

Maart 2008

I PROBLEEM

Deze CAP behandelt drie van de meest voorkomende aandoeningen bij ouderen en invalide volwassenen: constipatie, diarree en fecale incontinentie.

Fecale incontinentie komt zelden alleen voor. Vaak gaat het gepaard met constipatie of diarree, of is het een chronische en uiterst moeilijk te behandelen aandoening. Nu en dan duidt fecale incontinentie, vooral als de cliënt er vaak last van heeft, op schade aan de sluitspier van de anus. Voor velen is deze aandoening vooral omwille van haar invloed op het sociaal functioneren een grote bekommernis.

Er bestaat geen standaarddefinitie voor 'constipatie'. Misschien wordt het begrip wel nog het vaakst gedefinieerd als 'gedurende drie of meer dagen geen stoelgang hebben'. Als een cliënt gedurende een dergelijke periode geen stoelgang heeft, is de ontlasting meestal veel harder dan gewoonlijk en vaak moeilijker te verwijderen. Sommige cliënten hebben harde ontlasting of vinden het ongemakkelijk om stoelgang te hebben. Dergelijke cliënten vertellen hun arts dan gewoonlijk dat ze last hebben van constipatie. Constipatieproblemen zijn in de VS verantwoordelijk voor ongeveer 2,5 miljoen doktersbezoeken per jaar. De prevalentie van constipatie bij ouderen die zelfstandig wonen is ongeveer 20%. Voor een gedeelte weerspiegelt dat hoge percentage wellicht veranderingen in het colon die met het verouderingsproces gepaard gaan.

Men spreekt van diarree als de frequentie en de hoeveelheid van de ontlasting toegenomen zijn en/of de ontlasting wateriger is dan gewoonlijk. Net zoals de andere aandoeningen kan diarree chronisch of acuut zijn. Het gaat vaak gepaard met abdominale pijn, koorts of andere symptomen en kan gewoon lichtjes vervelend of levensbedreigend zijn. Diarree kan veroorzaakt worden door een acuut infectueus middel of kan een weerspiegeling zijn van een aandoening van vooral het colon (vb. diverticulitis) of de dunne darm. Bovendien kan diarree ook waargenomen worden wanneer het colon van de cliënt met stoelgang verstopt is en er alleen slappe stoelgang verwijderd wordt.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Erkennen dat één of meerdere van deze drie aandoeningen aanwezig is/zijn en de oorzaak ervan bepalen.
- § Elke aandoening op zo'n manier behandelen dat de cliënt zo normaal mogelijk kan functioneren.
- § De darmfunctie van de cliënt blijven controleren.

II CAP-ACTIVERING

Het doel van deze CAP is van tweeërlei aard: ten eerste, het verbeteren van de toestand van de darmen wanneer mogelijk en ten tweede, het voorkomen van vermijdbare achteruitgang van de darmfunctie. Om deze geactiveerde groepen te identificeren, moet eerst de kans op achteruitgang en de kans op vooruitgang berekend worden.

- Maak ten eerste de som van de volgende **kans-op-achteruitgang**-items:
 - Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming (Ernstig verzwakt)
 - Eten ('Toezicht nodig' tot 'Totale afhankelijkheid')
 - Beweeglijkheid in bed (Totale afhankelijkheid, kwam niet voor)
 - Urinecontinentie (Incontinent)
 - Gemakkelijk afgeleid (Veranderd gedrag);
 - Periodes van een veranderde gewaarwording of een veranderd bewustzijn (Veranderd gedrag)
 - Periodes van verwarde spraak (Veranderd gedrag)
 - Mentale toestand wisselt in de loop van de dag (Veranderd gedrag)
- Maak ten tweede de som van de volgende **kans-op-vooruitgang**-items:
 - Toiletgebruik ('Onafhankelijk' tot 'In beperkte mate hulp nodig')
 - Formele zorgverleners geloven dat de cliënt onafhankelijker kan worden
 - Longontsteking
 - Achteruitgegaan
 - Urinecontinentie ('Continent' en 'Gewoonlijk continent')
 - Heupfractuur in de laatste 180 dagen

□ **GEACTIVEERD OP POTENTIËLE VOORUITGANG.** De cliënt moet aan de volgende drie voorwaarden voldoen:

- SOM van de kans-op-achteruitgang-items is 0 of 1, EN
- SOM van de kans-op-vooruitgang-items is 2 of hoger, EN
- Score van de fecale continentie is hoger dan 0 ('Gewoonlijk continent' tot 'Incontinent')

Deze groep omvat ongeveer 5% van de ouderen in een RVT, 7% van de ouderen die

thuiszorg krijgen en minder dan 1% van de zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 33% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal gedurende een periode van negentig dagen vooruitgaan, terwijl 19% achteruit zal gaan. Bij ouderen die thuiszorg krijgen bedragen die percentages respectievelijk 20% en 6%.

