

Ulla Molander, med dr, överläkare, avdelningen för geriatrik, Göteborgs universitet, kliniken för geriatrik och rehabilitering, Sjukhuset i Varberg (ulla.molander@geriatrik.gu.se)

Urininkontinens folksjukdom bland äldre – drabbar både kvinnor och män

Urininkontinens är ett tillstånd med många orsaker, som ger upphov till mycket obehag och kan leda till förlust av självförtroende och till en känsla av skam som i sin tur kan leda till isolering [1]. Det är ett stort folkhälsoproblem vars frekvens ökar med stigande ålder.

Prevalensen varierar i olika studier framför allt därför att man har använt olika definitioner och studerat selekterade grupper. Urininkontinens definieras enligt International Continence Society som ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen.

Urininkontinens har stora sociala, mänskliga och även ekonomiska konsekvenser, vars betydelse förväntas öka i framtiden, då antalet äldre blir allt större. Andelen invånare över 65 år i Sverige har ökat från 8,4 procent år 1900 till 17,4 procent 1995. Till år 2030 beräknas andelen öka till 21,9 procent. Fram till år 2050 beräknas antalet över 65 år öka med 50 procent, och mer än hälften av denna ökning faller på åldersgruppen över 80 år.

Sedan 1998, då en internationell konsensuskonferens 1998 hölls, rekommenderar Världshälsoorganisationen (WHO) att urininkontinens ska klassificeras som sjukdom, varför urininkontinens kan ses som en av våra största folksjukdomar. Ändå tror många fortfarande att urininkontinens är ett led i det normala åldrandet och att man inte kan göra något åt det, vilket leder till att man inte söker hjälp.

Urininkontinens ledsagas ofta av andra besvär, som urinvägsinfektioner och nykturi. Hos äldre män ses ofta svårigheter att tömma blåsan, efterdropp, svag stråle och impotens eller erektil dysfunktion. En sammanfattande benämning är LUTS (lower urinary tract symptoms, nedre urinvägssymtom).

Urininkontinens är ekonomiskt kostsamt för samhället, och 1990 beräknades totala kostnaden för urininkontinens i Sverige till nära 2 miljarder kronor, eller cirka 2 procent av de totala sjukvårdskostnaderna [2]. Enbart kostnaderna för hjälpmedel utgjorde cirka 660 miljoner kronor år 1990, och 1996 hade denna kostnad ökat till drygt 1 miljard kronor. I USA har man också räknat på kostnaderna för samhället, och 1986 publicerades en artikel där man bedömde totala kostnaderna till 8,2 miljarder dollar, vilket på samma sätt som i Sverige motsvarar cirka 2 procent av USAs totala sjukvårdskostnader [3]. Man har sedan gjort uppdateringar, och vid den se-

SAMMANFATTAT

Urininkontinens är ett mycket vanligt problem hos äldre, och det blir allt vanligare ju äldre man blir. Framför allt kvinnor men med stigande ålder fler och fler män drabbas. Problemet är inte bara individuellt utan också i hög grad samhälleligt genom de höga kostnader som följer.

Urininkontinens behöver inte vara en del i det normala åldrandet, och de allra flesta kan genom adekvat behandling förbättras eller bli helt återställda.

Utredning och behandling av äldre måste individualiseras med hänsyn tagen till deras totala situation.

Under 2000-talet krävs en ökad satsning på forskning och utveckling av behandling när det gäller de äldre med urininkontinens. Vi saknar fortfarande prospektiva randomiserade placebokontrollerade studier.

Serie: Den äldre patienten

Tidigare artiklar i serien är publicerade i *Läkartidningen* 6/2001 och 8/2001.

naste, som gjordes 1995, beräknades totalkostnaden till 26,3 miljarder dollar [4].

