



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Urininkontinens bland äldre

Relaterat till fysisk aktivitet och aktiviteter i  
dagligt liv

Författare: Abir Salame, Anneli Wallgren

Handledare: Ulf Jakobsson

Magisteruppsats

November 2012

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Urininkontinens bland äldre

## Relaterat till fysisk aktivitet och aktiviteter i dagligt liv

Författare: Abir Salame, Anneli Wallgren

Handledare: Ulf Jakobsson

Magisteruppsats

November 2012

### Abstrakt

Med det naturliga åldrandet följer ofta många hälsoproblem. Urininkontinens förekommer i alla åldrar, men problemet ökar med stigande ålder. Syftet med studien var att undersöka prevalens och svårighetsgrad av urininkontinens, relaterat till fysisk aktivitet och ADL hos äldre. Syftet var även att studera om det föreligger några eventuella könsskillnader. Resultatet visade att 266 (23 %) av 1141 besvarades av urinläckage. Prevalensen för män var 83 (7,3 %) och 179 (15,7 %) för kvinnor. Av kvinnorna besvarades 158 (88 %) av urininkontinens i någon grad i samband med fysisk aktivitet, medan 40 (50 %) av männen gjorde det. Män och kvinnor med urinläckage hade nästan lika stort behov av hjälp med aktiviteter i dagligt liv. Urininkontinens är vanligt förekommande och kan ha en påverkan på fysisk aktivitet. Det kan även innebära ett ökat behov av stöd gällande aktiviteter i dagligt liv.

### Nyckelord

Urininkontinens, äldre, fysisk aktivitet, ADL

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Problembeskrivning.....	3
Bakgrund.....	4
Äldre .....	4
Urininkontinens.....	4
Ansträngningsinkontinens .....	6
Trängningsinkontinens .....	7
Blandinkontinens .....	7
Överrinningsinkontinens.....	8
Fysisk aktivitet och ADL-begreppet.....	8
Fysisk aktivitet och ADL i förhållande till urininkontinens .....	9
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval av undersökningsgrupp.....	10
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument.....	10
Grimbys aktivitetsskala.....	11
SF-12.....	11
ADL-trappan .....	11
ICS Male.....	12
BF-LUTS .....	12
Genomförande av datainsamling .....	12
Genomförande av databearbetning.....	13
Etisk avvägning .....	13
Resultat .....	14
Bakgrundsdata .....	14
Svårighetsgrad och skillnader i symtom på urininkontinens.....	16
Skillnader mellan de som besvärades av urinläckage och de som inte besvärades av urinläckage. ....	17
Fysisk aktivitet och ADL hos kvinnor och män bland dem med urinläckage.....	18
Diskussion.....	19
Diskussion av vald metod.....	19
Diskussion av framtaget resultat .....	20
Referenser.....	25
Bilaga 1 (3).....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Bilaga 2 (3).....	31
Bilaga 3 (3).....	32

## Problembeskrivning

Med det naturliga åldrandet följer ofta många olika symtom och hälsoproblem (Lexell, Frändin & Helbostad, 2008). Ett av dessa hälsoproblem är urininkontinens, vilket också ökar med stigande ålder (Stenzelius, Westergren, Mattiasson & Hallberg, 2006). Enligt Statistiska Centralbyrån, [SBC] (2003) ökar antalet äldre och ökningen kommer att fortsätta. Detta ökande antalet äldre betyder ett ökat antal åldersrelaterade sjukdomar och symtom.

Urininkontinens är ett förhållandevis ouppmärksammat problem inom sjukvården, delvis därför att det inte ansetts vara ett avgränsbart tillstånd och i viss utsträckning också varit ett dolt problem (Hellström & Lindehall, 2006). International Continence Society, [ICS] klassar urininkontinens som förekomst av all ofrivillig urinläckage (Abrams et al., 2002).

Världshälsoorganisationen [WHO] klassar urininkontinens som en sjukdom, snarare än ett symtom. Detta görs dock inte i Sverige och därför finns inte urininkontinens med i sjukdomsstatistiken (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2000).

Urininkontinens förekommer i alla åldrar, men problemet ökar med stigande ålder. Problemet är tre gånger vanligare hos kvinnor än män (Molander, 2003). Förekomsten hos män är betydligt lägre upp till 75 års ålder, varefter en brant ökning sker upp till nivån för kvinnor (Peeker & Samuelsson, 2010).

Prevalensen av urininkontinens och dess negativa påverkan på dagligt liv är väl dokumenterad bland personer upp till 65 år, men förefaller vara mindre dokumenterad bland äldre. Detta trots att urininkontinens är vanligare bland äldre och att den äldre patienten ofta tillsammans med sin inkontinens har många andra olika hälsoproblem. Det är därför betydelsefullt att undersöka förekomsten av urininkontinens hos den äldre patienten och dess påverkan på dagligt liv, i det här fallet fysisk aktivitet och förmågan att klara dagliga aktiviteter.

# Bakgrund

## Äldre

Att åldras är ett naturligt fenomen som påverkar kroppens alla funktioner oberoende av sjukdomstillstånd eller skador. Bland annat försämras balans, rörlighet och gångförmåga. Muskelmassan minskar, vilket leder till reduktion av muskelstyrka och att kardiovaskulära funktioner förändras (Lexell, Frändin & Helbostad, 2008). Äldre brukar delas in i tre grupper: unga-äldre 65-74, medel-äldre 75-84 och äldre-äldre de över 85 år (Given & Given, 1989). Enligt Stenzelius (2005) används pensionsåldern (65 år) ofta i Sverige som en gräns för begreppet äldre. I denna studie syftar hädanefter benämningen ”äldre” till personer över 65 år.

Antalet personer 65 år och äldre ökar och kommer att fortsätta öka kommande decennier. I Europa kommer befolkningen över 65 år att öka med upp till 50 procent de närmaste 50 åren, medan äldre över 80 år kommer att fördubblas inom samma tid. I Sverige kommer detta att betyda att befolkningen över 80 år att ökar från cirka 500 000 personer år 2000 till närmre en miljon år 2050. Detta ökande antalet äldre betyder ett ökat antal åldersrelaterade sjukdomar och symtom, vilket ökar kraven på hälso- och sjukvården (SBC, 2003).

## Urininkontinens

Urininkontinens som folkhälsoproblem är ett problem som berör mer än 500 000 personer i Sverige, varav 300 000 har ständiga problem (SBU, 2000). Förekomsten av inkontinens som påvisats generellt i studier bland kvinnor varierar mellan 4,5-44,0 procent och bland män 3,7-21,6 procent (Stenzelius, et al, 2006). Av dessa uppvisar 10-19 procent så svåra besvär att det påverkar dem i dagligt liv (Gray, 2004). I en reviewartikel redovisar Buckley och Lapitan (2010) förekomsten av urininkontinens bland kvinnor med ett prevalensintervall på 25 till 45 procent och bland män allt från 1 till 39 procent. De påpekar också svårigheter med att jämföra studier eftersom de använder olika instrument för screening och frågeformulär. Kostnaderna i samband med urininkontinens uppgår till 0,5 procent av de totala kostnaden för all hälso- och sjukvård (Peeker & Samuelsson, 2010). För patienter med urininkontinens utgör primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården basen för behandlingen. Urininkontinens beror på många olika orsaker, men ofrivilligt urinläckage kan också vara ett

symtom på annan allvarlig bakomliggande sjukdom (SBU, 2000). Hunsår (2007) beskriver att läckaget är både ett symtom, ett kliniskt tecken och ett tillstånd som kan bero på anatomiska, fysiologiska och patologiska faktorer i urinvägarna (a.a.).

Urininkontinens är ofta relaterat till andra sjukdomar eller nedsättning av hälsotillstånd, så som orörlighet, förstoppning, demens och stroke. Riskfaktorer för kvinnor är graviditet, övervikt, tidigare gynekologiska operationer, defekt bindväv, kroniska luftrörssjukdomar och ett arbete med tunga lyft. Riskfaktorer för män är främst prostatasjukdom och genomgången prostatektomi (SBU, 2000). Enligt Borglin, Jakobsson, Edberg och Hallberg (2005) kan urininkontinens hos äldre ha andra orsaker än sjukdomar och dysfunktion i urinvägarna, viktiga faktorer är den tiden det tar för en äldre människa att nå fram till toalett, ta av sig kläderna som är i vägen och sätta sig på toalettstolen. Andra medverkande faktorer kan vara förmågan att använda händerna, komma ihåg och kunna se var toaletten finns. Vidare skriver hon att män och kvinnor har olika behov och att ingen av dem ska ignoreras. Det finns en risk att män negligeras på grund av att urininkontinens anses vara ett kvinnorelaterat problem. All urininkontinens oavsett om det drabbar män eller kvinnor, har en effekt på det dagliga livet (a.a.). I en studie av Stenzelius, Westergren, Mattiasson och Hallberg (2006) som jämför olika symtom på inkontinens bland äldre över 75 år, menar att förekomsten bland kvinnor och män i denna åldersgrupp nästintill är lika stor.