□ **GEACTIVEERD OM ACHTERUITGANG TE VOORKOMEN.** De cliënt moet aan de volgende twee voorwaarden voldoen:

- SOM van de kans-op-achteruitgang-items is 2 of hoger, EN
- Fecale continentie NIET als incontinent gecodeerd (score lager dan 4)

Deze groep omvat ongeveer 15% van de ouderen in een RVT, 6% van de ouderen die thuiszorg krijgen en minder dan 1% van de zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 30% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal gedurende een periode van negentig dagen achteruitgaan, terwijl 11% vooruit zal gaan. Bij ouderen die thuiszorg krijgen bedragen die percentages respectievelijk 14% en 13%.

□ **NIET GEACTIVEERD.** Alle anderen. Sommige cliënten uit deze groep hebben bij het begin van de beoordeling darmproblemen en zouden daar wanneer nodig een normale behandeling voor krijgen.

III RICHTLIJNEN

BEOORDELING EN ZORGPLANNING

Een cliënt die één van deze drie aandoeningen heeft, moet geëvalueerd worden voor wat betreft de duur van het symptoom, de ernst van de situatie en de eventuele aanwezigheid van andere klachten. Let op symptomen van een malaise, abdominale pijn, koorts, de aanwezigheid van bloed in de stoelgang of donkere stoelgang (wat op bloedingen hoger in het spijsverteringskanaal kan wijzen). Alle cliënten met veranderingen in stoelgangspatroon, met koorts, bloed in de stoelgang en/of pijn dienen hiervoor medisch geëvalueerd te worden.

De aanwezigheid van één van deze drie aandoeningen kan bovendien ook een weerspiegeling zijn van een verminderde beweeglijkheid, een recente verandering in de voeding, nieuwe medicatie, een verlaagde vochtopname of zelfs te hoge buitentemperaturen.

Eens de oorzaak van het probleem vastgesteld is, is de belangrijkste bekommernis voor een optimale zorgplanning het bevorderen van het ontlastingspatroon van de cliënt, zodat hij/zij geen enkel (sociaal) ongemak ondervindt.

BEOORDELING ONTLASTINGSPROBLEEM

T *Wat is de voorgeschiedenis van het probleem?*

- ❑ Hoe vaak heeft de cliënt in de laatste dagen stoelgang gehad? Is dat patroon voor de cliënt 'normaal'? Wat kan u over de consistentie van de stoelgang zeggen?
- ❑ Was er iets dat op bloed in de stoelgang wees (rode stoelgang ofwel ongewoon donkere stoelgang)?
- ❑ Als er sprake was van incontinentie, ging het dan om een grote of een kleine hoeveelheid stoelgang? Was de cliënt zich volledig bewust van zijn/haar stoelgang?
- ❑ Heeft de cliënt eerder een anorectale of dikkedarmoperatie ondergaan? Of heeft de cliënt, indien een vrouw, tijdens een bevalling schade aan het rectum opgelopen?
- ❑ Is het in het verleden al duidelijk geworden dat de cliënt bepaalde voedingsstoffen niet verdraagt (vooral melk)?
- ❑ Heeft de cliënt last (gehad) van winderigheid of een opgeblazen gevoel?
- ❑ Heeft de cliënt koorts of heeft hij/zij een malaise?
- ❑ Heeft de cliënt gebrakt of heeft hij/zij abdominale pijn (gehad)?
- ❑ Is er sprake van een recente verandering in de voeding of de vezel- of vochtopname van de cliënt?
- ❑ Heeft de cliënt een aandoening, bijvoorbeeld diverticulosis of diabetes, die de symptomen zou kunnen helpen verklaren?
- ❑ Welke geneesmiddelen neemt de cliënt? Is de cliënt onlangs met nieuwe geneesmiddelen gestart?
- ❑ Heeft de cliënt in het verleden (te veel) laxermiddelen genomen?