Epidemiologi

Urininkontinens ses i alla åldrar, men problemet ökar med stigande ålder och anses generellt vara tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män, sannolikt framför allt av anatomiska skäl. Hos kvinnor ökar prevalensen linjärt med åldern, medan den hos män är lägre men från ca 70 års ålder ökar brant [5-10]. Hos äldre institutionsvårdade är prevalenssiffror långt över 50 procent inte ovanliga [6, 11]. I Tabell I finns några studier som anger prevalensen hos äldre kvinnor och män.

I en nyligen publicerad artikel har man studerat samban-

Mount Wai'ale'ale, världens nederbördsrikaste plats, mitt på ön Kauai, Hawaii, USA.

den mellan urininkontinens och risken för hospitalisering respektive vård på »nursing home«. De fann en för kvinnor fördubblad, för män mer än tredubblad risk för att behöva vård på sjukhus/»nursing home« om urininkontinens förelåg [12].

Orsaker

Urininkontinens kan bero på anatomiska, fysiologiska och patologiska förändringar i bäckenorgan eller på generella sjukdomar. Hos äldre samverkar ofta flera orsaker.

Traditionellt indelas urininkontinens i ansträngnings-, trängnings-, bland- och överrinningsinkontinens. Ansträngningsinkontinens drabbar i stort sett bara kvinnor och dominerar hos den unga kvinnan medan andelen med trängnings- och blandinkontinens ökar med stigande ålder. Äldre män får oftast trängningsproblem och trängningsinkontinens. Ibland beror bekymren på prostataproblem, men de kan också härröra från åldersförändringar i blåsa och nervsystem varför inte alla äldre män blir hjälpta med en prostataoperation vad gäller trängningsproblemen. Överrinningsinkontinens ses bland annat hos äldre män med prostatasjukdom men kan också orsakas av skada på nerver som styr blåsmuskulaturen, exempelvis vid diabetes mellitus.

Vid neurologiska sjukdomar som slaganfall eller demens ses ofta trängningsproblem och ofta en svår trängningsinkontinens med abrupt blåstömning och stor läckagemängd. Hjärnans bromsande impulser till blåsan fungerar då inte, utan tömning sker omedelbart vid trängning.

Minskad eller upphävd östrogenhalt postmenopausalt kan

FOTO: CLAES NORDESKÖLD/PRESSENS BILD

vara en bidragande orsak till trängningar och trängningsinkontinens hos äldre kvinnor. Förändringar i blåsans vävnader med stigande ålder är också en trolig anledning till överaktivitet i blåsan och uppkomst av trängningsbesvär. Äldre kan ha både svårkontrollerade trängningar och långsam blåstömning med risk för residualurin.

Hos äldre är urininkontinens oftare relaterad till andra sjukdomar och en generell nedsättning av hälsotillståndet. Fysiska handikapp och sjukdomar som artros och reumatoid artrit kan försvåra situationen för dem och göra att de inte hinner i tid till toaletten. Läkemedel kan utlösa eller förvärra en inkontinens, och bland aktuella läkemedel kan nämnas diuretika, antikolinergika, sedativa och hypnotika. Övergående förvirring exempelvis orsakad av byte av miljö eller uppkomsten postoperativt kan ge tillfällig inkontinens, som ofta leder till kvarstående användning av hjälpmedel. Obstipation, depression med mera kan också utlösa urininkontinens, tillsammans med andra faktorer.

Utredning av äldre med urininkontinens

Hos äldre är urininkontinens som tidigare nämnts ofta relaterad till andra sjukdomar och till en generell nedsättning av hälsotillståndet, varför det är viktigt att göra en allmänmedicinsk bedömning vari även en neurologisk undersökning oftast ska ingå, eftersom neurologisk sjukdom är en vanlig orsak till urininkontinens hos äldre.

Utredningen av äldre måste oftast anpassas individuellt, speciellt gäller detta svårt sjuka och handikappade. Man måste alltid ta hänsyn till individens mentala, fysiska, psykiska och sociala situation. Etiska avgöranden är ofta viktiga när man ska avgöra omfattning och inriktning på utredningen.