I tidigare studier är prevalensen av inkontinens hos patienter i särskilt boende 38-76 procent (Stenzelius et. al, 2006). Hos patienter på särskilt boende kan miljöfaktorer som klädval, avstånd till toaletter, belysning och kunskap bland personalen vara avgörande faktorer för graden av inkontinens (Peeker & Samuelsson, 2010). Socialstyrelsen (2006) fann i en översyn av insatser vid urininkontinens inom hälso- och sjukvården att behandlingen och bemötandet påverkas av personalens kompetens och inställning. Detta i sin tur kan innebära att personer med inkontinensproblem dels ges möjlighet att få gå på toalettbesök i rätt tid, dels ges möjligheten till utredning, då inkontinens är ett symtom på en sjukdom som det finns möjlighet att behandla.

Studier visar att den psykiska påfrestning urininkontinens kan medföra är känslor av sorg, besvikelse, förtvivlan och skam. Många reagerar med uppgivenhet, minskad livsglädje och livslust vilket också kan leda till försämrad självkänsla och depression (Hellström & Lindehall, 2006). Många personer med urininkontinens upplever en påverkan på sin livskvalitet på grund av sina besvär. Personerna accepterar inte sina besvär utan önskar hjälp

med detta, men att de upplever att de inte alltid får tillräckligt med hjälp, eller inte söker hjälp alls, vilket Cheater et al. (2008) beskriver i sin studie. Stenzelius (2005) menar att en del äldre kompenserar bortfall av vissa funktioner genom att minska kraven på sig själva med att inte delta i sociala aktiviteter (a. a.). Livskvaliteten inte är korrelerat till typen av inkontinens utan till graden av den. Hur problemet upplevs är individuellt och i hög grad beroende på individens upplevelse om vad som är hälsa (Hellström & Lindehall, 2006).

Enligt Stenzelius (2005) söker bara 40 procent med inkontinens hjälp för sina besvär och det behövs aktiva insatser för att stimulera till vårdsökande. I HSL 1982:763 står att landsting och kommun skall erbjuda bosatta förbrukningsartiklar vid urininkontinens, urinretention, tarminkontinens. Enligt Peecker och Samuelsson (2010) är hälften av alla förskrivna inkontinenshjälpmedel till personer som är 80 år eller äldre och att noggrant utprovade hjälpmedel minskar kostnaderna för detta väsentligt (a.a.). Distriktssköterskan har förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel och har genom fördjupande kunskaper möjlighet att tillsammans med patienten undersöka och bedöma barn, kvinnors och mäns behov av förskrivning av hjälpmedel (Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor, 2008).

Urininkontinens delas in i ansträngnings-, trängnings-, bland- och överrinningsinkontinens. Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar att urininkontinens ska klassificeras som sjukdom snarare än ett symtom (Molander, 2003). Flera nyligen gjorda epidemiologiska studier definierar också urininkontinens som ofrivilligt läckage av urin, vilken inkluderar olika typer av inkontinens, där underliggande etiologi ofta är olika. De menar också på att urininkontinens är ett vanligt hälsoproblem (Hunnskaar, Lose, Sykes, & Voss, 2004; Irwin, Milsom & Hunnskaar 2006; Markland, Goode, Redden, Borrud & Burgio 2010).

### *Ansträngningsinkontinens*

Ansträngningsinkontinens kallas ibland för stressinkontinens, och är mest förekommande hos kvinnor. Denna form av inkontinens är ovanlig hos män, de män som drabbas har ofta genomgått en prostataoperation. Mellan 3 och 20 procent led av ansträngningsinkontinens (Merkelj, 2001). Ansträngningsinkontinens beror på försvagning av bäckenbottens muskulatur relaterat till östrogenbrist, eller på svaghet i urinrörets muskulatur. Blåshalsen sjunker, vilket försämrar stödet för blåsan och urinröret. Vid ansträngning, exempelvis när man reser sig upp, lyfter tungt, gymnastiserar, hostar eller skrattar ökar trycket i bukhålan och

inne i urinblåsan. Om inte trycket samtidigt kan öka i urinröret, blir det en tryckskillnad och urinen kan pressas ut ur urinblåsan (Larsson & Rundgren, 2003; Dehlin & Rundgren, 2007). Kvinnor med stressinkontinens undviker ofta tunga lyft och slutar jogga eller träna på grund av inkontinensen (Mangera & Chapple, 2011).

### *Trängningsinkontinens*

Trängningsinkontinens, som också kallas för överaktivblåsa, innebär att urinblåsans detrusormuskel är överaktiv. Trängningsinkontinens leder till ökat behov av att tömma blåsan ofta. Trängningar kommer i form av kraftig och plötslig känsla av att behöva tömma blåsan och följs ofta av ett urinläckage. I svåra fall kan urinläckaget vara stort och ofta större än vid ansträngningsinkontinens. Nattnligt läckage är vanligt. Trängningsinkontinens kan drabba både män och kvinnor i alla åldrar (Larsson & Rundgren 2003). Bland män är trängningsinkontinens den vanligast förekommande (Madersbacher & Madersbacher, 2005). Enligt Merkelj (2001) led mellan 5 och 20 procent av trängningsinkontinens medan 40 till 70 procent av dem som sökt vård för urininkontinens led av trängningsinkontinens. Orsaken kan vara sjukdom eller skada på nerverna till urinblåsan. En annan orsak till trängningsinkontinens kan vara förändringar i eller utanför urinblåsan, till exempel urinvägsinfektion och prostataförstoring hos män (Madersbacher & Madersbacher, 2005). Sten i urinblåsan, tumör eller tidiga operationer i bäcken och urinvägarna kan också orsaka trängningsinkontinens. Detrusormuskelns överaktivitet delas in i neurologiskt orsakad överaktivitet eller idiopatiskt överaktivitet (Mangera & Chapple, 2011). Även kognitiv svikt hos äldre och urinvägsinfektion är vanliga orsaker (Peeker & Samuelsson, 2010).

### *Blandinkontinens*

Blandinkontinens är en kombination av ansträngnings- och trängningsinkontinens och drabbar oftare äldre kvinnor (Larsson & Rundgren 2003; Howard & Stegall, 2010). Blandinkontinens eller endast ansträngningsinkontinens är de vanligaste förekommande bland kvinnor (Gray, 2004).



## Överrinningsinkontinens

Överrinningsinkontinens uppstår då blåsans förmåga att kontrahera sig är försämrad och detta kan uppstå som en följd av övertänjning av blåsan i samband med diabetes eller ryggmärgsskada (Howard & Stegall, 2010). På grund av försämrad kontrahering blir det då svårt att tömma urinblåsan helt. Ansamlingen av resturin utvecklar då ett högre tryck i blåsan, vilket leder till överrinningsinkontinens med konsekvensen att läcka små skvättar (Mangera & Chapple, 2011). Enligt Merkelj (2001) led 7 till 11 procent av äldre människor av överrinningsinkontinens.

## Fysisk aktivitet och ADL-begreppet

Kunskap om effekterna av fysisk aktivitet och träning hos äldre män och kvinnor har ökat markant genom åren. För många äldre utgör fysisk aktivitet en viktig del för att kunna förebygga ohälsa, förbättra det fysiska och psykiska tillståndet och därmed behålla en god personlig självkänsla och livskvalitet (Fyss, 2008). Äldre män och kvinnor kan även högt upp i åldern förbättra konditionen och uthållighet som balans, styrka och rörlighet.

Konditionsträning för äldre bör bedrivas minst 2-3 gånger i veckan i ca 20 min beroende på träningsintensitet. När det gäller styrketräning som innefattar kroppens större muskelgrupper i både övre och nedre extremiteter, bör äldre träna 1-2 gånger i veckan (a.a.). De vanligaste träningsformer bland äldre är dagliga promenader och trädgårdsarbete, andra aktiviteter kan vara skogsutflykter, byggarbete, gymnastik, dans, cykling och simning (Grimby & Grimby, 2001). Enligt Grimby (2001) är det vetenskapligt bevisat att ett fysiskt aktivt liv minskar risken för att få diabetes, benskörhet, stroke eller hjärt-kärlsjukdomar. Det finns också en tydlig koppling mellan aktivitetsnivå och välbefinnande (a.a.). I en svensk studie av Sundquist, Qvist, Sundquist och Johansson (2004) där syftet var att undersöka i vilken utsträckning olika nivåer av fysisk aktivitet var förknippad med mortaliteten hos äldre, visade resultatet att fysisk aktivitet minskar risken för dödlighet bland äldre. Vidare skriver de att förebyggande resurser bland äldre bör ge fler möjlighet till fysisk aktivitet. När det gäller den psykiska hälsan hos äldre människor förstärker Benedetti, Borges, Petroski och Goncalves (2008) i sin studie vikten av en aktiv livsstil för att förebygga psykisk ohälsa bland äldre människor. Slutsatsen i studien var att fysisk aktivitet kunde minska och/eller fördröja risken för demens, även om det inte kunde konstateras att demens undviks genom fysisk aktivitet.

