
Utredning 2
Alarmsymtom 2
Basal utredning i primärvården 2
Utredningsresultat - Inkontinensformer 3
Utvidgad utredning i specialistsjukvården 3
Behandling av ansträngningsinkontinens 3
Behandling av trängningsinkontinens 4
Behandling av blandinkontinens 5
Klinisk uppföljning 6
Ansträngningsinkontinens 6
Trängningsinkontinens 6
Blandinkontinens 6
Blåstömningsproblem 6
Remissrutiner 7
Patientinformation; 7
För vårdgivare 7
Innehållsansvarig 7

Bakgrund

Urinläckage är ett vanligt problem hos kvinnor. Prevalensen är 12 procent hos 50 åriga kvinnor men ökar till 25 procent hos de äldsta. Genomgången vaginal förlossning, högt BMI och gynekologisk kirurgi (prolapskirurgi och hysterektomi)

är oberoende riskfaktorer för ansträngningsinkontinens. Hög ålder, övervikt och kronisk obstipation ökar risken för trängningsinkontinens.

Förändringar sedan föregående version

Ett förtydligande har gjorts avseende duloxetin.

Utredning

Urinläckage är sällan tecken på allvarlig bakomliggande sjukdom men alarmsymtom ska utredas skyndsamt och remitteras till gynekologisk/urologisk specialistsjukvård.

Alarmsymtom

Remiss till gynekolog:

- Nytillkomna trängningar (<6 mån utan förekomst av UVI)
- Smärtsamma trängningar
- Blåstömningssvårigheter
- Symtom från urinvägarna och tidigare malignitet i underliv eller urinvägar

Remiss till urolog

- Makroskopisk hematuri

Vid alarmsymtom se även: Standardiserat vårdförlopp för cancer i urinblåsan och övre urinvägarna

Basal utredning i primärvården

1. Anamnes	2. Miktionslista 2 dygn	3. Urinprov	4. Gynundersökning
Typ av urinläckage	Medelvolym	Urinsticka*	Bäckenresistens
Sjukhistoria	Maxvolym	Residualurin	Prolaps
Aktuell medicinering	Frekvens		Atrofi
	Vätskeintag		Knipförmåga
			Hosttest

* asymtomatisk bakteriuri (ABU) ska inte behandlas annat än under graviditet

Utredningsresultat – Inkontinensformer

Ansträngningsinkontinens	Blandinkontinens	Trängningsinkontinens
Ofta sparsamt läckage vid fysisk ansträngning Dygnsvolym <2 l Medelmiktionsvolym 200–350 ml Frekvens <8 ggr/dygn vid normal dygnsvolym	Läckage vid urinträngning och vid ansträngning	Plötsliga oprovocerade trängningar, ”nyckel i låset” Medelmiktionsvolym <200 ml Frekvens >8 ggr/dygn vid normal dygnsvolym

Utvidgad utredning i specialistsjukvården

Läckagemätning

Inför inkontinenskirurgi ska läckaget verifieras objektivt med läckagemätning, hostprovokation eller någon form av kvantifieringstest.

Cystoskopi

Utförs vid kort anamnes på trängningssymtom och/eller oklara smärtor i blåstrakten för att utesluta malign process i urinblåsan.

Urodynamik

Cystometri kan vara av värde vid kraftigt avvikande miktionslista, misstanke om neurologisk sjukdom och inför ställningstagande till inkontinenskirurgi i komplicerade fall. Tryck/flödesmätning kan användas för att säkerställa normal tömningsförmåga inför inkontinenskirurgi.

Behandling av ansträngningsinkontinens

Primärvård

- Genomgång av miktionslistan, normalisering av vätskeintag.
- Bäckenbottenträning, utvärdering efter tre månader.
- Livsstilsförändring; viktreduktion, rökstopp.
- Medicinjustering, till exempel KOL/astmabehandling.
- Lokalt östrogen efter menopaus.
- Inkontinensbåge/ring vid läckage i speciella situationer.

Specialiserad vård

Inkontinensoperation (TVT, TVT-O, TOT, minislyngor)

Läckaget ska vara objektivt verifierat med hosttest, kvantifieringstest eller läckagemätning.

- Särskilda patientkategorier:
  - Kraftig obesitas: Ingen strikt BMI-gräns, men obesitas ger ökad operationsrisk och sämre resultat.
  - Hög ålder: korrelerar till sämre operationsresultat men patientens besvär med hänsyn tagen till allmän hälsa är avgörande för beslut.
  - Prolaps: Vid samtidigt cystocele bör detta opereras först och ev kvarvarande inkontinens värderas. Rektocele kan ev opereras samtidigt som TVT.
- Sjukskrivning: 0–14 dagar beroende på arbetsuppgifter
- Utvärdering av kirurgin: via gyn.op-registret.

