Incontinentie en de rol van mobiliteit

Hanneke Knibbe, Nico Knibbe

Incontinentie vormt een groot probleem in zorginstellingen en de thuiszorg. Percentages tot boven de 90% van de populatie worden genoemd waar het gaat om het vóórkomen van incontinentie in sommige verpleeghuizen. Het zorgt voor hoge werkdruk bij verzorgend personeel, hoge kosten voor zorgorganisaties en verminderde kwaliteit van leven bij zorgafhankelijke cliënten. De mobiliteit van ouderen blijkt vaak een sleutelrol te spelen bij het ontstaan en instant blijven van incontinentie. Het is echter in veel gevallen geen onomkeerbaar probleem, zoals soms ten onrecht wordt gedacht. In dit artikel wordt, naast een gedetailleerde beschrijving van de omvang en de oorzaken van incontinentie, een aantal beproefde strategieën beschreven waarmee het incontinentieprobleem daadwerkelijk te verkleinen is. Paramedici kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Inleiding

Incontinentie komt zeer veel voor in de ouderen- en gehandicaptenzorg. Incontinentie en de zorg daaromheen kan vanuit het perspectief van de cliënt en zijn omgeving als stigmatiserend of gevoelsmatig belastend ervaren worden. Dat geldt ook voor het zorgverlenersperspectief. Ook zorgverleners ervaren deze zorg nogal eens als gevoelsmatig vervelend, geen prettig onderdeel van hun werk en fysiek belastend. De zorg voor incontinente cliënten legt bovendien een fors tot soms zeer fors beslag op de werktijd van zorgverleners (1). Tenslotte stijgen het gebruik van incontinentiemateriaal en de daarmee gepaard gaande kosten elk jaar.

Een verbetering van continentiezorg kan dus leiden tot een hogere kwaliteit van leven en zorg, een hogere arbeidsproductiviteit, lagere kosten, lagere (ervaren) werkdruk en een hogere arbeidssatisfactie bij zorgverleners. Bij die verbetering speelt mobiliteit een sleutelrol en daarmee kunnen paramedici een belangrijke ondersteunende rol spelen bij een beter continentiebeleid. Vanuit de onderzoeksliteratuur zijn effectieve strategieën bekend om dit te realiseren of om

Hanneke JJ Knibbe is fysiotherapeut en bewegingswetenschapper. Nico Knibbe is bewegingswetenschapper. Beiden zijn werkzaam bij LOCOmotion, gezondheidkundig advies en onderzoek, www.locomotion.nu.

Dit artikel werd geschreven met ondersteuning vanuit het Zorg voor Beter-programma van ZonMw. Hanneke was tevens lid van het kernteam van het Continentie Verbetertraject vanuit Zorg voor Beter zoals dat in samenwerking VILANS en een groep instellingen is uitgevoerd.*

Illustraties: © Auke Herrema, Rotterdam.

* Vanuit het Zorg voor Beter programma van ZonMw is deze aanpak inhoudelijk verder uitgewerkt en is ook een Verbetertraject Continentie doorlopen in nauwe samenwerking met Vilans. Meer informatie op www.vilans.nl en www.zorgvoorbeter.nl en via j.j.knibbe@planet.nl. Daarnaast is op de site www.innovatiespiegel.nl meer achtergrondinformatie te vinden, inclusief een businesscase en bijbehorende rekenmodule over incontinentiebeleid.

er in elk geval verbetering in aan te brengen. Toch blijkt dat die nog te weinig worden ingezet. In dit artikel wordt in vogelvlucht een overzicht van de resultaten van een inventarisatie geboden.

Continentie en incontinentie: aard en omvang

De helft tot meer dan 90% van de cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen is in meer of mindere mate incontinent (1-6). Een advies van de Gezondheidsraad gaat ervan uit dat meer dan 90% van de verpleeghuisbewoners incontinent is (2). Rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg presenteren een extreem grote bandbreedte: van rond de 1% tot meer dan 89% (3). Halfens geeft een percentage van 77% voor urine-incontinentie en 56% dubbele incontinentie (zowel urine als feces) in verpleeghuizen en 46% en 10% voor de thuiszorg (4).

