

Sjukgymnastens arbete med urininkontinens hos vuxna

Inger Hahn

Drygt en halv miljon av Sveriges befolkning lider av urininkontinens. Den typ av inkontinens som drabbar kvinnor under fysisk ansträngning som under motionsutövande, lyft, hosta, nysning eller skratt kallas ansträngningsinkontinens. Goda resultat har uppnåtts med bäckenbottenträning på dessa patienter. Direkt efter behandlingen anser sig 71% av kvinnorna vara förbättrade eller botade medan 29% är oförändrade. Långtidsuppföljning visar att 86% av kvinnorna har en permanent förbättringseffekt. Även patienter med stora läckage visar god förbättringsförmåga. Ålder, kroppsvikt, antalet barn, föregående inkontinensoperation eller varaktighet av symptomet har inte någon betydelse för träningsresultatet. Bäckenbottenträning är en lämplig primär form av behandling för kvinnlig ansträngningsinkontinens. Den är billig, effektiv och har inga kända risker.

Artikelförfattaren, leg sjukgymnast och dr med vet Inger Hahn, vikarierar på en utvecklings- och forskningstjänst vid Sjukgymnastikdivisionen, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

Urininkontinens kan i stora drag uppdelas i ansträngningsinkontinens, trängningsinkontinens och blandinkontinens. Ansträngningsinkontinens uppträder vid fysisk ansträngning t ex motionsutövande, lyft, hosta, nysning eller skratt. Läckaget beror på att ett ökat buktryck påverkar urinröret så att det inte förmår hålla sitt slutningstryck.

Trängningsinkontinens är ett ofrivilligt läckage i samband med en stark önskan att tömma blåsan. Blandinkontinens är en kombination av de båda ovan nämnda.

Hitintills har det sjukgymnastiska arbetet i stort sett koncentrerats till patienter med ansträngningsinkontinens. Denna typ av inkontinens drabbar mest kvinnan som redan från födseln utrustats med ett kort urinrör och svag bäckenbotten. När hon senare i livet genomgår graviditet och förlossning blir detta en mycket stor belastning på berörda organ. Minskad östrogenproduktion postmenopausalt påverkar också urinorganen i negativ riktning. Ansträngningsinkontinens

hos kvinnan dominerar enligt en svensk undersökning (1) i åldrarna 40-49 år, där prevalenssiffran är mellan 15-20%. En tredjedel av nyförlösta förstagsängsföder-skor lider av symptomet och andelen ansträngningsinkontinenta bland intensivt motionerade kvinnor ligger på 26% (2).

Trängningsinkontinens kan möjligen också påverkas genom träning. Man kan med en stark, utdragen kontraktion i bäckenbotten hämma en blåskontraktion och få en trängning att gå tillbaka. Denna form av träning är ännu ej vetenskapligt belagt.

Ansträngningsinkontinens hos män förekommer endast i ringa omfattning och är oftast en följd av prostata-sjukdomar.

Sämre livskvalitet

Urininkontinens förorsakar ofta inskränkningar i det sociala livet och har en negativ effekt på livskvaliteten. Som exempel upplever 42% av inkontinenta kvinnor problem vid motionsutövande (1). Många slutar eller byter motionsform till någon mindre provocerande aktivitet. Många patienter klagar över att de inte kan delta i dans och lekar i samband med jul- och midsommarfirande eller andra festligheter. Att delta i lekar med barn eller barnbarn kan också ha sina svårigheter

Behandlande bäckenbottenträning

En orsak till ansträngningsinkontinens hos kvinnan kan vara dåligt fungerande bäckenbottenmuskulatur. En tränad och väl fungerande bäckenbotten hjälper till att ge urinröret det stöd som fordras för att man skall vara kontinent. En arbetar ca 150 sjukgymnaster runt om i landet med att lära inkontinenta kvinnor bäckenbottenträning. Detta ringa antal sjukgymnaster räcker ingalunda till för att täcka behovet av hjälp till alla patienter. En anledning till att så få sjukgymnaster sysslar

Urininkontinens förorsakar ofta inskränkningar i det sociala livet och har en negativ effekt på livskvaliteten

med denna form av träning är att bäckenbottenträning som behandling vid urininkontinens är en relativt ny företeelse och har bara förekommit i Sverige ett tiotal år. Sjukgymnastutbildningarna har inte heller förrän på senare år förmedlat kunskap i detta område. För att råda bot på detta förhållande ordnas fortlöpande 2-dagars kurser för sjukgymnaster om bäckenbottenträning. Kurserna är sanktionerade av LSR (Leg Sjukgymnasters Riksförbund) och Landstingsförbundet.