Transuretral injektion med bulkmedel

Kan vara ett alternativ i utvalda fall. Har lägre lyckandefrekvens än operation och kortare duration, därför mindre kostnadseffektivt.

Inkontinensring

Om kompetens för utprovning saknas i primärvården.

Farmakologisk behandling

SNRI-preparatet duloxetin har indikation ansträngningsinkontinens i FASS. Effekten är mycket blygsam, biverkningarna betydande och långtidsuppföljning saknas varför preparatet väsentligen saknar användning vid ansträngningsinkontinens hos kvinnor.

Behandling av trängningsinkontinens

Primärvård

- Genomgång av miktionslista, normalisering av vätskeintag.
- Läkemedelsgenomgång med eventuell justering av sedativa, diuretika, laxantia, antidiuretika.
- Lokalt östrogen efter menopaus.
- Blåsträning med utvärdering med miktionslista
- Bäckenbottenträning
- Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling

För val av preparat se REKlistan Urologi – Överaktiv blåsa och inkontinens

Antikolinergika

Förstahandspreparat. Vanligt med muntorrhet och förstoppning.

Kontraindikationer är trångvinkelglaukom, myastenia gravis, vissa mag-tarmsjukdomar. Försiktighet till äldre.

β3-stimulerare

Färre biverkningar. Kontraindikation är svår okontrollerad hypertoni.

Specialiserad vård

Om blåsträning, bäckenbottenträning och farmakologisk behandling inte är tillräckligt eller acceptabelt.

- Elektrostimulering: Elektroder vaginalt eller rektalt. Ges av uroterapeut. Vid god effekt kan patienten fortsätta hemma.
- Stimulering av nervus tibialis: kan prövas.
- Botulinumtoxin: Injektioner i blåsan. Behöver upprepas regelbundet. Patienten måste kunna hantera RIK i händelse av urinretention. Cystoskopi och cystometri bör göras preoperativt.

Åtgärder hos neurokirurg/urolog

- Sakral nervrotsstimulering
- Clamcystoplastik: blåsförstorande ingrepp med inläggande av tarmsegment.
- Urindeviation: urostomi eller Brickerblåsa.

Behandling av blandinkontinens

Primärvård

Noggrann utredning. Behandla den dominerande delen först. Om kirurgi är aktuell bör patienten ha genomgått adekvat bäckenbottenträning och behandlat trängningskomponenten så att blåskapaciteten är minst 300 ml.

Specialiserad vård

Vid dominerande ansträngningsinkontinens kan operation bli aktuell utan ytterligare utredning. Då trängningar dominerar görs behandlingsförsök först, därefter cystometri och eventuell cystoskopi innan operation. Vid uttalade trängningsbesvär bör man inte operera.

Klinisk uppföljning

Ansträngningsinkontinens

Uppföljning via det nationella operationsregistret Gynop efter 8 veckor respektive ett år. Om patienten inte blivit bra/nöjd, ställningstagande till utvidgad utredning med cystoskopi och/eller urodynamik.

Trängningsinkontinens

Telefonuppföljning 4–6 veckor efter insatt farmakologisk behandling. Utvärderas med miktionslistor. Om patienten inte haft effekt av behandlingen sker byte av preparat. Vid fortsatt utebliven effekt ställningstagande till remiss till specialistsjukvården för invasiv behandling om patienten lämpar sig för detta.

Blandinkontinens

Enligt ovan.