Deze forse verschillen bij toch grotendeels vergelijkbare organisaties, zoals bijvoorbeeld de groep verpleeghuizen, kunnen er op wijzen dat er mogelijkheden tot verbetering van de situatie zijn. De Inspectie wijst hier ook op door te benadrukken dat de verschillen verband houden met meetproblemen (definities die variëren en meetinstrumenten die niet uniform of voldoende valide en betrouwbaar blijken te zijn), maar vermoedelijk toch ook wel degelijk te herleiden zijn tot verschillen in beleid. Zij wijzen op de noodzaak tot een meer actief beleid op dit punt. Daar bovenop wordt geconstateerd dat ons land een vrij hoge prevalentie van incontinentie heeft in vergelijking met de landen om ons heen. Ook dat zou kunnen wijzen op te weinig aandacht voor goed beleid of het niet benutten van de kansen die er zijn. Er zijn immers geen andere redenen waarom de percentages in ons land hoger zouden moeten zijn dan in andere landen. Ook het proefschrift van Valk bevestigt de invloed van organisatiegebonden verschillen op de prevalentie van incontinentie. Valk berekende dat ongeveer een vijfde van de prevalentie in verpleeghuizen te herleiden is tot organisatiegebonden factoren en dus in principe een aanzienlijke marge tot verbetering biedt (5).

Zorg, zorgverleners en werkdruk

Cliënten met incontinentie zijn in de CARE* voor een belangrijk deel afhankelijk van de hulp van anderen voor toiletgang en verdere verzorging. Ze gebruiken vaak incontinentiemateriaal of katheters. De zorg voor incontinente cliënten legt daardoor een fors tot soms zeer fors beslag op de werktijd van zorgverleners. De schattingen hiernaar lopen wederom zeer sterk uiteen, maar het komt voor dat meer dan de helft van de tijd van zorgverleners aan directe of indirecte incontinentiezorg wordt besteed. Daarbij wordt de zorg voor incontinente cliënten als fysiek en emotioneel belastend en niet prettig ervaren en zou deze aanmer-

* Met de CARE worden de zorgsectoren verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ bedoeld. Het 'zorgen voor' (CARE) staat daar centraler dan het genezen. Voor dat laatste is de term CURE gereserveerd, die verwijst naar de zorg zoals die vooral in ziekenhuizen wordt verleend.

kelijk bijdragen aan de algehele werkdruk. Uit Engels onderzoek naar de beleving hiervan komt naar voren dat zorgverleners het gevoel hebben in een vicieuze cirkel te zijn beland: te weinig tijd om actief in te grijpen en incontinentie juist te voorkomen of te verlichten en daardoor alsmaar bezig zijn om cliënten te verschonen en meer en meer incontinentiemateriaal te gebruiken (7). Onderzoek van Valk spreekt in dit verband over een "major factor in professional and personal demoralization of nursing staff" (5).

Over de feitelijke tijd die ingezet wordt voor incontinentiezorg zijn maar zeer weinig gegevens bekend. Onderzoeken noemen een gemiddelde van ongeveer 35-60 minuten per dag per incontinente cliënt. Maar net als rondom de prevalentie zien we een grote bandbreedte. In een advies van de Gezondheidsraad uit 2001 wordt als schatting een tijdsduur van 45 minuten genoemd (2). Eigen metingen met behulp van de BasisZorgLijst in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg laten een gemiddelde zien van bijna 43 minuten per etmaal per incontinente cliënt voor de directe incontinentiegerelateerde zorg (6). Daarbij benadrukken we dat dit minima zijn die de tijd omvat van het helpen bij toiletbezoek, het 3-4 keer wisselen van incontinentiemateriaal, het verschonen van bedden en de huidverzorging met soms twee man personeel.