Förebyggande bäckenbottenträning

Förutom som behandling vid inkontinens förekommer bäckenbottenträning i samband med graviditet och förlösning. Denna förebyggande form av träning har funnits sedan lång tid tillbaka, men har under senare år intensifierats och förbättrats jämsides med utvecklingen av träning för de inkontinenta.

Man behöver ej ha fött barn för att få läckageproblem. Många unga flickor utan egna barn upplever inkontinens i samband med hård fysisk träning. På senare år har man upptäckt att en viss typ av kollagensammansättning i bindväven är mer predisponerande för inkontinens än en annan. Det är sålunda önskvärt att man undervisade om bäckenbottenträning redan på gymnasienivå, exempelvis i samband med gymnastikundervisningen.

Undervisning

Ett mål för oss sjukgymnaster är att försöka nå riskgrupperna för inkontinens samt att sprida kunskap om att vi finns och kan hjälpa dessa patienter.

Barnmorskorna möter alla gravida kvinnor och är därmed den yrkesgrupp som vi undantagslöst borde komma i kontakt med. Om alla barnmorskor kunde kontrollera knipförmågan hos mammorna och skicka dem på träning vid uppvisat behov, kunde man fånga upp många riskpatienter.

Detsamma gäller gynekologerna som vid varje besök borde låta kvinnorna göra en kniptest.

Undervisning om bäckenbottenträning ledd av sjukgymnast förekommer vid utbildningarna till sjukgymnast, barnmorska, uroterapeut och sköterskeutbildningarna. Sjukgymnasten undervisar vid inkontinensresurser för läkare och sköterskor

Resultat av bäckenbottenträning

Det finns nu i Sverige studier som visar att bäckenbottenträning är en effektiv behandlingsmetod för

Studier visar att bäckenbottenträning är en effektiv behandlingsmetod för ansträngningsinkontinenta kvinnor både initialt och på längre sikt

ansträngningsinkontinenta kvinnor med goda resultat både initialt och på längre sikt (3). Direkt efter behandlingen anser sig 71% av kvinnorna vara förbättrade eller botade medan 29% är oförändrade. Efter 2-7 år har 86% av kvinnorna en permanent förbättringseffekt. Förutsättningen för bestående effekt är att man fortsätter träningen några gånger om dagen.

Träningen bör initialt bedrivas minst 3-4 månader för att ge fullgott resultat. Även patienter med stora läckage visar god förbättringsförmåga. Ålder, kroppsvikt, antalet barn, föregående inkontinensoperation eller varaktigheten av symptomen har ingen betydelse för träningsresultatet. Däremot har patienter med starkare bäckenbotten eller mindre läckage initialt större chans till bättre träningseffekt. Den patientkategori som har svårast att hinna med sin träning är de yrkesverksamma med småbarn hemma, medan äldre kvinnor som uppnått pensionsåldern hör till de mest träningsvilliga.

Kostnader

Alternativbehandling för ansträngningsinkontinens är operation, som beräknas bota eller förbättra 80-90% av patienterna. En operation kostar i dagens läge 37.500 kronor. Den sammanlagda inkontinensvården i Sverige uppgick 1990 till 1,8 miljarder SEK (4). En sjukgymnastbehandling på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg innefattande 8 besök hos sjukgymnast kostar ungefär 1.500 kronor. Detta om något talar för att bäckenbottenträning borde vara förstahandsalternativ för ansträngningsinkontinenta kvinnor. Metoden är billig, effektiv och har inga kända risker eller sidoeffekter.

REFERENSER

1. Fall M, Frankenberg S, Frisén M, Larsson B, Petré M: 456.000 svenskar kan ha urininkontinens. Endast var fjärde söker hjälp för besvären. Läkartidningen 1985;22:2054-2059.
2. Bö K, Maehlum S, Larsen S, Oseid S: Prevalence of stress urinary incontinence among Physically active and sedentary female students. Scand J Sports Sci;11:113-116.
3. Hahn I, Milsom I, Fall M, Ekelund P (1993): Long-term results of pelvic floor training in female stress urinary incontinence. Br J Urol 72:421-427.
4. Milsom I, Fall M, Ekelund P: Urininkontinens - en kostnadskrävande folksjukdom. Läkartidningen 1992;89:1772-1774.