

Mange kvinner er plaget med urininkontinens. Er behandlingen de får god nok?

## Urinlekkasje – en folkesykdom?

Urinlekkasje rammer kvinner og menn ulikt. Dette skyldes ulike anatomiske forhold. I en svensk befolkningsstudie rapporterte 10 % av voksne menn urinlekkasje (1), mens om lag en firedel av kvinnene i en tilsvarende studie i Norge gjorde det samme (2). Ikke alle disse vil ha ønske om eller behov for medisinsk behandling, men så mange som 7 % av kvinnene i den norske studien hadde urinlekkasje i en slik grad at de opplevde det som et betydelig problem. Helsevesenet bør kunne tilby disse kvinnene behandling. Men finnes det effektiv behandling mot urininkontinens? I dette nummer av Tidsskriftet gjør Hjalmar A. Schiøtz rede for dagens behandlingstilbud for kvinner med stressinkontinens, dvs. urinlekkasje ved fysisk anstrengelse (3). Ca. halvparten av alle inkontinente kvinner har «ren» stressinkontinens, mens en tidel har «ren» urgeinkontinens, dvs. urinlekkasje ledsaget av sterk vannlatingstrang. Om lag en tredel har en blanding av disse inkontinensformene (2). Type inkontinens har betydning for valg av behandlingsstrategi. I mange tilfeller må man ta i bruk flere behandlingsmetoder for å komme til målet – og målet er ikke alltid full kontinens, men bedring til et nivå som pasienten finner akseptabelt.

Seim og medarbeidere har tidligere dokumentert god effekt av «bred» behandling i førstelinjetjenesten; hele 70 % av inkontinente kvinner ble kurert eller ble mye bedre etter ett år med tilpasset behandling (4). Noen av disse kvinnene ville hatt bedring uavhengig av behandling, for urinlekkasje kan bedres spontant. Resultatene tyder likevel på at ansvaret for de fleste av disse pasientene bør ligge i førstelinjetjenesten, og et godt samarbeid mellom fastlege og fysioterapeut kan ofte være nødvendig. I de tilfellene man ikke kommer til målet, må man vurdere å henvise pasienten til urolog eller gynekolog.

Samfunnets kostnader knyttet til urininkontinens er store. Trykkesystemets utgifter i 2006 beløp seg til over 500 millioner kroner, fordelt på 376 millioner kroner til inkontinensutstyr og 136 millioner kroner til medikamentutgifter (data fra NAV). Kostnader ved kirurgiske inkontinensinngrep og refusjoner til privatpraktiserende leger og fysioterapeuter kommer i tillegg. Til sammenlikning kostet utstyr og medikamenter til behandling av diabetes samme år 670 millioner kroner. I tillegg kommer ukjente kostnader til innleggelse i sykehjem – det viser seg at urinlekkasje bokstavelig talt er dråpen som får begeret til å renne over for en del gamle som ellers kunne klare å bo hjemme (5).

Første trinn i behandlingen av urininkontinens er bekkenbunnsøvelser og bløretrening. Slik behandling krever god motivasjon og langvarig egeninnsats av pasienten, men er effektivt, bivirkningsfritt og gratis, bortsett fra kostnader til kyndig instruksjon. Det er altså ikke bare livskvalitet for den enkelte som kan bedres dersom vi satser mer på behandling av inkontinente i Norge; her er det gode muligheter for å redusere kostnader. Bekkenbunnstrening kan også forebygge urininkontinens (6). Dette er spesielt aktuelt i forbindelse med svangerskap og fødsel. Det er likevel betimelig å spørre hvor mye tid helsepersonell skal bruke på å instruere gravide kvinner og nybakte mødre i bekkenbunnsøvelser. Et råd gitt i forbifarten har neppe noen særlig effekt utover det å påføre kvinner dårlig samvittighet for øvelsene de sjelden får gjort. Skal vi gi god og grundig instruksjon og informasjon (noe som innebærer å bruke mer tid på friske personer), trenger vi kunnskap om hvem som er særlig utsatt for å få langvarige plager med inkontinens.

Det er foretatt lite forskning på slike spørsmål, men det kan se ut til at gravide som blir inkontinente i svangerskapet, er spesielt disponert for vedvarende lekkasje i årene etter fødselen (7). Dette er interessant, ikke minst sett i lys av at vaginale fødsler ofte får «skylden» for urinlekkasje hos kvinner. Det er likevel noe i denne oppfatningen, ettersom risikoen for senere urinlekkasje er høyere etter vaginal fødsel enn etter keisersnitt (8). I USA blir dette brukt som et argument i diskusjonen om «selvbestemt keisersnitt». Etter menopausen spiller imidlertid verken fødsel eller fødemetode noen stor rolle som risikofaktor for urinlekkasje, og det er i denne aldersgruppen forekomsten av inkontinens er særlig høy. Det er derfor ingen tvil om at keisersnitt er en lite hensiktsmessig strategi for å forebygge urinlekkasje – både i et medisinsk, økonomisk og kulturelt perspektiv (9).

Selv om mange er plaget av urinlekkasje, er behandling mot slike plager lite etterspurt i allmennpraksis (10). Det er flere og sammenfattede årsaker til dette. Det handler om tabu, manglende kunnskap om behandlingstilbud og behandlingseffekter, både hos leger og pasienter, og kvinners evne til å tilpasse seg sin situasjon. Det er grunn til å tro at mange kvinner ikke får et godt nok tilbud om effektiv behandling. Det er viktig at leger og annet helsepersonell har god kunnskap om forekomst, symptomer, behandling og behandlingsresultater ved urininkontinens, slik oversiktsartikkelen til Schiøtz bidrar til.

### Guri Rørtveit

*guri.rortveit@isf.uib.no*

*Guri Rørtveit (f. 1965) er forskningsleder ved Allmenntidningsmedisinsk forskningsenhet i Bergen, førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og fastlege. Hun arbeider med epidemiologisk forskning på urinlekkasje hos kvinner.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Andersson G, Johansson JE, Garpenholt O et al. Urinary incontinence – prevalence, impact on daily living and desire for treatment: a population-based study. *Scand J Urol Nephrol* 2004; 38: 125–30.
- Hannestad YS, Rørtveit G, Sandvik H et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150–7.
- Schiøtz HA. Stressinkontinens hos kvinner – aktuell behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1773–6.
- Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC et al. Treatment of urinary incontinence in women in general practice: observational study. *BMJ* 1996; 312: 1459–62.
- Morrison A, Levy R. Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. *Value Health* 2006; 9: 272–4.
- Mørkved S, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG* 2000; 107: 1022–8.
- Viktrup L, Rørtveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 248–54.
- Rørtveit G, Daltveit AK, Hannestad YS et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900–7.
- Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2003; 348: 946–50.
- Hannestad YS, Rørtveit G, Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT study. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 102–7.