Blåstömningsproblem

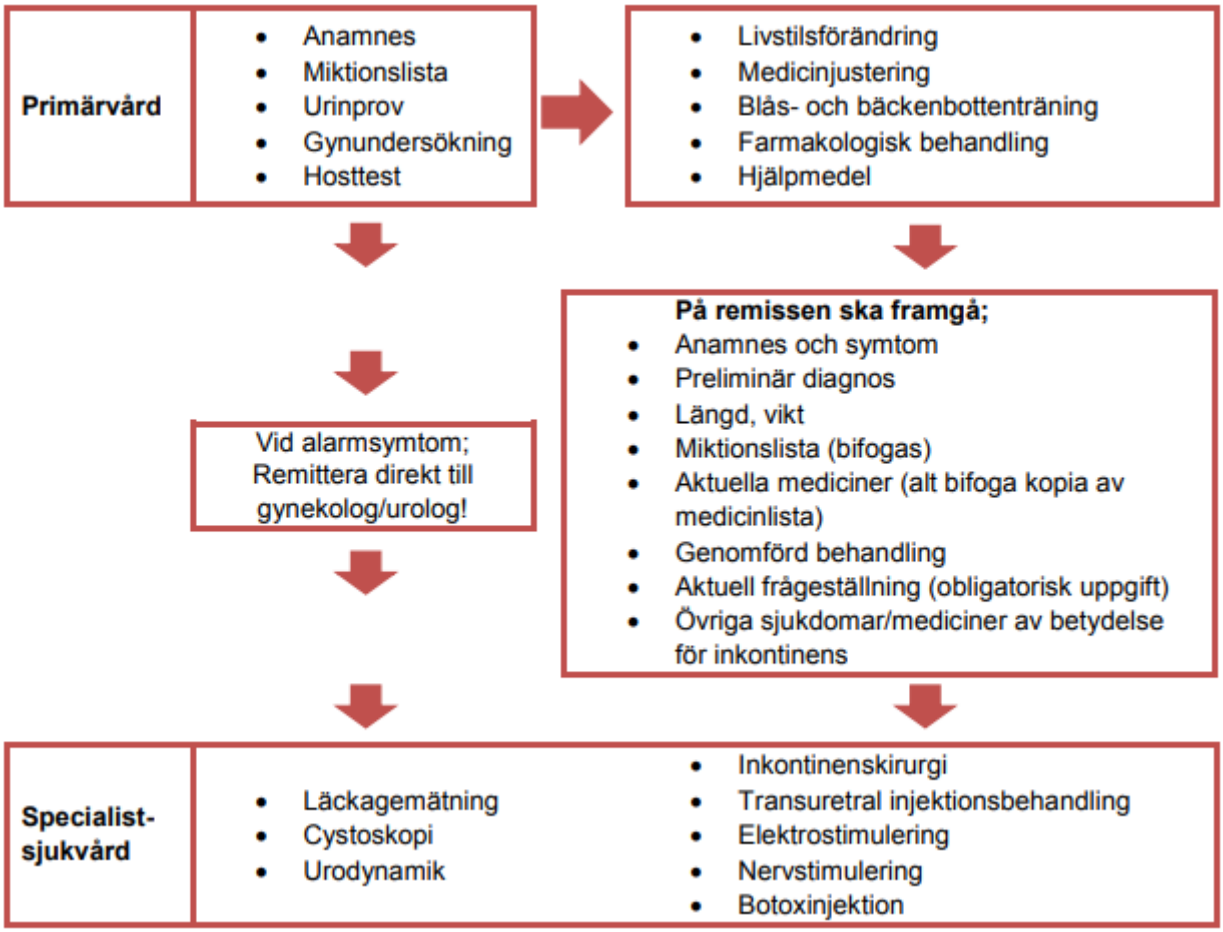
Orsaker

- Överflödesinkontinens ses vid stora residualurinmängder.
- Avflödeshinder är ovanligt hos kvinnor, kan ses vid stort cystocele.
- Detrusorinsufficiens kan bero på övertänjning, exempelvis efter förlossnings-EDA eller långvarig medvetslöshet utan KAD. Kan även bero på antikolinerga läkemedel.
- Neurologisk sjukdom (till exempel MS, diabetesneuropati, cerebral vaskulär lesion) handläggs av urolog/neurolog.

Åtgärder

- Vid kroniska besvär: Kissa på bestämda tider, tillämpa triple voiding. Blåsan töms tre gånger vid varje miktionstillfälle med mellanliggande lägesändring.
- Kateter bör användas endast tillfälligt.
- RIK vid neurologiskt handikapp eller uttalad detrusorsvaghet. Även vid temporära besvär som efter TVT eller andra ingrepp.
- Öppetstående kateter vid övertänjd blåsa enligt lokala riktlinjer.

Remissrutiner



Se även Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård

Patientinformation;

1177 Urininkontinens

För vårdgivare

Nationellt kliniskt kunskapsstöd Urininkontinens hos kvinnor

Innehållsansvarig

Samordningsråd kvinnosjukdomar och förlossning

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Mårten Alkmark, (marst98), Överläkare

Granskad av: Linnéa Rönnstedt, (linro2), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN12865-780821730-390

Version: 2.0

Giltig från: 2026-10-30

Giltig till: 2026-12-31