Aktiviteter i dagligt liv [ADL] är ett begrepp som handlar om aktiviteter som är gemensamma för de flesta människor och som vi måste utföra regelbundet för att kunna leva ett självständigt liv. ADL-förmåga är att självständigt klara dagliga aktiviteter. Så länge detta fungerar och man är oberoende av någon annan i sitt dagliga liv, är det en del av vardagen. En person kan ha svårigheter med att utföra sina dagliga aktiviteter, men vårdbehovet uppkommer först när man blir ofrivilligt beroende av någon annan för att klara av dem. Svårigheter att klara sina dagliga aktiviteter kan vara en sjukdom eller skada som då leder till nedsatt ADL-förmåga och ökat vårdbehov (Hulter Åsberg, 1990). I en japansk studie visade resultatet att ha låg muskelmassa, det vill säga värden mer än två standarddeviationer under medelvärdet för unga vuxna, hade ett signifikant samband med ADL- behov, avseende städning, matinköp, transport och matlagning hos äldre och att insatser för att förhindrade åldersrelaterade förluster i muskelmassa kan vara en effektiv strategi för att förebygga ADL- behov hos äldre (Yoshimi Tanomoto et al., 2012).

### *Fysisk aktivitet och ADL i förhållande till urininkontinens*

Måttlig fysisk aktivitet har många fördelar och minskar risken för övervikt, diabetes, högt blodtryck, men leder även till stärkt mag- och bäckenbottenmuskulatur. Hård fysisk aktivitet kan dock vara en riskfaktor i att drabbas av urininkontinens på grund av det ökade trycket på bäckenbottenmuskulaturen som detta medför, då främst stressinkontinens (Bo, 2004). Detta kan motverkas med hjälp av bäckenbottenträning, vilket är effektivt mot både stressinkontinens och trängningsinkontinens (Burgio et al., 2002).

I en kvalitativ studie från 1993 beskrev kvinnor i medelåldern hur urininkontinens, förutom att det ledde till en negativ självbild, även hade en påverkan på livskvaliteten genom planerade toalettbesök, överdriven blåstömning och restriktivt vätskeintag. Förekomst av inkontinens resulterade även i att kvinnorna medvetet valde ”säkra” aktiviteter (Ashworth & Hagan, 1993). Flertalet studier visar att kvinnor med måttlig till svår urininkontinens självmant begränsar sig vad gäller fysisk aktivitet Brown & Miller, (2001); Nygaard et al., 2005); Stach-Lempinen, Nygaard, Laippala, Metsanoja, & Kujansuu, 2004). Brown och Miller (2001) kom även fram till att kvinnor med urininkontinens ofta begränsar sina aktiviteter för att undvika pinsamheter och besvär av sitt läckage.

Urininkontinens är således ett stort problem, som påverkar äldre människor i sina dagliga aktiviteter i att vara mindre fysiskt aktiva. Av vad som framkommit ovan leder måttlig fysisk aktivitet, även till stärkt mag- och bäckenbottenmuskulatur, vilket i sin tur borde ha en påverkan på uppkomsten av urininkontinens. Bara fåtalet studier har undersökt sambandet mellan urininkontinens och fysisk aktivitet, speciellt bland äldre, men även mellan urininkontinens och män. Författarna känner inte till någon nyare studie som undersökt sambandet mellan urininkontinens och ADL.

## **Syfte**

Syftet är att undersöka prevalens och svårighetsgrad av urininkontinens och dess relation till fysisk aktivitet och ADL hos äldre. Syftet är även att studera om det föreligger några eventuella könsskillnader avseende ovan nämnda variabler.

## **Metod**

### **Urval av undersökningsgrupp**

Data till föreliggande studie har hämtats från, populationsstudien/forskningsprojektet ”Äldres hälsa”. Datainsamlingen till denna tvärsnittstudie gjordes våren 2011. I ursprungsstudien utgjordes urvalsramen av 2000 personer, 65 år och äldre boende i Sverige. Urvalet valdes ut genom randomiserat urval av personer som var 65 år och äldre från Statens offentliga personregister.

### **Forskningstradition och valt undersökningsinstrument**

Enkäten i populationsstudien/forskningsprojektet ”Äldres hälsa” innehöll 67 frågor om demografiska data (enskilda frågor om bl.a. kön, ålder, längd, vikt, civilstånd, boende etc.), sjukdomar, symtom, sår och sårvård, tobaksvanor, trygghet och rädsla och anhörigvård. Enkäten innehöll även olika standardiserade instrument, bland annat Grimby's aktivitetskala, SF 12, ADL-trappan och bland annat utvalda delar av BF-LUTS och ICS Male, vilka var de

som valdes ut till föreliggande studie, totalt 13 frågor (Se Bilaga 1-3). Studien utgörs av en kvantitativ forskningsmetod med deskriptivt och komparativt presenterat resultat.

### *Grimbys aktivitetsskala*

Grimby's activity scale, en 0-6 gradig skala som mäter nivån av fysisk aktivitet och kan användas till att ta reda på hur fysiskt aktiva äldre är i vardagen (Grimby, 1986, Frändin & Grimby, 1994).

### *SF-12*

SF-12 vilket är en förkortad version av SF-36 och är 12 frågor om hälsorelaterad livskvalitet inom åtta område, fysisk funktion, fysik roll, känslomässig roll, kroppslig smärta, social funktion, vitalitet, och uppfattningen om generell och psykisk hälsa. Frågorna sammanställs sedan i en mental och en fysisk komponent, med intervall från 0-100, där 100 innebär högsta tänkbara livskvalitet (Ware, Kosinski & Keller, 1996).

### *ADL-trappan*

ADL-trappan är en vidareutveckling av Katz ADL-index och mäter fysisk funktions förmåga och ger ett mått på individens förmåga att klara dagliga aktiviteter. Katz ADL består av sex variabler som beskriver aktivitet i dagligt liv och berör personlig vård [PADL]. P-ADL aktiviteterna är badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, inkontinens och födointag. Dessa brukar kompletteras med variablerna; städning, matinköp, transport och matlagning för att kunna beskriva instrumentella aktiviteter [IADL], hushållsgöromål och fritidsaktiviteter. Dessa 10 variabler bedöms från 0-10, där 0 visar på oberoende vid alla aktiviteterna och 10 på beroende vid samtliga aktiviteter (Hulter Åsberg, 1990).

## *ICS Male*

International Continence Society- male questionnaire [ICS Male] består av 22 frågor om manliga urinvägssymtom rörande urinmängd, tömning av urin och urininkontinens. Frågorna besvaras med fasta svarsalternativ, ”aldrig, sällan, ibland, ofta, mycket ofta”. Även upplevelser av hur mycket symtomet bevärrar, mäts med fasta alternativ ”aldrig, lite, ganska mycket och mycket” (Donovan et al., 1996, Jackson et al., 1996, ).

## *BF-LUTS*

Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom questionnaire [BF- LUTS], togs fram för att kunna jämföra urinvägssymtom mellan män och kvinnor. Formuläret omfattar 34 frågor om kvinnliga nedre urinvägssymtom, sexualitet och livskvalitet. Varje fråga om ett specifikt symtom som upplevts den senaste månaden följs av en fråga som beskriver graden av symtomet, också med fyra svarsalternativ (Jackson et al., 1996). De svenska versionerna av BF-LUTS och ICS Male togs fram av Stenzelius et al. (2006)

## **Genomförande av datainsamling**

På våren 2011 skickades i ursprungsstudien 2000 enkäter ut. Enkäten distribuerades per post tillsammans med frankerat svarskuvert. Även ett följebrev bifogades med information om att deltagandet var frivilligt, rättighet att avbryta när som helst utan att behöva ange anledning, information om studiens syfte och genomförande, samt kontaktuppgifter till dem som var ansvariga för studiens genomförande. Två påminnelser skickades ut, den första efter tre veckor med enbart påminnelsebrev, den andra efter ytterligare tre veckor med både påminnelsebrev och en ny kopia av enkäten. Av de 2000 utskickade enkäterna returnerades 1141 stycken i sådant skick att de kunde användas, 834 personer deltog inte. På grund av ”adress okänd” returnerades 12 (0.6 %) enkäter och 13 (0.7 %) rapporterades avlidna, detta gav en svarsfrekvens på 56 procent. Av de 859 som valde att inte delta uppgav 79 (9.2 %) anledning till detta: sjukdom/svaghet (n=7), demens (n=16) och ovilja att delta (n=56). Bortfallsanalys gjordes bland de som inte svarat, angående variabeln kön. Ingen signifikant skillnad sågs bland respondenterna (53.2 % kvinnor) och icke respondenter (55.8 % kvinnor).