Anamnesen är viktig. Man vill bland annat få fram om patienten behandlas med läkemedel som kan påverka blåsfunktionen, tidigare operationer i underliv eller prostata, neurologiska sjukdomar och urogenitala infektioner. Dessutom måste man i anamnesen naturligtvis fråga efter blåssymtom och även tarmfunktion. När det gäller status är det bra om man kan göra en gynekologisk undersökning av kvinnorna. Vad gäller männen ingår prostatapalpation.

Miktionslista och blöjvågningstest under 48 timmar klarar även de flesta äldre hemmaboende, och testet har visat sig tillförlitligt även för denna kategori [13]. Klarar patienten det inte själv kan ofta sammanboende anhöriga eller vårdpersonal på särskilda boenden hjälpa till. I fråga om patienter som inte säger till när de behöver gå på toaletten kan man föra en miktionsfrekvenslista under 48 timmar. Då kontrolleras och noteras varannan timme om patientens blöja är våt eller torr.

Residualurinmätning är en undersökning man som regel bör göra på alla män och vid behov även på kvinnorna. Vid urodynamiska undersökningar måste det värderas individuellt om patienten klarar att genomgå sådana och om de tillför något till utredning och behandling. Studier finns där man sett att tekniken är säker och tillämpbar även på äldre.

Vissa laboratorieprov rekommenderas att kontrollera: Hb, blodsocker och kreatinin liksom urinstickor och eventuellt urinodling. Prostataspecifikt antigen (PSA) kan också vara av värde att undersöka ibland när det gäller män.

I vissa fall bör man utreda patienten vidare, exempelvis om man misstänker cancer, men även sådana fall måste värderas individuellt, då vissa patienter inte klarar av utredningarna eller behandlingarna det leder till. Rent generellt gäller att man bör utreda vidare vid hematuri, symtom på avflödeshinder eller uteblivet svar på initial behandling inom 2–3 månader.

Behandling

Samma behandling som man erbjuder unga kan man också erbjuda de äldre, men man måste alltid, på samma sätt som vid

Tabell I. Studier över prevalensen av urininkontinens hos kvinnor och män 65 år och äldre.

Referens	Åldersgrupp, år	Andel inkontinenta, procent	
		Män	Kvinnor
Thomas TM et al, BMJ, 1980 [6]	65-74	3	9
	75-84	6	16
	≥85	15	16
Hellström L et al, Age Ageing, 1990 [7]	85	24	43
Molander U et al, Maturitas, 1990 [8]	65-69		15
	70-74		18
	75-79		22
	80-84		25
Kok AL et al, Age Ageing, 1992 [9]	65-69		19
	70-74		17
	75-79		23
	80-84		27
	85-89		31
O'Brien J et al, BMJ, 1991 [10]	65-74	12	
	≥75	15	
Malmsten UG et al, J Urology, 1997 [11]	65-69	6	
	70-74	7	
	75-79	10	
	80-84	20	
	85-89	22	
	≥90	28	

utredningen, ta hänsyn till den äldres totala situation och tillstånd.

Ett sätt att ge behandling kan vara att helt sätta ut eller justera dosen av läkemedel som påverkar urinkontinens negativt. Obstipation eller symtomgivande urinvägsinfektion ska också behandlas. Man måste kanske också se till att patienten minskar ett alltför stort vätskeintag på kvällen.

Patientens mentala tillstånd är viktigt vid bedömning av behandlingsoptioner, då nedsatt funktion omöjliggör viss terapi.

När det gäller patienter med demens eller som har haft slaganfall har man kunnat visa att träningsprogram av typ toaletträning med regelbundna rutiner och schemalagda miktationer, vaneträning eller uppmärksamhetsträning (prompted voiding) kan vara effektivt [14]. Blåsträning, som syftar till att öka patientens kontroll av blåsmuskel och bäckenbotten, har kognitivt störda svarare att genomföra, men den kan annars vara ett effektivt behandlingsoptioner i fråga om äldre med trängningsbesvär [15]. Bäckenbottenträning som behandling vid ansträngningsinkontinens kan också vara lämplig när det gäller äldre men kräver en mentalt adekvat patient. Elektrostimulering fungerar lika bra på unga som på mentalt klara äldre [16].