T *Wat zijn de kenmerkende eigenschappen van de ontlasting?*

- ❑ Beschrijving van het type ontlasting: consistentie, kleur, ongewone geuren, manifeste aanwezigheid van bloed
- ❑ Moet de cliënt zich inspannen om ontlasting te kunnen hebben?
- ❑ Gaat het hebben van stoelgang bij de cliënt gepaard met pijn?

T *Wat zijn de eigenschappen van het defecatiepatroon van de cliënt?*

- ❑ Heeft de cliënt stoelgang volgens een vast patroon?
- ❑ Is dat patroon onlangs veranderd?
- ❑ Moet de cliënt een toilet delen of heeft hij/zij tijdens het toiletgebruik niet voldoende privacy?

TIPS VOOR EEN ZORGPLAN

T *Tips voor een zorgplan voor cliënten met constipatie.* Methoden ter verbetering van de eetgewoonten, de activiteit en de stoelgang kunnen in het dagelijkse leven van de cliënt ingebouwd worden.

- ❑ *Vooraf wanneer er sprake is van een recent begin is een evaluatie door een arts aangewezen, dit om een tumor van de dikke darm of gelijkaardige oorzaken uit te sluiten.*
- ❑ *Identificeer het stoelgangpatroon van de cliënt.* Schrijf op wanneer de cliënt stoelgang heeft, vraag naar zijn/haar stoelganggewoonten en voer bij het vermoeden van fecale

impactie een rectaal onderzoek uit om te bepalen of er in het rectum ontlasting aanwezig is.

- ❑ **Identificeer de aanwezigheid van hemorroïden of anale fissuren.** Consulteer een arts, zorg zo nodig voor plaatselijke verdovingsmiddelen.
- ❑ **Beoordeel of de cliënt een dementie of depressie heeft.** Cliënten met een depressie moeten voor geestelijke gezondheidszorg doorverwezen worden. Voor dementerende cliënten is stoelgangtraining en het opnieuw aanleren van stoelganggewoonten nuttig.
- ❑ **Ga na welke geneesmiddelen de cliënt neemt en of hij/zij laxeremiddelen of lavementen toegediend wordt.** Anticholinergica, narcotica, calcium-kanaal blokkers, bepaalde medicatie tegen incontinentie, ijzer, diuretica, kalmerende middelen en antacida kunnen constipatie veroorzaken. Overmatig gebruik van laxeremiddelen en lavementen kan constipatieproblemen verergeren.
- ❑ **Ga na wat de dagelijkse eetgewoonten van de cliënt zijn.** Stimuleer de cliënt om meer te drinken. De opname van vezels moet geleidelijk aan (over een periode van enkele weken tot een maand) verhoogd worden.
- ❑ **Creëer meer mogelijkheden om naar het toilet te gaan.** Plaats een toiletstoel naast het bed van de cliënt, zorg voor een toiletverhoger. Herinner de cliënt eraan na het ontbijt of na een andere maaltijd (of om het even wanneer de cliënt stoelgang zou kunnen hebben) naar het toilet te gaan.
- ❑ **Creëer voor de cliënt mogelijkheden om zijn/haar dagelijkse fysieke activiteit te doen toenemen.** Regelmatig wandelen en andere fysieke activiteiten kunnen het constipatieprobleem verminderen of oplossen.

T **Tips voor een zorgplan voor cliënten met fecale incontinentie**

- ❑ **Vooraf wanneer fecale incontinentie gepaard gaat met bloed in de stoelgang, dient de cliënt doorverwezen te worden naar een arts.**
- ❑ **Stimuleer de cliënt** om elke dag op hetzelfde tijdstip stoelgang te hebben.
- ❑ **Stel vast of er sprake is van neuromusculaire zwakte.** Cliënten met dit probleem kunnen baat hebben bij eliminatietraining. Dien het suppositorium 30 minuten voor de geplande 'eliminatie' toe.
- ❑ **Stel de volgende 'leefregels' in:** voldoende vochtopname, aangepaste voeding, planning opstellen, gebruik van laxativa, suppositoria en rectaal toucher.
- ❑ **Bepaal of er sprake is van fecale impactie.** Als dat zo is, verwijder dan de impactie.
- ❑ **Voor cliënten waarvan chronische diarree de oorzaak van hun fecale incontinentie is,** kan de arts loperamide voorschrijven.
- ❑ **Wanneer fecale incontinentie te wijten is aan schade aan de sluitspier van de anus,** kan biofeedback effectief zijn.
- ❑ **Uiterst zorgvuldige huidverzorging** is een absolute prioriteit na episodes van fecale incontinentie.