## Genomförande av databearbetning

Alla inkomna enkätsvar är inmatade i SPSS-databas där respektive respondent bara kan identifieras genom ett kodnummer. Allt datamaterial förvaras inlåst på Lunds universitet. Förekomsten av urininkontinens bearbetades analytiskt bland dem som besvarades av urinläckage. Jämförelser har gjorts för att se om det föreligger några skillnader mot övriga i avseende ålder och kön. Jämförelser har även gjorts för att se om urininkontinens påverkar graden av fysisk aktivitet och om det föreligger skillnader mellan kvinnor och män. Ytterliggande jämförelser för att se om behov av hjälp i dagligt liv (med fokus på IADL) påverkas av urininkontinens och om det föreligger skillnader mellan män och kvinnor. Analysmetoden har, förutom av deskriptiv statistik, utgjorts av Mann-Whitney U-test för ordinaldata samt Chi-2 test för nominaldata. P-värden på  $\leq 0.05$  betraktas som signifikant. Analyserna är gjorda med hjälp av statistikprogrammet SPSS for Windows, version 20.0.

## Etisk avvägning

Datansamlingen genomfördes i enlighet med etiska riktlinjer för humanforskning, vilka bygger på fyra grundläggande etiska principer, *autonomiprincipen*, rätt till självbestämmande och integritet, *godhetsprincipen*, att göra gott, *principen att inte skada*, att tillfoga skada eller orsaka lidande, *rättvisepprincipen*, att bemöta lika, efter behov, efter insats oavsett etnisk tillhörighet eller social status (Helsingforsdeklarationen, 2008). Autonomiprincipen tillämpades genom att deltagarna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan orsak och konsekvens. Hänsyn till godhetsprincipen gjordes genom en risk nytta analys, där nyttan med studien är större än eventuella risker. Detta tillgodoses genom att deltagarna via ett informationsbrev informeras om studiens syfte och betydelse. Principen att inte skada tillämpas i att deltagandet i undersökningen sker på frivillig basis, data från respondenterna kommer att behandlas konfidentiellt i ”forskningsprocessen”, och alla de ingående personerna kommer att förhållas anonyma vid publicering. Respektive respondent har tilldelats ett kodnummer som är den enda identifieringen på enkäter och i databasen. En lista med uppgift om vilket kodnummer som tillhör vilken respondent (kodnyckel) förvaras inlåst i ett kassaskåp skilt från databasen. Rättvisepprincipen tillämpas genom att alla som väljer att vara med i studien kommer att ges samma utrymme och deras svar kommer att behandlas lika och att resultatet kommer andra till

nytta. Det förefaller inte finnas några större etiska hinder för studien. Möjligen kan det tänkas att personerna som fått enkäten känt sig tvingade att svara. Etiskt tillstånd för ursprungsstudien är inhämtat hos regionala etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2010/683).

## Resultat

### Bakgrundsdata

Åldersspannet hos deltagarna var 65-103 år och medelåldern 74,7 år. Av deltagarna var 525 män (46 %), 606 kvinnor (53,1 %) och 10 svarade inte på frågan om kön (0,9%). Merparten bodde i eget boende och 30 personer (2,6 %) i särskilt boende. Av de besvarade enkäterna uppgav 266 (23 %) av 1141 personer att de besvärades av urinläckage. Medelåldern hos dessa var 76,4 år. Prevalensen för män var 83 (7,3 %) och 179 (15,7 %) för kvinnor av dem som besvärades av urinläckage, 4 personer uppgav inget kön (Fråga 1). Av dem som besvärades av urinläckage var skillnaden i prevalens mellan könen signifikant. Dubbelt så många kvinnor som män besvärades av urinläckage (Chi-2 test,  $p < 0,001$ ). Prevalensen av de olika typerna av urininkontinens identifierades med att blandinkontinens utgjordes av 180 (67,9 %) personer, ansträngningsinkontinens av 53 (19,9 %) och trängningsinkontinens av 16 (6,0 %). 17 (6,3 %) gick inte att kategorisera.

Tabell 1. Skillnader i variabler relaterat till urininkontinens bland dem som uppgav att de besvärades av urinläckage och mellan män och kvinnor i den gruppen (%).

	Alla % N=266	Kvinnor % n=179	Män % n=83	P-värde *
<b>Hur ofta urinerar du under dagen?</b>				0,186 <sup>a</sup>
Ca 1 gång/timme	4,9	4,1	6,2	
Ca varannan timme	22,9	21,5	27,2	
Ca var tredje timme	47,0	50,0	46,9	
Ca Var fjärde timme eller mer sällan	21,8	24,4	19,8	
<b>Behöver du skynda dig till toaletten?</b>				0,959 <sup>a</sup>
Aldrig	5,6	6,3	5,0	
Sällan	21,8	22,9	22,5	
Ibland	36,1	35,4	38,8	
För det mesta	18,8	19,4	20,0	
Alltid	15,0	16,0	13,8	
<b>Uppstår urinläckage innan du hinner till toaletten?</b>				0,013 <sup>a</sup>
Aldrig	9,4	7,4	13,6	
Sällan	40,6	38,1	50,6	
Ibland	37,6	44,3	24,7	
För det mesta	5,6	5,1	7,4	
Alltid	4,9	5,1	3,7	
<b>Läcker du urin när du är fysisk aktiv?</b>				<0,001 <sup>a</sup>
Aldrig	23,3	11,9	50,0	
Sällan	27,1	26,1	32,5	
Ibland	28,2	35,8	12,5	
För det mest	11,3	16,5	1,2	
Alltid	7,5	9,7	3,8	
<b>När du har urinläckage, hur stora mängder?</b>				0,051 <sup>a</sup>
Inget läckage	4,9	3,5	8,9	
Droppande/fuktiga underkläder	74,4	76,9	78,5	
Drypande/våta underkläder	11,3	13,3	8,9	
Flödande, går igenom till yttre plagg	4,5	5,2	3,8	
Flödande, rinner längs benen	0,8	1,2	0,0	
<b>Byta underkläder eller använda inkontinensskydd?</b>				<0,001 <sup>b</sup>
Nej	28,9	18,5	53,8	
Ja	69,5	81,5	46,2	
<b>Påverkan på ADL-aktivitet?</b>				0,235 <sup>a</sup>
Inget alls	66,9	65,5	74,7	
Lite	21,1	25,4	13,9	
Ganska mycket	7,1	6,4	8,9	
Mycket	2,6	2,8	2,5	
<b>Hur mycket inverkar dina urinläckage på ditt liv?</b>				0,500 <sup>a</sup>
Inget alls	34,6	34,8	36,2	
Lite	47,4	46,6	51,2	
Ganska mycket	13,2	15,2	8,8	
Mycket	3,4	3,4	3,8	
<b>Har du sökt vård för dina urinläckage?</b>				0,055 <sup>b</sup>
Nej	49,6	54,7	41,8	
Ja	48,9	45,3	58,2	
<b>Om du har svarat ja, vilken vårdinstans har du sökt? **</b>	<b>n=130</b>	<b>n=81</b>	<b>n=46</b>	
Distriktssköterska	26,2	84,8	15,2	0,052 <sup>b</sup>
Distriktsläkare/ privatläkare	35,8	58,7	41,3	0,354 <sup>b</sup>
Specialist läkare	45,4	49,1	50,9	0,594 <sup>b</sup>
Annan, ange vad	20,0	65,4	34,6	0,001 <sup>b</sup>

\*P-värdet avser jämförelse mellan kvinnor och män (<sup>a</sup>Mann-Whitney U-test, <sup>b</sup>Chi -2 test). Missing 1,5- 4,1 procent.

\*\*Fler än ett svarsalternativ kunde anges.



## Svårighetsgrad och skillnader i symtom på urininkontinens

Skillnader i symtom på urininkontinens bland dem som uppgav att de besvärades av urinläckage redovisas i tabell 1, där signifikant skillnad mellan män och kvinnor sågs på frågorna rörande ”Uppstår urinläckage innan du hinner till toaletten?”, ”Läcker du urin när du är fysisk aktiv, anstränger dig, hostar eller nyser?” och ”Måste du byta underkläder eller använda någon form av urininkontinensskydd på grund av ditt läckage?”. Av kvinnorna uppgav 98 (54.5 %) att det uppstår urinläckage innan de hinner till toaletten och för män var det 30 (35.8 %). Av kvinnorna läckte 158 (88 %) av kvinnorna med urininkontinens i någon grad i samband med fysisk aktivitet, medan 40 (50 %) av männen gjorde det. Av kvinnorna var det 17 (9.7 %) som alltid gjorde det i samband med fysisk aktivitet och 3 (3.8 %) av männen. Nästan dubbelt så många kvinnor 146 (81,5 %) behövde byta underkläder eller använda någon form av inkontinensskydd på grund av sitt läckage, medan 38 (46.2 %) av männen behövde det.

Av dem som besvärades av urinläckage hade 130 (48,9 %) sökt vård för sina besvär. Männen hade sökt vård i större utsträckning än kvinnorna 48 (58,3 %) jämfört med 81 (45,3 %) av kvinnorna. Av dessa uppgav 33 (26,2 %) att de sökt vård hos distriktssköterska, 5 (15,2 %) av dessa var män. Av dem som sökt vård hos en annan vårdinstans sågs en signifikant skillnad i var kvinnor och män söker sig till med sina besvär (Tabell 1). Av de män 9 (34,6 %) som sökte annan vårdinstans, angav samtliga urolog. Av kvinnorna 17 (65,4 %) varierade det mellan uroterapeut, urolog, kvinnoklinik, barnmorska och gynekolog.