Läkemedelsbehandling med oxybutynin och tolterodin, dvs läkemedel med antikolinerg effekt, är studerad även när det gäller äldre med täta trängningar och trängningsinkontinens [17, 18]. Biverkningarna är dosberoende. Först brukar man se muntorrhet medan förstoppning, hjärtklappning och synstörningar kan uppkomma vid högre doser. För cerebral påverkan i form av förvirring är risken liten med dessa nya läkemedel. Risken för urinretention får inte heller glömmas bort när det gäller äldre, framför allt männen. Dosen till äldre kan gärna vara lite lägre initialt, speciellt gäller detta oxybutynin, för att sedan ökas i det individuella fallet.

Östrogenbehandling av äldre kvinnor med trängningsinkontinens är ofullständigt studerad och få placebstudier

finns. Många kvinnor tycks dock ha mindre obehag av trängningar, varför behandlingen mycket väl kan provas.

Kirurgisk behandling av ansträngningsinkontinens hos kvinnor är en väl etablerad behandling även när det gäller äldre mentalt välbevarade, och det finns idag enklare och mer skonsamma tekniker. Dock anses resultaten vara sämre hos äldre, men studierna är här inte samstämmiga [19].

I fråga om män kan behandlingen alltså vara en prostataoperation, men som tidigare nämnts hjälper en sådan inte alla män med trängningsproblem och trängningsinkontinens, dvs orsaken kan finnas på annat håll. Behandlingen i dessa fall blir densamma som när det gäller kvinnor, dvs toaletträning, blåsträning, elektrostimulering eller behandling med läkemedel. Det är dock viktigt att utesluta residualurin hos den äldre mannen innan behandling påbörjas, speciellt om man tänker behandla med blåskontraktionsdämpande läkemedel.

Hjälpmiddel är den vanligaste behandlingen när det gäller äldre. Uppemot 80 procent av de urininkontinenta på särskilda boenden använder någon form av hjälpmiddel. Kvinnor använder sådana mer än män, men andelen män som använder hjälpmiddel ökar efter 70 års ålder. Hjälpmiddel användningen är mycket kostsam för samhället och står för en stor del av de totala kostnaderna för urininkontinens. Det finns idag ett stort utbud av allt bättre hjälpmiddel, vilket ställer krav på ökad kunskap om vad som är kostnadseffektiva hjälpmiddel.

De dominerande produkterna vad gäller hjälpmiddel är de så kallade absorberande produkterna, såsom blöja och sängskydd. Kvarliggande kateter, som tidigare förekom ofta på våra institutioner, minskade glädjande nog kraftigt i användning i slutet av 1970-talet och under 1980-talet. Det finns dock tecken på att kvarkateteranvändningen under 1990-talet ökat igen, framför allt bland äldre män.

Det är viktigt att tänka på att hjälpmiddel används i huvudsak som komplement till annan terapi och att det är i få fall, även bland de riktigt gamla och sjuka, som hjälpmiddel ska vara enda behandlingen.

Framtidsutsikter

De som blir äldre nu på 2000-talet har en annan syn på livet och åldrandet än de äldre vid 1900-talets slut, som växte upp i en annan tidsanda. De är också vana att ställa krav och vill se sina krav uppfyllda på ett helt annat sett. De äldre på 2000-talet har också tillgång till information och kunskap bland annat via Internet, vilket kommer att innebära ökande krav på sjukvården. De kommer också att ifrågasätta behandling och kräva kontrollutlåtande (second opinion) om deras krav inte stämmer överens med vad som erbjuds.