- *Soms kan het nodig zijn* om opvangmateriaal (vb. verbanden) te gebruiken.

T *Tips voor een zorgplan voor cliënten met diarree*

- *Wanneer ernstig, acuut of gevaarlijk gaand met pijn, met aanwezigheid van bloed in de stoelgang of koorts, dan is een onmiddellijke doorverwijzing naar een arts noodzakelijk.*
- *Werd er onlangs nieuwe medicatie toegediend?*
- *Is de cliënt onlangs met sondevoeding gestart?* Verdun de sondevoeding of verander de hoeveelheid of de inloopsnelheid van de voeding.
- *Is er sprake van lactose-intolerantie?* Verwijder alle voedingsstoffen die lactose bevatten uit het dieet van de cliënt.
- *Is er sprake van een intestinale bacteriële infectie?* Zorg ervoor dat de ontlasting van de cliënt geanalyseerd wordt.
- *Is er sprake van fecale impactie?* Verwijder de impactie. Zorg voor een abdominaal röntgenonderzoek.
- *Zorg voor veel niet-koolzuurhoudende dranken en vermijd zuivelproducten.* Wanneer het gaat om aanhoudende diarree of als de diarree met braken gevaarlijk gaat, kan er snel dehydratie optreden.
- *Medicatie tegen diarree*
 - *In het geval van niet-specifieke diarree* kan de arts een behandeling met psyllium, methylcellulose of loperamide voorschrijven.
 - *In het geval van infectieuze diarree* is de therapie op vermoedelijke of geïdentificeerde pathogene stoffen gericht. Ciprofloxacine wordt vaak gebruikt om infectieuze diarree te behandelen.
- *Uiterst zorgvuldige huidverzorging* is een absolute prioriteit na episodes van diarree.

T *Eventuele verdere evaluatie*

- Eens de aanwezigheid van constipatie, diarree of fecale incontinentie vastgesteld is, moet bepaald worden of de cliënt verder onderzocht moet worden.
- Voorbeeld: bij een cliënt die heel plots een ernstige vorm van diarree gekregen heeft en die daarvoor om een andere reden antibiotica nam, zijn een stoelgangcultuur en een test op *Clostridium difficile* aangewezen.
- Als de cliënt abdominale pijn en zelfs een milde vorm van diarree heeft, kan het nodig zijn een CT-scan uit te voeren. Op die manier kan nagegaan worden of er al dan niet sprake is van diverticulitis.
- Bloed in de stoelgang (rood of zwart) vereist gewoonlijk verdere evaluatie zoals een colonoscopisch onderzoek en misschien ook onderzoek van de slokdarm, de maag en de dunne darm.
- Bij heel wat cliënten is het probleem chronisch, maar kan er op een geschikte manier ingegrepen worden.

AANVULLENDE BRONNEN

American Medical Directors Association. *Clinical Practice Guidelines. Gastrointestinal Disorders in the Long-Term Care Setting*. Columbia, MD, 2006.

Carpenito-Moyet L. *Nursing Care Plans and Documentation*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 4th Edition 2004.

Finne-Soveri H., Sorbye L.W., Jonsson P.V., Carpenter G.I., Bernabei R. *Increased work-load associated with fecal incontinence among home care patients in 11 European countries*. Accepted for publication in the European Journal of Public Health 2007.

McGough Monks K. *Gastrointestinal System Assessment in Home Health Nursing*. Mosby, St. Louis, Missouri, 2003.

National Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC), Bethesda MD
digestive.niddk.nih.gov/about/contact.htm

National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE Guideline 49, Faecal Incontinence, National Collaborating Center for Acute Care, London England, 2007 www.nice.org.uk

AUTEURS

Pauline Belleville-Taylor, RN, MS, CS
R. Knight Steel, MD
John N. Morris, Phd, MSW