

september 2007

## I PROBLEEM

Urine-incontinentie is het ongewild verlies van urine. In de Verenigde Staten heeft ongeveer 15% van de ouderen die zelfstandig wonen een urine-incontinentieprobleem en is meer dan 50 % van de ouderen in een RVT af en toe of op regelmatige basis urine-incontinent. Voor ouderen die zelfstandig wonen is een urine-incontinentieprobleem vaak één van de factoren die bijdraagt tot de beslissing om naar een voorziening voor beschermd wonen of een RVT te verhuizen.

Hoewel urine-incontinentie vaak erger wordt naargelang iemand verouderd, is het geen normaal onderdeel van het biologische verouderingsproces. Helaas is een urine-incontinentieprobleem vaak erg gênant en wordt het zodoende niet altijd aan de zorgverlener meegedeeld. Het probleem openlijk met de cliënt en zijn/haar familie bespreken, is de eerste stap in het ontwikkelen van een succesvol zorgplan.

Urine-incontinentie veroorzaakt verscheidene problemen, waaronder huiduitslag, valincidenten, isolatie, decubitus en eventueel ook het moeilijke gebruik van verblijfkatheters. Het gebruik van katheters verhoogt de kans op levensbedreigende infecties. Kathetergebruik veroorzaakt ook ongemak en leidt tot overbodig gebruik van toxische medicatie dewelke dikwijls nodig zijn om daarmee gepaard gaande blaaskrampen, te behandelen.

### ALGEMENE ZORGDOELEN

- Urine-incontinentie erkennen en de oorzaak ervan vaststellen.
- Verbetering van de blaasfunctie bevorderen indien mogelijk; geschikte diagnostische en therapeutische interventies beginnen.
- Verergering (van urine-incontinentie) voorkomen bij cliënten die reeds incontinent zijn en die eventueel baat zouden kunnen hebben bij een behandelingsprogramma.

## II CAP-ACTIVERING

De doelen van deze CAP zijn: ten eerste de blaasfunctie te verbeteren bij cliënten voor wie verbetering een optie is, en ten tweede verslechtering van de blaasfunctie te voorkomen bij cliënten die mogelijk goed op een behandelingsprogramma zouden kunnen reageren. Hieronder worden zowel de twee groepen cliënten aangeduid die voor een gespecialiseerde follow-up in aanmerking komen, als de twee groepen cliënten waarbij geen follow-up noodzakelijk is.

□ ***GEACTIVEERD OM VOORUITGANG VAN DE BLAASFUNCTIE TE BEVORDEREN.*** Deze groep omvat cliënten die ELK van de volgende eigenschappen bezitten:

- Heeft terugkerende episodes van incontinentie (zelfs als dat minder dan wekelijks is) of geen urineproductie.
- Heeft op zijn minst een minimum aan cognitieve kwaliteiten (zelfstandig of in beperkte mate zelfstandig voor wat betreft de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming).
- Kan zich in beperkte mate nog zelfstandig voortbewegen.
- Voldoet aan **minstens één** van de volgende acute criteria:
  - Volgt GEEN mictietraining; of
  - Heeft minstens één van de volgende kenmerken die erop wijzen dat de cliënt een schommelende status heeft, wat impliceert dat zijn/haar urine-incontinentie van recente oorsprong is of voor verbetering vatbaar kan zijn:
    - Heupbreuk
    - Recente ADL-achteruitgang
    - Gebruik van een verblijfskatheter
    - Heeft een longontsteking
    - Heeft diarree

Deze groep omvat ongeveer 5% van de ouderen in een RVT, 10% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 2% van de zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 22% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen vooruitgaan. Bij ouderen die thuiszorg krijgen bedraagt dat percentage ongeveer 16%. Tegelijkertijd zullen sommigen in deze groep gedurende een periode van negentig dagen echter achteruitgaan. Bij ouderen in een RVT is dat ongeveer 15%, bij ouderen die thuiszorg krijgen 10%.

□ ***GEACTIVEERD OM ACHTERUITGANG TE VOORKOMEN – Hogere mate van achteruitgang verwacht.*** Deze groep omvat cliënten die aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Heeft terugkerende episodes van incontinentie (zelfs als dat minder dan wekelijks is) of geen urineproductie.
- ‘Zelfstandig’ tot ‘matig beperkt’ voor wat betreft de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming (dus niet ernstig beperkt).
- Voldoet aan GEEN ENKEL van de twee bovenstaande acute criteria (mictietraining

en criteria schommelende status).

Deze groep omvat ongeveer 40% van de ouderen in een RVT, 24% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 5% van de zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 20% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen achteruitgaan, terwijl 10% vooruit zal gaan. Bij ouderen die thuiszorg krijgen zal ongeveer 10% achteruitgaan, nog eens 10% zal vooruitgaan.

- **NIET GEACTIVEERD – Continent bij het begin van het onderzoek.** Deze groep bestaat uit cliënten die bij het begin van het onderzoek continent zijn.

Deze groep omvat ongeveer 35% van de ouderen in een RVT, 55% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 92% van de zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 13% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen achteruitgaan. Bij ouderen die thuiszorg krijgen bedraagt dat percentage ongeveer 11%.

- **NIET GEACTIVEERD – Zwakke besluitvorming bij het begin van het onderzoek.** Deze groep bestaat uit cliënten die bij het begin van het onderzoek zeer beperkte cognitieve vaardigheden (of geen waarneembaar bewustzijn) voor dagelijkse besluitvorming hebben.

Deze groep omvat ongeveer 15% van de ouderen in een RVT, 11% van de ouderen die thuiszorg krijgen en minder dan 1% van de zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 26% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen achteruitgaan, terwijl 4% vooruit zal gaan. Bij ouderen die thuiszorg krijgen zal ongeveer 20% achteruitgaan, 8% zal vooruitgaan.

### III RICHTLIJNEN

Urine-incontinentie is het ongewild verlies van urine (verminderde blaascontrole). Voor velen houdt dat concreet in dat de cliënt het toilet niet tijdig kan bereiken. De vier meest voorkomende types urine-incontinentie zijn: stress- of inspanningsincontinentie, urge- of aandrangsincontinentie, gemengde incontinentie (stress en urge) en overlopincontinentie. Elk type heeft verschillende oorzaken (zie hieronder) en de kans om een bepaald type te krijgen is bij vrouwen en mannen niet altijd even groot. Dat komt grotendeels doordat de urethra, het kanaal waardoor de urine uit de blaas naar buiten gevoerd wordt, bij mannen en vrouwen niet even lang is. Bij vrouwen die zwanger geweest zijn spelen ook veranderingen in de anatomische structuur van het bekken mee. Daarbij zijn veel ouderen simpelweg incontinent omdat ze het toilet niet tijdig kunnen bereiken, bijvoorbeeld doordat ze in hun bewegingsvrijheid beperkt zijn omwille van artritis of een beroerte.

#### T Types urine-incontinentie:

- ***Stress- of inspanningsincontinentie:*** incontinentie bij hoesten, niezen, lachen, bij het opheffen van zware voorwerpen of bij het maken van andere bewegingen die druk, of stress, op de blaas uitoefenen. Deze aandoening is de meest voorkomende vorm van incontinentie bij vrouwen, wat te wijten is aan verzwakte bekkenspieren of aan een verzwakking van de wand tussen de blaas en de vagina. Bij vrouwen zijn dergelijke verzwakkingen meestal het gevolg van een zwangerschap en bevalling of van een vermindering van de productie van het hormoon oestrogeen tijdens de menstruatie of na de menopauze. Bij mannen kan stress-incontinentie na een prostatectomie optreden. Stress-incontinentie wordt vaak verholpen of duidelijk verminderd in frequentie door:
  - Oefeningen om de bekkenbodemspieren te versterken zijn effectief bij mensen met stress-incontinentie (bewezen effectiviteit). Dergelijke oefeningen zouden dan ook de eerste stap in de behandeling moeten zijn.
  - Advies over levensstijl om de volgende zaken aan te moedigen: opname van geschikte hoeveelheid vloeistof, beperkt gebruik van alcohol en cafeïnehoudende drank, gewichtsverlies voor wie aan overgewicht lijdt.
  - Geneesmiddelen zoals duloxetine worden soms in combinatie met oefeningen voor de bekkenbodemspieren voorgeschreven, maar kunnen neveneffecten hebben.
  - Biofeedback, acupunctuur en elektrische stimulatie worden soms, met wisselende doeltreffendheid, in combinatie met oefeningen voor de bekkenbodemspieren toegepast.
  - Intravaginale voorwerpen – vb. pessarium
  - Implantaten
  - Heelkunde
  
- ***Urge- of aandrangsincontinentie (ook wel een overactieve of spastische blaas genoemd):*** plotselinge, hevige aandrang om te plassen, gevolgd door urineverlies; bijvoorbeeld tijdens het slapen, het drinken van water of het horen van stromend water. Behandelingen kunnen zijn:
  - Biofeedback
  - Op vaste tijdstippen naar het toilet gaan
  - Blaastraining
  - Medicatie zoals anticholinergica en spasmolytica: ontspannen van de spieren en blokkeren van de zenuwsignalen die tot blaaskrampen leiden
  
- ***Gemengde incontinentie:*** onbewust urineverlies bij aandrang en ook bij (zware) inspanningen, niezen en hoesten. Het overheersende type (stress of urge) zou eerst behandeld moeten worden.
  
- ***Overloopincontinentie:*** treedt op wanneer de blaas constant vol is en de urine op een gegeven moment overloopt en uitlekt. Deze vorm van incontinentie kan zich voordoen wanneer de urethra geblokkeerd is door onder andere nier- of urinestenen, een tumor of

een prostaatvergroting. Overloopincontinentie kan ook het gevolg zijn van zwakke blaasspiers die te wijten zijn aan beschadigde zenuwen ten gevolge van diabetes of andere aandoeningen. Overloopincontinentie komt vooral bij mannen voor. Mogelijke behandelingen zijn:

- Op vaste tijdstippen naar het toilet gaan
  - Blaastraining
  - Periodieke/intermittente katheterisatie
  - De volgende geneesmiddelen worden onder andere voorgeschreven om de urinestroom te bevorderen of om de prostaat te doen verkleinen:
    - Alfablokkers worden gebruikt om problemen te behandelen die door een prostaatvergroting of door obstructie van de urethra veroorzaakt worden.
    - Geneesmiddelen zoals alfa-reductaseremmers worden voorgeschreven om een vergrote prostaat te doen verkleinen.
  - Heelkunde en bestraling
- **Functionele incontinentie:** is urineverlies bij cliënten die geen aandoening aan de blaas en de urinewegen hebben. Het urineverlies wordt veroorzaakt doordat de cliënt het toilet niet tijdig kan bereiken omwille van fysieke beperkingen, externe belemmeringen of denk- of communicatieproblemen. Om functionele incontinentie te kunnen verhelpen of beperken, moet het onderliggende probleem geïdentificeerd en behandeld worden [zie ADL-CAP om beweeglijkheid en verplaatsingen te verbeteren].

## T Beoordeling van incontinentie

Incontinentie kan door verschillende factoren veroorzaakt worden. Het identificeren en verbeteren van die factoren kan continence bevorderen. Het is belangrijk om op de hoogte te zijn van de risicofactoren voor incontinentie zodat het onderwerp ter sprake kan gebracht worden. Voor veel cliënten is het namelijk niet altijd even gemakkelijk om over continenceproblemen te praten. Risicofactoren zijn: leeftijd, problemen tijdens de kinderjaren (vb. bedplassen), prostatectomie bij mannen, zwangerschappen en bevallingen bij vrouwen. Een hoog BMI (Body Mass Index) is eveneens een risicofactor. Bij vrouwen kan ook de menopauze tot incontinentieproblemen leiden.

Om te bepalen of de incontinentieproblemen al dan niet van voorbijgaande aard zijn, is het belangrijk om een goede anamnese en beschrijving van het probleem te bekomen. Een beschrijving kan informatie omvatten die afkomstig is van gestandaardiseerde onderzoeken (vb. functioneringsniveau, symptomen), een plasdagboek (met details van tijdstip, de mate van incontinentie en omstandigheden – vb. als cliënt hoest – episodes van incontinentie; hoeveelheid urine die de cliënt produceert als hij/zij het toilet wel tijdig bereikt) en inspanningstesten, zoals de cliënt laten hoesten om te zien of hij/zij dan urine verliest.

### Onderzoeken:

- Lichamelijk onderzoek (inclusief onderzoek van het bekken en rectaal onderzoek)
- Inspanningstesten (vb. een vrouw laten hoesten en kijken of ze urine verliest)
- Observatie tijdens urineren of uroflowmetrie (meten van de kracht van de urinestraal en de hoeveelheid urine)
- Urineonderzoek
- Urinecultuur
- De evaluatie van (post-void) residuale urine is een belangrijke diagnostische parameter die overwogen zou moeten worden bij cliënten met een complexe ziektegeschiedenis.
- Cystoscopie
- Urodynamisch onderzoek

#### **T Veranderlijke factoren die bijdragen tot urine-incontinentie van voorbijgaande aard**

kunnen behandeld worden om continentie te bevorderen. Enkele te behandelen onderliggende factoren die stelselmatig 'uitgesloten' zouden moeten worden, worden hieronder opgesomd.

Delier

Infectie (urinewegsinfectie)

Atrofische vaginitis

Medicatie (verschillende soorten)

Psychologische en psychiatrische problemen

Te hoge vochtopname

Beperkte beweeglijkheid

Stoelgang (constipatie)

Potentiële onderliggende oorzaken van incontinentie die behandeld kunnen worden om continentie te bevorderen:

- ❑ **Delier**: identificeer de oorzaak van het delier, inclusief recente hospitalisaties en geneesmiddelen [zie delier-CAP].
- ❑ **Infectie**: symptomatische urinewegsinfectie (bloed in urine, frequente urinelezing, aandrang, branderig gevoel bij urineren, urineonderzoek wijst op een verhoogd aantal witte bloedcellen). Verwijs de cliënt door voor verder medisch onderzoek (urineonderzoek, urinecultuur en antibioticakuur).
- ❑ **Atrofische vaginitis**: deze aandoeningen veroorzaken bij postmenopauzale vrouwen vaak afwijkingen van de lagere urinewegen. Het gebruik van de juiste crèmes of een oestrogeenring kan nuttig zijn.
- ❑ **Atrofische urethritis** leidt tot verdunning van de wand van de urethra, wat plaatselijke irritatie en verlies van het slijmvlies veroorzaakt. Incontinentie die te wijten is aan atrofische urethritis wordt vaak gekenmerkt door aandrang en dysurie (pijnlijke urinelezing).

- **Medicatie:** terwijl medicatie bij sommige cliënten incontinentie van voorbijgaande aard kan veroorzaken, kunnen geneesmiddelen ook goed van pas komen om incontinentie te verbeteren. Het is nuttig om na te gaan of de cliënt geneesmiddelen neemt die een effect op incontinentie zouden kunnen hebben. Het is eveneens interessant om in informatiebronnen te zoeken naar nieuwe geneesmiddelen die nuttig zouden kunnen zijn. Alcohol- en medicatiegebruik zijn bij ouderen vaak de oorzaak van incontinentie van voorbijgaande aard [zie 'juist en verantwoord medicatiegebruik'-CAP en 'tabak- en alcoholgebruik'-CAP].
  - Diuretica (worden genomen om de bloeddruk te verlagen of tegen hartfalen) kunnen een plotse aanval van aandrangsincontinentie veroorzaken.
  - Anticholinergica kunnen overloopincontinentie veroorzaken (deze geneesmiddelen zorgen ervoor dat de blaas niet samentrekt, de blaas geraakt vol, urine loopt over en lekt uit).
  - Nachtelijke incontinentie kan veroorzaakt of verergerd worden door hartfalen, perifere veneuze insufficiëntie, het gebruik van medicatie. Contacteer altijd een arts vooraleer de medicatie van een cliënt te wijzigen.
- **Psychologische problemen:** Ernstige depressie [zie stemmingsstoornissen-CAP].
  - De initiële behandeling is vooral op depressie gericht.
- **Overmatige urineproductie:** kan veroorzaakt worden door een (te) hoge vochtopname (inclusief alcohol en cafeïne). De cliënt zou gestimuleerd moeten worden om zijn/haar vochtopname bij te stellen zodat hij/zij per 24 uur tussen de 1000 en 2000 ml urine produceert.
- **Beperkte beweeglijkheid:** kan de cliënt beletten op tijd het toilet te bereiken en kan het gevolg zijn van lichamelijke beperkingen, het onvermogen om alleen uit een bed of stoel te komen, een beperkt gezichtsvermogen, angst om te vallen, voetproblemen [zie ADL-CAP voor tips om de beweeglijkheid te verbeteren; zie 'bevordering van de lichaamsbeweging'-CAP voor tips over lichaams oefeningen].
  - Overweeg woningaanpassingen – vb. zorgen voor mobiliteitshulpmiddelen, de toegang tot de badkamer vergemakkelijken, 's nachts een toiletstoel naast het bed plaatsen, de cliënt een mictietraining laten volgen.
- **Constipatie/Fecale impactie:** constipatie die tot fecale impactie (grote hoeveelheid verharde stoelgang die in het darmkanaal vastzit) leidt. De aanwezigheid van fecale impactie veroorzaakt stimulatie van de blaas. Cliënten met fecale impactie hebben gewoonlijk aandrang- of overloopincontinentie. Het verwijderen van de impactie zou ormaal gezien opnieuw tot continëntie moeten leiden.

## T Opvangmateriaal (luiers, verbanden, broekjes, ...):

***Factoren die bij het gebruik van luiers/verbanden/broekjes overwogen moeten worden***

- Pasvorm
- Prijs
- Absorptie
- Geslacht van de gebruiker
- Activiteitsniveau van de gebruiker (cliënt zit meestal de hele dag of loopt rond en verandert vaker van positie)
- Vermogen van de gebruiker om de luiers/verbanden/broekjes aan te brengen/te verwijderen
- Vermogen van de gebruiker om ondergoed en andere opvangmaterialen schoon te maken/te wassen
- Vermogen van de gebruiker om zuinig met wegwerpverbanden om te springen

***Wat gebruiken?***

- Luiers/verbanden/broekjes zijn er in verschillende maten
- Test een kleine hoeveelheid van enkele verschillende soorten/merken uit
- Stoelbescherming is niet erg nuttig voor actieve cliënten en is bovendien ook erg opzichtig

**AANVULLENDE BRONNEN**

<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign79.pdf>  
SIGN: Scottish Incontinence Guidelines Network  
Management of Urinary Incontinence in Primary Care

NAFC  
National Association for Continence  
[www.nafc.org](http://www.nafc.org)  
1-800-BLADDER  
1-800-252-3337

National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE Guideline 50, Urinary Incontinence, National Collaborating Center for Acute Care, London England, 2007 [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)



Urinary Incontinence, Clinical Practice Guideline, AMDA, 2005

National Institute of Health, including the AGE Page

[http://www.uroweb.org/fileadmin/user\\_upload/Guidelines/16percent20incontinence.pdf](http://www.uroweb.org/fileadmin/user_upload/Guidelines/16percent20incontinence.pdf)  
European Association of Urology

APTA: Urinary incontinence is not just your grandmother's concern

<http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=21609>

**Balmforth J.R., Mantle J., Bidmead J., Cardozo L.** *A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence.* BJU Int. 2006 Oct; 98(4):811-7.

AUTEURS

Pauline Belleville-Taylor, RN, MS, CS  
Knight Steel, MD  
Katherine Berg, PhD, PT  
John N. Morris, PhD, MSW