Tabell 2. Skillnader i fysisk aktivitet och ADL mellan de som besvärades av urinläckage och de som inte besvärades av urinläckage.

	Ej läckage N=828	Läckage N=266	P-värde *
<b>Ålder (År)</b>	74,1	76,4	<0,001 <sup>a</sup>
<b>Kön (%)</b>			<0,001 <sup>b</sup>
Man	51,4	31,7	
Kvinna	47,8	68,3	
<b>Fysisk aktivitet (%)</b>			0,001 <sup>a</sup>
Knappt någon alls	4,7	8,3	
Mestadels sittande	7,1	10,2	
Lättar fysisk ansträngning 2-4 tim/vecka	44,8	45,5	
Mer ansträngande motion 1-2 tim/vecka	32,6	24,1	
Mer ansträngande motion 3 tim/vecka	5,2	3,4	
Hård träning regelbundet och flera ggr/vecka	2,4	1,9	
<b>ADL 0-10 poäng (m)</b>	0,42	1,13	<0,001 <sup>b</sup>
<b>PADL 0-6 poäng (m)</b>	0,01	0,05	
Badning	0,03	0,10	<0,001 <sup>b</sup>
På- och avklädning	0,02	0,07	<0,001 <sup>b</sup>
Toalettbesök	0,01	0,03	0,004 <sup>b</sup>
Förflyttning	0,01	0,03	0,045 <sup>b</sup>
Kontinens	0,00	0,02	<0,001 <sup>b</sup>
Födointag	0,00	0,01	0,013 <sup>b</sup>
<b>IADL 0-4 poäng (m)</b>	0,09	0,20	
Städning	0,12	0,24	<0,001 <sup>b</sup>
Matinköp	0,07	0,18	<0,001 <sup>b</sup>
Transport	0,09	0,24	<0,001 <sup>b</sup>
Matlagning	0,08	0,14	0,007 <sup>b</sup>

\*P-värdet avser jämförelse mellan de som besvärades av urinläckage eller ej (<sup>a</sup>Mann-Whitney U-test, <sup>b</sup>Chi -2 test). Missing 1,2- 19,7 procent.

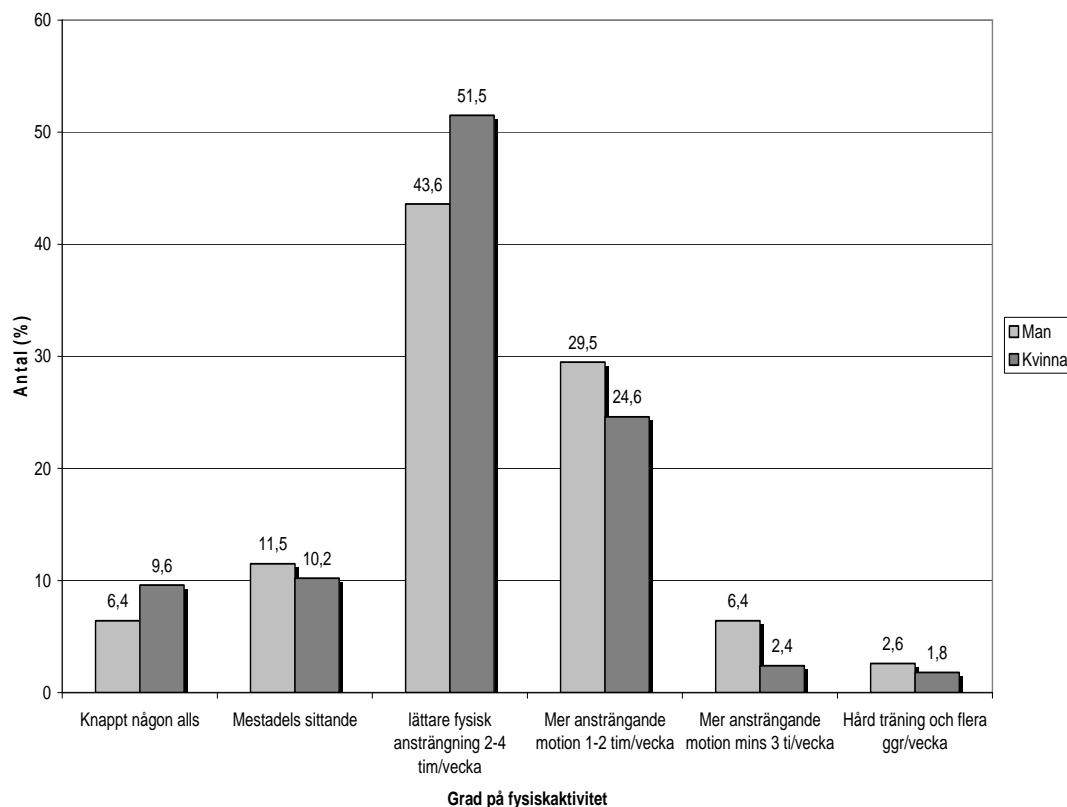
## Skillnader mellan de som besvärades av urinläckage och de som inte besvärades av urinläckage

Signifikant fler kvinnor än män besvärades av urinläckage (Tabell 2). På frågan angående fysisk aktivitet det senaste halvåret sågs en signifikant skillnad mellan de som besvärades av urinläckage och de som inte besvärades av urinläckage. De som inte besvärades av urinläckage utövade mer ansträngande motion än de som besvärades av urinläckage. Lättare fysisk ansträngning utövades ganska jämt mellan grupperna, medan mer ansträngande motion utövades i högre grad 285 (32,6 %) bland de utan läckage jämfört med de med läckage 64 (24,1 %) (Tabell 2).

Vid en jämförelse av ADL sågs en signifikant skillnad mellan de som har urinläckage och de som inte har urinläckage, där de med urinläckage har större behov av hjälp med aktiviteter i dagligt liv (Tabell 2). Medelvärdet på ADL var 1,13 för de som besväras av urinläckage jämfört med 0,42 för den andra gruppen. För både PADL och IADL var det en signifikant skillnad i behov av hjälp mellan grupperna. För PADL var det främst vid variablerna badning och på- och avklädning som hjälpbehovet var störst. När det gäller IADL förelåg ökat hjälpbehov på samtliga variabler som städning, matinköp transport och matlagning (Tabell 2).

### Fysisk aktivitet och ADL hos kvinnor och män bland dem med urinläckage

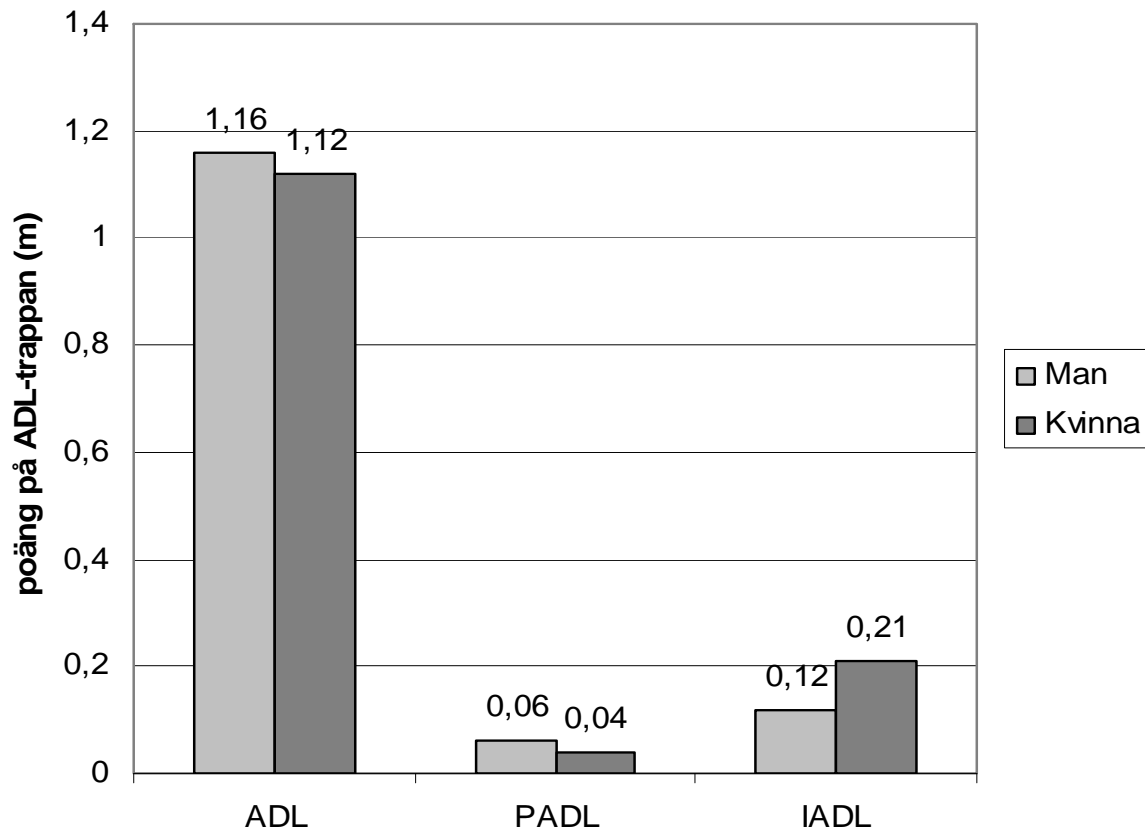
Hälften av kvinnorna med urinläckage hade någon form av lättare fysisk ansträngning ( promenader, trädgårdsarbete och hushållsarbete), medan männen tränade hårdare och oftare än kvinnor (Figur 1). Ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män kunde dock ses på graden av fysisk aktivitet det senaste halvåret (Figur 1).