Under 2000-talet, med en allt äldre och samtidigt mer krävande befolkning, krävs en ökad satsning på forskning och utveckling av behandling i form av prospektiva randomiserade placebokontrollerade studier när det gäller de äldre med urininkontinens.

Referenser

- Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life in elderly people. *Age Ageing* 1993;22:82-9.
- Milsom I, Fall M, Ekelund P. Urininkontinens – en kostnadskrävande folksjukdom. *Läkartidningen* 1992;89:1772-4.
- Hu TW. The economic impact of urinary incontinence. *Clin Geriatr Med* 1986;2(4):637-87.
- Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998;51:355-61.
- Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. The prevalence of urinary incontinence. *BMJ* 1980;281:1243-5.
- Hellström L, Ekelund P, Milsom I, Mellström D. The prevalence of urinary incontinence and the use of incontinence aids in 85 year-old men and women. *Age Ageing* 1990;19:383-9.

7. Molander U, Milsom I, Ekelund P, Mellström D. An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas* 1990;12:51-60.
8. Kok AL, Voorhorst FJ, Burger CW, van Houten P, Kenemans P, Janssen J. Urinary and faecal incontinence in community-residing elderly women. *Age Ageing* 1992;21:211-5.
9. O'Brien J, Austin M, Parminder S, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ* 1991;303:1308-12.
10. Malmsten UG, Milsom I, Molander U, Norlén LJ. Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. *Urology* 1997;158:1733-7.
11. Vekhalahiti I, Kivelä SL. Urinary incontinence and its correlates in very old age. *Gerontology* 1985;31:391-6.
12. Thom DH, Haan MN, van den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing* 1997;26:367-74.
13. Ekelund P, Bergström H, Milsom I, Norlén L, Rignell S. Quantification of urinary incontinence in elderly women with the 48-hour pad test. *Arch Gerontol Geriatr* 1988;7:281-7.
14. Ouslander JG, Schnelle JF, Uman G, Fingold S, Nigam JG, Tuico E et al. Predictors of successful prompted voiding among incontinent nursing home residents. *JAMA* 1995;273:1366-70.
15. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265:609-13.
16. Zöllner-Nielsen M, Samuelsson SM. Maximal electrical stimulation of patients with frequency, urgency and urge incontinence. Report of 38 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:629-31.
17. Tapp AJ, Cardozo L, Versi E, Cooper D. The treatment of detrusor instability in post-menopausal women with oxybutynin chloride: a double controlled study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:521-6.
18. Appell RA. Clinical efficacy and safety of tolterodine in the treatment of overactive bladder: a pooled analysis. *Urology* 1997;50(6A Suppl):90-6.
19. Sultana CJ, Campbell JW, Pisanelli WS, Sivinski L, Rimm AA. Morbidity and mortality of incontinence surgery in elderly women: an analysis of Medicare data. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:344-8.

SUMMARY

Urinary incontinence widespread among the elderly – affects both women and men

Ulla Molander

Läkartidningen 2001; 98: 946-9

Urinary incontinence is a common condition encountered by clinicians in many different disciplines. It is a symptom with widespread human and social implications, causing discomfort, shame and loss of self-confidence. In the elderly, urinary incontinence may be an important factor in the decision to institutionalize a person. The prevalence of urinary incontinence increases with advancing age in both men and women. Reasons for this are probably multifactorial, and may be due to one or more factors in the individual patient. Many elderly persons suffering from urinary incontinence do not wish to or are incapable of undergoing elaborate workup and treatment. It is important to individualize both workup and treatment of the elderly.

Correspondence: Ulla Molander, Dept of Geriatrics, Göteborg University, SE-411 33 Göteborg, Sweden
E-mail: ulla.molander@geriatrik.gu.se

Särtryck

Läkartidningen

Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i *Läkartidningen* under 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Männen och kvinnorna bakom syndromen



Beställer härmed.....ex av boken

.....namn

.....adress

.....postnummer

.....postadress

Insändes till **Läkartidningen**
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker