Dokumenttyp	Ansvarig verksamhet	Organisation	Version
Rutin	Kirurgkliniken Centralsjukhuset Karlstad	Region Värmland	10
Dokumentägare	**Fastställare**	**Giltig fr.o.m.**	**Giltig t.o.m.**
Birgitta Magnusson Uroterapeut	Henrik Svensson Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	2026-10-29	2028-10-28

Alternativ till kateterbehandling

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Innehåll

Bakgrund **2**
Blåstömningsråd **2**
Toalettträning – schemalagda toalettvanor **2**
Utförande 2
Inkontinensskydd **3**
Urindroppsamlare 3
RIK (ren intermittent kateterisering) **3**
Blåsträning **3**
Behandling hos specialutbildad personal (uroterapeut) **3**
Bäckenbottenträning 3
Farmakologisk behandling 3
Elektrostimulering 4
Kirurgisk behandling **4**
Operation vid ansträngningsinkontinens 4
Enterocystoplastik (”tarmblåsa”) 5
Urinavledning 5
Ytterligare kirurgiska behandlingsalternativ 5

Bakgrund

Innan kvarliggande kateter (KAD) sätts ska värdering av andra alternativ till blåstömning ha gjorts. En läkare ska ha bedömt att patientens tillstånd kräver KAD. För rätt bedömning är kontroll av resturin viktigt. Kontrollen sker direkt efter blåstömning. Om möjligt görs mätning med ultraljudsteknik. Det är viktigt att flera mätningar utförs eftersom resturinvolymen kan variera betydligt hos samma individ. Resturinbestämning har många felkällor. Den blir exempelvis hög om patienten urinerar på uppmaning utan att ha känt behov av att tömma blåsan. Vidare kan stress eller nyligt intag av urindrivande medicin ge för höga värden. En fylld ändtarm kan också bidra till förhöjt värde.

Det är ansvarig läkare, utifrån patientens symtom och mängden resturin, som avgör vilka behandlingar som ska sättas in. Generellt ska engångskateterisering utföras när mängden urin är 400 ml eller mer. Hos en frisk ung person brukar resturinvolymen understiga 50 ml. Hos personer över 60 år bör resturinmängden inte vara mer än 150–200 ml, men volymen måste alltid ställas i relation till blåsans maximala kapacitet. Se ***Kontroll av resturin (VÅR 09996)***.

Blåstömningsråd

Åtgärder för att stimulera till optimal blåstömning:

- Regelbunden urinering
- Relaxerad urinering
- Framåtlutande ställning
- Avskildhet
- Dubbel-trippel urinering
- God tarmtömningsfunktion
- Schemalagda toalettvanor
- Vaneträning

Toaletträning – schemalagda toalettvanor

Metoden syftar till att påminna om behovet av miktion innan patienten känner behov av att kasta vatten. På så sätt minskar urinläckaget och blåstömningsvanan bevaras. Toaletträning innebär rutiner med schemalagda toalettvanor.

Metoden lämpar sig för personer som

- har nedsatt känsla av fylld urinblåsa exempelvis vid diabetes,
- inte uppfattar signalerna när urinblåsan är full, exempelvis vid förvirring,
- glömmer, är mentalt funktionshindrade eller vid demens,
- är beroende av assistans vid toalettbesök men har svårt att förmedla alternativt svårigheter att uttrycka sig.