\*P-värdet avser jämförelse mellan kvinnor och män (Mann-Whitney U-test).

Figur 1. Grad av fysisk aktivitet bland kvinnor och män det senaste halvåret (%). P-värde=0,156

Kvinnor och män med urinläckage hade nästan lika stort behov av hjälp med aktiviteter i dagligt liv och ingen signifikant skillnad sågs i deras förmåga att klara dagliga aktiviteter (Figur 2). Inte heller på personliga aktiviteter och instrumentella aktiviteter var för sig sågs någon större skillnad mellan könen.



\*p-värdet avser jämförelse mellan kvinnor och män (Mann-Whitney U-test).

Figur 2. Behov av hjälp i dagligt liv bland kvinnor och män. P-värde = 0,054

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

En styrka med ursprungsstudien, är att urvalet valdes ut genom randomiserat urval från Statens offentliga personregister. Likaså en svarsfrekvens på 57 procent som ändå innefattar totalt 1141 respondenter. Den bortfallsanalys av könsfördelningen som gjordes i den

ursprungliga studien visade på ingen signifikant skillnad angående kön mellan svarande och icke svarande. Således kan studiens resultat anses ha en god extern validitet/generaliserbarhet.

Denna studie baseras på tidigare insamlat material till större studier och denna analys utgjordes av 13 frågor från den ursprungliga enkäten (Bilaga 1-3). Denna bestod av mestadels standardiserade och validerade instrument, vilket också är en styrka. Instrumenten är dessutom psykometriskt testade bland just äldre, vilket ytterligare stärker den interna validiteten. Ett internt bortfall på mellan en och en halv till fyra procent sågs bland frågorna, vilket ändå är ganska lågt. Bara frågan om ADL hade ett högt internt bortfall på 19 procent i att inte ha fyllt i samtliga delar av ADL trappan. Anledningen till det interna bortfallet är inte fastställt. En möjlig anledning kan vara att den ursprungliga enkäten bestod av 67 frågor, många med delfrågor och flera svarsalternativ. Den var således mycket omfattande, vilket kan ha lett till att respondenterna inte besvarade alla frågorna. Fördelen med enkäter är att det går att inkludera fler respondenter jämfört med till exempel intervjustudier. Ingen pilotstudie genomfördes innan den ursprungliga studien, vilket ibland kan vara önskvärt för att undersöka hur enkätens utformning fungerar. En svaghet med att göra enkätundersökningar per post är att de tenderar att ha en lägre svarsfrekvens, och att det inte går att övervaka att de fylls i korrekt. Det ställer också krav på respondentens skriv- och läskunskaper i använt språk på enkäten (Ejlertsson, 2005). En potentiell styrka är att frågor om ett känsligt ämne, som urininkontinens, är att det kan vara lättare att besvara anonymt i en enkät utan övervakning. Tvärsnittstudier som denna kan dock bara se samband, inte orsakssamband/kausala samband.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Urininkontinens är ett vanligt förekommande hälsoproblem bland äldre och det är vanligare bland kvinnor. Prevalensen i denna studie är 15,7 procent bland kvinnor och 7,3 procent bland män, vilket stämmer överens med resultat från tidigare studier, som visat ett prevalensintervall på 4,5- 44,0 procent för kvinnor och 3,7 – 21,6 procent för män (Stenzelius, et al., 2006). Resultatet i denna studie visade att den totala prevalensen av urininkontinens var 23 procent, resultatet ligger inom det intervall, mellan 15 och 30 procent som Merkelj (2001) anger i sin studie. I en studie av Gray (2004) påvisades generellt i studier bland kvinnor att prevalensen varierar mellan 51 till 72 procent. Enligt Stenzelius et al. (2006) och Merkelj (2001) nästan fördubblades (40- 80%) antalet äldre patienter med urininkontinens på särskilt

boende. Kanske hade prevalensen varit högre om fler personer i urvalet bött på särskilt boende, vilka bara utgjordes av 2,6 procent i denna studie. Med ökande ålder ökar risken för urininkontinens, patienter 75 år och äldre har mer risk för urininkontinens än patienter 65-74 år (Hawkins et al., 2011). Äldre har svårare att hålla urinen tills de når toaletten på grund av vissa förändringar i kroppen så som minskad muskelmassa, försämrad balans, rörlighet och gångförmåga. Dessa förändringar leder till att patienter 75-84 år och de som är 85 år och äldre har högre förekomst av urininkontinens än de som är 65-74 år. Skillnader mellan kvinnor och mäns fysiologi och anatomi är av betydelse i att det är dubbelt så många kvinnor som är drabbade av urininkontinens. Kvinnor kan ha gått genom flera förlossningar som gör att bäckenmuskulaturen blir slapp, kvinnor har kortare urinrör än män och urinen har då lättare för att rinna ut vid fysisk ansträngning. Det kan förklara att ansträngningsinkontinens är mer förekommande bland kvinnor. Män kan drabbas av prostataförstoring när de blir äldre, därför är förekomsten av trängningsinkontinens mest förekommande. Det är av stor vikt att primärvården har kunskaper om prevalensen av urininkontinens i samhället, för att så tidigt som möjligt kunna sätta in de resurser som behövs för att minska eller behandla inkontinens hos patienter, kvinnor som män. Om ett förebyggande arbete sätts in tidigt kan det gynna de äldre och minska kostnaderna för vården av urininkontinens.

Av dem som besväras av urinläckage söker bara omkring hälften vård för sina besvär. I denna studie sökte sig 20 procent till distriktssköterska, av dessa var mer än 80 procent kvinnor. Män söker vård i större utsträckning än kvinnor, men få män söker sig till distriktssköterska för hjälp med sina besvär. Av dem som uppgav var de sökte hjälp, angavs urologen av samtliga män (Tabell 1). I en studie av Stenzelius (2005) var det 40 procent som sökte vård för sin inkontinens, lika många kvinnor som män. Enligt SBU (2000) är det bara 20-50 procent av alla personer med urininkontinens som söker professionell hjälp, trots negativ påverkan på dagligt liv. Roe, Doll och Wilson (1999), har i en kvantitativ studie utförd i Storbritannien undersökt 6139 personer med inkontinens om hur de söker vård och använder sig av den hjälp primärvården erbjuder. De fann också i sin studie att urininkontinens är vanligare bland kvinnor, men att männen upplever större besvär av sin inkontinens och därmed söker vård i större utsträckning än kvinnor. Två tredje delar av deltagarna som sökte vård gjorde det på grund av ihållande eller förvärrade symtom, övriga nämnde sina besvär med inkontinens i samband med ett annat vårdtillfälle. Få vände sig till distriktssköterska. Studien fann också att 66 procent av deltagarna kände sig för generade för att söka vård för sin inkontinens (a.a.). O'Donnell et al. (2004) fann att äldre kvinnor över 65 år med ett aktivt

liv och som skattade högt på frågor om livskvalitet tenderade att söka vård för sin urininkontinens mer frekvent än yngre kvinnor. Däremot visade studien att kvinnor i åldersgruppen över 65 år utan socialt umgänge eller aktivt levnadssätt tenderade att söka vård i mindre utsträckning, då de ansåg att inkontinens var en del av det naturliga åldrandet (a.a.). Kanske är det så att kvinnor i större utsträckning accepterar sina besvär och därmed inte söker vård i samma utsträckning som män. Eller är det så att kvinnor söker mindre vård för att de skäms eller förväntas ha denna typ av besvär efter förlossningar och dylikt. Underlag saknas för att utifrån denna studie dra slutsatser om orsaken till dessa könsskillnader gällande vårdsökande, men oavsett orsak kan det vara värdefullt för primärvården och distriktssköterskan att ha kunskaper om dessa skillnader i mötet med patienter med urinläckage. Kanske kan raka frågor som *"har du problem med urinläckage?"* i samband med hälsokontroller leda till att fler söker hjälp eller blir remitterade till rätt instans. Kanske kan primärvården genom information och genom att lyfta problemet förändra föreställningen om att urininkontinens är ett symtom som kommer med åldrande och som det finns lite behandling mot.

På huruvida urininkontinens påverkar graden av fysisk aktivitet sågs en signifikant skillnad ( $P = 0,001$ ) mellan de som besvärades av urinläckage och de som inte besvärades av urinläckage. De som besvärades av urinläckage verkade vara mindre fysisk aktiva vad gäller mer ansträngande motion. Resultatet från Lee och Hirayama (2012) visade att graden av att motion genom att promenera var mindre bland dem med urininkontinens. Det framgick även ett omvänt samband, i att promenader kunde ha en positiv påverkan vad gäller förebyggande och lindrande av urininkontinenssymtom i och med att bäckenbottenmuskulaturen då stärks (a.a.). Peterson (2008) skriver i sin litteraturstudie att urininkontinens begränsar kvinnorna i sin fysiska aktivitet på grund av känslor av skam över sitt läckage. För kvinnor kan träning av bäckenmuskulatur och annan fysisk aktivitet vara en faktor för att behandla och reducera urininkontinens. En konsekvens av bristen på fysisk aktivitet, blir då att effekten med att minimera urinläckage uteblir. Studier har även visat att viktminskning, regelbunden träning och att sluta röka minskar risken för urininkontinens (a.a.).

Resultatet gällande hur urininkontinens påverkar ADL, visade även en signifikant skillnad ( $P < 0,001$ ) i ökat hjälpbehov med ADL i gruppen som besvärades av urinläckage, vilket också Roe, Doll, Wilson (1999) fann i sin studie. Detta tyder på att personer med urininkontinens kan ha nedsatt rörlighet och därmed ökat behov av hjälp med aktiviteter i dagligt liv.

Att ha kännedom om att graden av fysisk aktivitet kan påverkas av urininkontinens är av värde för distriktssköterskan, speciellt vetskapen om att muskelstärkande träning kan ha en lindrande effekt på inkontinens och att motion i sig är värdefullt för denna patientgrupp.

### *Konklusion*

Urininkontinens är vanligt förekommande och kan ha en påverkan på fysisk aktivitet. Det kan även innebära ett ökat behov av stöd gällande aktiviteter i dagligt liv. Det föreligger en signifikant skillnad mellan de som besväras av urinläckage och de som inte besväras av urinläckage vad gäller graden av fysisk aktivitet och ökat behov av hjälp med dagliga aktiviteter. Gällande skillnader mellan kvinnor och män sågs signifikanta skillnader i symtom i form av att kvinnor uppgav mer urinläckage innan de hinner till toaletten, kvinnorna läcker mer i samband med fysisk aktivitet och de använder mer inkontinensskydd. Inga signifikanta skillnader sågs mellan kvinnor och män som besvärades av urinläckage vad gäller fysisk aktivitet och ADL.

Resultaten från föreliggande studie är generaliserbara på äldre, då urvalet är randomiserat i hela Sverige. Det föreligger skillnader mellan grupperna med urininkontinens och de utan, men även mellan könen inom en del områden, men inte inom alla. En begränsning med studien är att de sköraste äldre inte är så mycket representerade i urvalet. De med störst behov och med högre förekomst av urininkontinens är minst representerade. En annan begränsning är att då respondenterna var äldre är det möjligt de hade andra sjukdomar som påverkade deras fysiska aktivitet och därför behövde inte urininkontinensen vara orsaken till minskad fysisk aktivitet. Resultatet är ändå användbart för en ökad förståelse för de som besväras av urininkontinens och att dessa kan ha ett ökat behov av hjälp. Primärvården har en viktig uppgift i att säkerställa att vården av dessa personer håller god kvalitet, bygger på respekt och att deras självbestämmande och autonomi respekteras. Inte minst i att säkerställa att personer med inkontinens vet vilken vård som finns tillgänglig. En vård som knappt majoriteten av de med inkontinens söker sig till. Omsorgen i mötet med dessa patienter kan individanpassas, så att ingen förbises, då symtomen och behoven hos kvinnor och män är olika. Förslag på fortsatt forskning skulle kunna vara att vidare studera de olika typerna av inkontinens för att se skillnader mellan dessa. Annan intressant forskning skulle kunna innebära att studera sambandet med fysisk aktivitet och se om det finns något omvänt samband i att fysisk



aktivitet kan förbättra symtomen på urininkontinens hos äldre. Eller studera varför så få söker sig till distriktssköterska när de besväras av urininkontinens. Finns det skillnader mellan vårdcentraler med och utan distriktssköterskeledd inkontinensmottagning?

## Referenser

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Roiser, P., Malmsten, U. & Van Kerrebroeck, P. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international Continence Society. *Neurology Urodynamics*, 21. 167-78.
- Ashworth, P.D. & Hagan, M.T. (1993). The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. *Journal of Advanced Nursing* 18. 1415-1323.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L. & Gonçalves, L. H. T. (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Revista de saúde pública*, 42(2). 302-307.
- Bo, K. (2004). Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sport Medicine*, 34. 451-64.
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A.K. & Hallberg, I.R. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing studies*, 42. 147-158.
- Brown, W. & Miller, Y. (2001). Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 4(4). 373-378.
- Buckley, B.S. & Lapitan, M.C. (2010). Prevalence of urinary incontinence in men, women and children- current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*, 76. 265-270.
- Burgio, K.L., Goodes, P.S., Locher, J.L., et al. (2002). Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 228. 2293-2299.
- Cheater, F.M., Baker, R., Gillies, C., Wailoo, A., Spiers, N., Reddish, S. & Cawood, C. (2008). The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: A cross-sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3). 339-351. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.09.006.
- Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007) *Geriatrisk*. Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeförningen i Sverige. (2008). Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Stockholm: Danagårds.
- Donovan, J.L., Abrams, P., Peters, T.J., Kay, H.E., Reynard, J., Chapple, C., De La Rosette, J.J. & Kondo, A. (1996). The ICS-BPH Study: the psychometric validity and reliability of the ICS male questionnaire. *British Journal of Urology*, 77. 554-562.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten I praktiken- En handbok I enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

- Frändin, K. & Grimby, G. (1994). Assessment of physical activity, fitness and performance in 76-year-olds. *Scand J Med Sci Sports*, 4. 41-46.
- Given, B. & Given, WC. (1989). Cancer nursing for the elderly: A target for research. *Cancer Nursing*, 12. 71-77.
- Gray, M. (2004). Stress urinary incontinence in women. *Clinical Practice*, 16(5). 188-197.
- Grimby, G. (1986). Physical activity and muscle training in the elderly. *Acta medica Scandinavica. Supplementum*, 711. 233-237.
- Grimby, G. & Grimby, A. (Red.). (2001). *Åldrandets vilkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawkins, K., Pernarelli, J., Ozminkowski, R. J., Bai, M., Gaston, S. J., Hommer, C., Migliori, R. J. & Yeh, C. S. (2011). The prevalence of urinary incontinence and its burden on the quality of life among older adults with medicare supplement insurance. *Quality of Life Research*, 20. 723-732.
- Hellström, A.L. & Lindehall, B. (Red.). (2006). *Uroterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Helsingforsdeklarationen. WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects. The World Medical Association [WMA] (2008). Hämtad den 6 januari, 2012 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- Howard, F. & Stegall, M. (2010). Urinary incontinence in women: quality of life and helpseeking. *British journal of nursing*, 12. 742-49.
- Hulter Åsberg, K. (1990). *ADL-trappan*. Lund: Studentlitteratur.
- Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D. & Voss, S. (2004). The Prevalence of urinary incontinence in woman in four European countries. *British Journal of Urology International*, 93. 324-330.
- Hunskår, S., Baerheim, A. & Laerum, E. (2007). Njurar och urinvägar. S. Hunskår (Red.), *Allmän medicin*. ( s.568-604). Lund: Studentlitteratur.
- Irwin, D.E., Milsom, I. & Hunskar, S. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *European Urology*, 50. 1306-1315.
- Jackson, S., Donovan, J., Brookes, S., Eckford, S., Swithinbank, L. & Abrams, P. (1996). The Bristol Female Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *British Journal of Urology*, 77. 805-812.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lee, A. H. & Hirayama, F. (2012). Physical activity and urinary incontinence in older adults: a community-based study. *Current Aging Science*, 5(1). 35-40.
- Lexell, J., Frändin, K. & Helbostad, J.L. (2008). *kap 14. Äldre*. I Ståhle A, (Red).

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. *FYSS 2008- Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Madersbacher, H. & Madersbacher, S. (2005). Men's bladder health: Urinary incontinence in elderly (part 1). *Journal of men's health and gender*, 2(1). 31-37.

Markland, A.D., Goode, P.S., redden, D.T., Borrud, L.G. & Burgio, K.L. (2010). Prevalence of urinary incontinence in men: results from the national health and nutrition examination survey. *Journal of Urology*, 184. 1022-1027.

Mangera, A. & Chapple, C.R. (2011). Urinary incontinence in adults. *Surgery*, 29(6), 254-259.

Merkelj, I. (2001). Urinary incontinence in the elderly. *Southern Medical Journal*, 94(10). 952-957.

Molander, U. (2003). Urininkontinens. IB. Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Evidensbaserad äldreomsorg- en inventering av det vetenskapliga underlaget* (s.191-201). Göteborg: Elanders Graphic Systems.

Nygaard, I., Girts, T., Fultz, N.H., Kinchen, K., Pohl, G. & Sternfeld, B. (2005). Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Obstetrics and Gynecology*, 106(2). 307-314.

O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. & Hunskaar, S. (2004). Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *European Urology*, 47(2005). 385-392.

Peeker, R., & Samuelsson, E. (2010). Urininkontinens. Ramström, H. (Red.), *Läkemedelsboken*. (s.423-436). Uppsala: Läkemedelsverket.

Peterson, J. A., (2008). Minimize urinary incontinence: Maximize physical activity in women. *Urologic Nursing*, 28(5). 351-356.

Roe, B., Doll, H. & Wilson, K. (1999). Help seeking behavior and health and social services utilization by people suffering from urinary incontinence. *International Journal of Nursing Studies*, 36. 245-253.

SCB (2003). *Sveriges framtida befolkning: Befolkningsframskrivning för åren 2003-2050*. Statistiska centralbyrån, Stockholm.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Fakta Info Direkt.

Socialstyrelsen 2006. Inkontinensvård: Tillsyn av insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. Från ><http://www.socialstyrelsen.se/publikationer>< 2006/2006-109\_30.

Stach-Lempinen, B., Nygard, C., Laippala, P., Metsanoja, R. & Kujansuu, E. (2004). Is physical activity influenced by urinary incontinence? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(5). 475-480.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2000). *Behandling av urininkontinens* (SBU-rapport, nr 143). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Stenzelius, K. (2005). *Urinary and faecal incontinence among older women and men: in relation to other health complaints, quality of life and dependency*. Doktorsavhandling, Medicinska fakultiteten, Lunds Universitet. Lund: Svergie.

Stenzelius K., Westergren A., Mattiasson A. & Hallberg IR. (2006). Older women and men with urinary symptoms. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43(2). 249-265.

Sundquist, K., Qvist, J., Sundquist, J. & Johansson, S.E. (2004). Frequent and occasional physical activity in the elderly. A 12-year follow-up study of mortality. *American journal of preventive medicine*, 27(1). 22-27.

Tanimoto, Y., Watanabe, M., Sun, W., Hirota, C., Sugiura, Y., Kono, R., Saito, M. & Kono, K. (2012). Association between muscle mass and disability in performing instrumental activities of daily living (IADL) in community-dwelling elderly in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51. 230-233.

Ware, J. E., Jr., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34. 220-233.

## **Frågor om kontinens**

1) Besväras Du av urinläckage?

- Nej, → *Gå vidare till fråga 49 (sid. 17)*
- Ja, hur länge då Du haft dessa besvär:.....

2) Hur ofta urinerar/ kissar Du under dagen?

- Ca 1 gång/ timme
- Ca var annan timme
- Ca var tredje timme
- Ca var fjärde timme eller mer sällan

3) Behöver Du skynda Dig till toaletten för att kissa/ urinera?

- Aldrig
- Sällan (mindre än en tredjedel av tiden)
- Ibland (mellan en och två tredjedelar av tiden)
- För det mesta(mer än två tredjedelar av tiden)
- Alltid

4) Uppstår urinläckage innan Du hinner till toaletten?

- Aldrig
- Sällan (mindre än en tredjedel av tiden)
- Ibland (mellan en och två tredjedelar av tiden)
- För det mesta(mer än två tredjedelar av tiden)
- Alltid

5) Läcker Du urin när Du är fysisk aktiv, när Du anstränger dig, hostar eller nyser?

- Aldrig
- Sällan (mindre än en tredjedel av tiden)
- Ibland (mellan en och två tredjedelar av tiden)
- För det mesta(mer än två tredjedelar av tiden)
- Alltid

6) När Du har Ditt urinläckage hur stora mängder är det då frågan om?

- Inget läckage
- Droppande/fuktiga underkläder
- Drypande/våta underkläder
- Flödande, går igenom till yttre klädesplagg
- Flödande, rinner längs benen eller ut på golvet

7) Måste Du byta underkläder eller använda någon form inkontinensskydd på grund av Ditt läckage?

- Nej
- Ja

8) Till vilken utsträckning har Dina urinläckage påverkat Din förmåga att utföra dagliga sysslor (t.ex. städa, fritidssysslor, lyfta föremål)?

- Inget alls
- Lite
- Ganska mycket
- Mycket

9) Sammantaget, hur mycket inverkar Dina urinläckage på Ditt liv?

- Inget alls
- Lite
- Ganska mycket
- Mycket

10) Har Du sökt vård för Dina Urinläckage?

- Nej
- Ja

11) Om Du har svarat Ja, vilken vårdinstans har Du sökt?  
(Du kan ange flera olika alternativ)

- Distriktssköterska
- Distriktsläkare/privatläkare
- Specialist läkare
- Annan, ange vad.....

## **Fråga om Dina aktiviteter**

12) Hur fysiskt aktiv uppskattar Du att Du varit det senaste halvåret?

*Kryssa för det svarsalternativ som passar bäst in på Dig.*

**Knappt något alls**

**Mestadels sittande**, ibland någon promenad, lättare trädgårdsarbete eller liknande, ibland lätt hushållsarbete såsom uppvärmning av mat, damning och undan plockning. Har dock inte huvudansvaret för detta.

**Lättare fysisk ansträngning omkring 2-4 timmar/vecka**, t.ex. promenader, fiske, dans, ordinärt trädgårdsarbete etc. Även promenader till och från affären flera gånger/vecka. Har huvudansvaret för lätt hushållsarbetet, såsom matlagning, damning, undan plockning och bäddning och/eller hjälper till med veckostädning.

**Mer ansträngande motion 1-2 gånger/ vecka t.ex.**, motionslöpning, simning, motionsgymnastik, tyngre trädgårdsarbete, byggarbete **alternativt lättare fysisk aktivitet mer än 4 timmar/ vecka**. Sköter hushållsarbetet själv, lättare såväl som tyngre. Veckostädar med dammsugning, golvtorkning och fönsterputsning.

**Mer ansträngande motion minst 3 timmar/vecka**, t.ex. tennis, simning, motionslöpning

**Hård träning regelbundet och flera gånger i veckan**, där den fysiska ansträngningen är stor, t.ex. löpning, skidåkning



## Fråga om behov av hjälp i dagligt liv

13) Behöver Du hjälp med någon av nedanstående vardagsaktiviteter?

Kryssa i det alternativ som bäst överensstämmer med Din situation i dagsläget.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| a) <b>Städning</b> (rengör bostaden, dammsuger och torkar golv<br>Noggrannheten bedöms ej.)                          | <input type="checkbox"/> Städar enligt exempel vid behov   | <input type="checkbox"/> Städar inte alls eller får hjälp med något i enligt exemplet                  |
| b) <b>Matinköp</b> (ta sig till affären, klarar trappor eller andra hinder, plockar varor, betalar, bär hem.)        | <input type="checkbox"/> Handlar enligt exempel vid behov  | <input type="checkbox"/> Handlar inte mat eller får hjälp med något i exemplet                         |
| c) <b>Transport</b> (ta sig till hållplats, stiger på och färdas med ex vis buss, spårvagn eller lokaltåg.)          | <input type="checkbox"/> Använder allmänna kommunikationsmedel vid behov                                   | <input type="checkbox"/> Tar sig inte till hållplats eller måste ha hjälp i någon del av aktiviteten   |
| c) <b>Matlagning</b> (ta sig till köket, tillreder middag, sköter spisen)  | <input type="checkbox"/> Lagar mat enligt exempel vid behov  | <input type="checkbox"/> Lagar inte mat eller får hjälp med något i exemplet                           |
| d) <b>Badning</b> (ta sig till tvätt plats, tvätta hela kroppen, i dusch, eller med tvättlapp vid handfat)           | <input type="checkbox"/> Bad och tvätt enligt exempel vid behov  | <input type="checkbox"/> Får hjälp med något i exemplet  |
| e) <b>På- och avklädning</b> (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)                    | <input type="checkbox"/> Behöver ingen hjälp eller övervakning   | <input type="checkbox"/> Får hjälp med något i exemplet  |
| f) <b>Toalettbesök</b> (ta sig till toaletten, komma på och av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna kläderna) | <input type="checkbox"/> Behöver ingen hjälp eller övervakning   | <input type="checkbox"/> Får hjälp med något i exemplet  |
| g) <b>Förflyttning</b> (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)            | <input type="checkbox"/> Behöver ingen hjälp eller övervakning   | <input type="checkbox"/> Behöver hjälp med att förflytta sig   |
| h) <b>Kontinens</b> (tömning av blåsa och tarm. Hygien, toalettbesök och förstoppning räknas ej).                    | <input type="checkbox"/> Kontinent, sköter själv tömning av blåsa och tarm.                                | <input type="checkbox"/> Får hjälp med något i exemplet  |
| i) <b>Födointag</b> (få mat från tallrik eller dylikt in i munnen. Hygien och bordsskick bedöms ej)                  | <input type="checkbox"/> Får själv in maten i munnen. Får ev. hjälp med att skära och öppna förpackningar. | <input type="checkbox"/> Får hjälp med att få maten in i munnen eller sondmatas eller har näringsdropp |