Utförande

- Kartlägg toalettvanorna. Använd gärna ett schema, så kallad miktionslista.
- Personen får hjälp till toalett på de tider han/hon normalt brukar gå.
- Anpassa kläderna så de lätt kan tas av. Ska vara lätt att knäppa upp och dra ner.
- Uppmana personen att säga till om hjälp till toaletten när som helst. Det är viktigt att hjälpen kommer omgående.
- De personer som inte kan säga till får hjälp till toaletten på fasta tider, initialt varannan till var tredje timme och i samband med måltid tills schemat visat vilket miktionsmönster personen har.
- Informera om vikten av att sitta riktigt på hela toalettsitsen vid vattenkastningen. Fötterna ska ha stöd. Det ger en mer avslappnad muskulatur i underlivet och underlättar blåstömningen.
- Viktigt att sitta kvar tills blåstömningen är helt avslutad. Ibland kan så kallad dubbeltömning vara nödvändig. Då reser sig personen upp efter tömningen och sätter sig sedan ner igen och försöker tömma lite till.
- Det är också viktigt att det görs kontroll av vätskeintaget. Stort vätskeintag minskas och det är lämpligt att centrera intaget från morgon till tidig kväll.

Inkontinensskydd

Skydden ger förhoppningsvis bättre livskvalité. Samhället betalar stora summor för hjälpmedel - mer än för egentlig behandling av urinvägsbesvären. Det är viktigt att hjälpmedel provas ut individuellt och att patienter med urinvägsbesvär utreds och får behandling för sina besvär.

Urindroppsamlare

- Är avsedd för män med stora läckage.
- Ska inte användas av personer som kissar portioner eller som har problem att inte hinna till toaletten. Dessa personer ska erbjudas toaletträning och i stället under tiden använda droppskydd alternativt blåstränas.
- Använd urindroppsamlare/uridom som är tillverkad av syntetiskt material (inte latex).
- Kopplas till urinuppsamlingspåse.
- Urindroppsamlaren och tillhörande urinuppsamlingspåse får sitta i max 24 timmar.
- Irritation och skav kan leda till sår på huden varför inspektion rekommenderas dagligen.

RIK (ren intermittent kateterisering)

RIK ordineras av läkare eller uroterapeut och lärs ut av legitimerad vårdpersonal. För att lära ut RIK till patient som egenvård eller assisterad egenvård ska vederbörande genomgått utbildning som tillhandahålls av uroterapeut i Region Värmland.

Intermittent kateterisering minskar risken för vårdrelaterade infektioner jämfört med kvarliggande kateter. Observera att asymtomatisk bakterieuri är vanligt (50 procent) hos RIK-patienter och ska inte behandlas.

Att tömma urinblåsan genom intermittent kateterisering har använts som metod i mer än 30 år. Det ger en fullständig blåstömning som minskar risken för urinträngningar och läckage förutom att det minskar risken för urinvägsinfektion, högt blåstryck och njursvikt. RIK tolereras som regel mycket väl av patienten men fordrar noggrann instruktion och uppföljning. Tekniken innebär att urintappningen sker enligt rena, men inte sterila betingelser med engångskateter. Tappningen utförs ofta med katetrar som har hydrofilt ytskikt.

Blåsträning

Blåsträning är en träningsmetod som används när det förekommer trängningar och trängningsinkontinens. Huvudregeln i metoden är att personen uppmanas att hålla emot trängningarna och successivt öka intervallet mellan toalettbesöken. Miktionslista används som hjälpmedel vid träningen. Blåsträning kan kombineras med läkemedel som hämmar blåsmuskelns sammandragningar, så kallad antimuskarin behandling eller behandling med beta-3 agonist. Även kombination med elektrostimulering används och behandlingen utförs av uroterapeut eller som egenvård med hemstimuleringsapparat.

Behandling hos specialutbildad personal (uroterapeut)

Bäckenbottenträning

Bäckenbottenträning anpassas efter personens förmåga att medverka. Kräver dock träning flera gånger/dag. Behandlingen anses i första hand fungera på personer med ansträngningsinkontinens. Noggrann instruktion samt uppföljning är viktigt för att uppnå bra resultat. Instruktion och uppföljning kan ske hos uroterapeut eller hos fysioterapeut.

Ovanstående åtgärder kan med fördel kombineras.

Farmakologisk behandling

- Läkemedelsbehandling sker alltid på läkarordination.
- Den ska bygga på diagnostik med bland annat miktionslistor och vägning av inkontinensskydd.

- Den bör alltid kombineras med instruktion om andra behandlingar för att nå den bästa effekten.
- Vid trängningsinkontinens brukar antikolinergika (antimuskarinbehandling) vara förstahandsvalet.
    - Äldre personer kan vara extra känsliga för den här typen av behandling.
    - Biverkningar kan vara muntorrhet, svårigheter att tömma blåsan, förstoppning, ackommodationsstörningar och hjärtklappning.
- Annan läkemedelsbehandling kan vara beta-3-agonist. Biverkningar kan vara takykardi, yrsel och huvudvärk.
    - Kontroll av blodtryck före insättande och efter en tids användande rekommenderas särskilt hos patienter med högt blodtryck då risk finns för ökat blodtryck.
    - Dosering med hänsyn till ålder och njurfunktion.
- Behandling med hormoner kan också ha positiv effekt hos kvinnor efter menopaus. Ofta ges östrogen lokalt i slidan.

Elektrostimulering

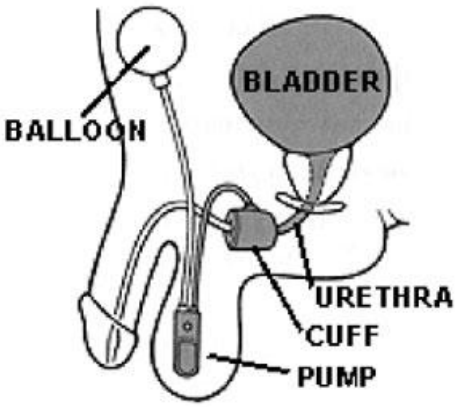
Teorin bakom effekterna av elektrostimulering är att elektriska impulser kan inducera (framkalla) nervaktivitet och alltså styra funktioner i organsystem. Behandlingen kan användas vid överaktivitet i urinblåsan men även påverka nervfibrer till bäckenbottenmuskulaturen. Kan på så sätt användas även vid ansträngningsinkontinens. Intravesikal elektrisk stimulering (IVES) används företrädesvis till patienter med svag blåsmuskel beroende på afferent nervskada. Behandlingen kan provas vid kronisk urinretention.

Kirurgisk behandling

Operation vid ansträngningsinkontinens

Operation vid ansträngningsinkontinens hos kvinnor är exempelvis TVT (tension free vaginal tape). Män med ansträngningsinkontinens kan opereras med slyngplastik så kallad AdVance eller kvaddlar som läggs som stöd vid urinröret, så kallad Pro-Act.

En annan kirurgisk metod som används både för män och kvinnor är artificiell sfinkter, så kallad AMS 800 eller Scott protes, se bild nedan. Principen är att en vätskefylld manschett (kuff) sätts kring urethra. Kuffen kopplas till en vätskefylld ballong som placeras prevesikalt. En tredjedel i systemet är en pump som placeras i pungen hos män och i yttre blygdläppen hos kvinnor. Pumpen kan sedan komprimeras för att transportera vätska från kuffen till ballongen, den öppnas då och passage av urinen blir möjlig.



Bildillustration Lena Lyon;
”I vått och torrt” red Malmberg & Mattiasson (2005).

Enterocystoplastik (”tarmblåsa”)

En blåsförstorande operation där ett tarmsegment får ersätta en del av urinblåsan. Det önskade resultatet är en bättre reservoarfunktion i blåsan med ett bevarat lågt tryck. Kombineras med RIK.

Urinavledning

Konstrueras från ett isolerat tarmsegment med en öppen stomi på buken. Urinledarna kopplas till tarmsegmentet, så kallad Brickeravledning. Det finns också kontinenta tarmreservoarer där urinen tappas ut med hjälp av kateter.

Ytterligare kirurgiska behandlingsalternativ

- SNM (sakral nervrotsmodulering)
- Botox vid överaktiv urinblåsa

Dokumentet är utarbetat av: Birgitta Magnusson Birgitta Magnusson

Utarbetad av: Birgitta Magnusson