Het gebruik van incontinentiemateriaal en de daarmee gepaard gaande kosten stijgen elk jaar. Toch zijn er in de onderzoeksliteratuur aanwijzingen dat de inzet van goede, ergonomisch verantwoorde voorzieningen en hulpmiddelen, adequaat incontinentiemateriaal en een optimale, cliëntgerichte benadering kunnen leiden tot minder incontinentie, een minder fors beslag op de tijd van zorgverleners, een betere (ervaren) kwaliteit van zorg en/of een als minder fysiek belastend ervaren zorg (8,9). Ook de Inspectie wijst in deze richting en geeft aan dat "verdiepende studies uitwijzen dat het beheersen van incontinentie goed mogelijk is" (3). De Gezondheidsraad wijst er tevens op dat met een dergelijke aanpak een verbetering van de kwaliteit van leven mogelijk is.

Tegelijkertijd wordt door vrijwel iedereen meteen in één adem door geconstateerd dat deze aanpak arbeidsintensief is en zeker in het begin de nodige tijdsinvestering vraagt, hetgeen bevestigd wordt in met name buitenlands onderzoek (10). De benaderingen werken, maar het is vooral in het begin arbeidsintensief: die zorg zou aanzienlijk duurder (meer materiële kosten), tijdrovender en complexer zijn (meer diagnostiek vergen) dan het eenvoudigweg aanbrengen van opvangmateriaal bij incontinente cliënten (2). De uiteindelijke besparing zit dan in het voorkomen of terugdringen van incontinentie en de gevolgkosten ervan, zoals bijvoorbeeld de huiddefecten en urineweginfecties. In 2008 werd een businesscase opgesteld die in 2009 verder verfijnd werd (zie www.innovatiespiegel.nl en 1) . Deze businesscase laat zien dat de 'kosten voor de baat' uit gaan. Investeren in tijd levert op den duur besparingen op die wel degelijk met een juist beleid de investeringen overstijgen. Het moeilijke is dat de eerste drempel zo lastig te nemen is (10). Van Houten wijst er ook op dat we momenteel in ons land de cliënten in de CARE zo'n 3-4 maal per etmaal naar het toilet brengen en vermoedelijk kunnen brengen (11,12). Dat is in principe onvoldoende voor deze doelgroep om continent te blijven of dat weer te worden. Evidence based onderzoek, realiteitszin en de werkelijkheid komen hier soms fors met elkaar in aanvaring.

"...de helft tot meer dan 90% van de cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen is in meer of mindere mate incontinent..."

Cliëntperspectief

Incontinentie en de zorg daaromheen kan vanuit het perspectief van de cliënt en zijn omgeving als stigmatiserend of gevoelsmatig belastend ervaren worden. Deze zorg staat daarom met enige regelmaat in het centrum van de (landelijke) belangstelling. Incontinentiemateriaal en katheters zouden bijvoorbeeld onnodig veel en te vanzelfsprekend gebruikt worden. Cliënten zelf en/of hun naasten stellen met enige regelmaat vast dat incontinentiemateriaal als alternatief voor het naar het toilet brengen van ouderen wordt gebruikt. Ook de bejegening vormt aanlei-

ding voor klachten van cliënten en incontinentie wordt soms als een vernedering ervaren. Onderzoeken benadrukken, net als hierboven al werd gesignaleerd, de rol van organisatiegebonden factoren, gebrek aan personeel, een hoge werkdruk en het ontbreken van inzicht in hoe ingegrepen kan worden in het proces dat leidt tot het ontstaan van incontinentie (2,5,10-14).
Samenvattend gaat het hier om een omvangrijk probleem dat van invloed is op de kwaliteit van leven, de kwaliteit van zorg, de totale kosten van de zorg, werkdruk, werkbeleving en fysieke belasting.

Voorkomen en aanpak van incontinentie

Incontinentieprogramma's blijken in ons land maar zeer weinig ingezet te worden, maar kunnen wel degelijk effectief zijn. Toch is het niet eenvoudig een goed inzicht te krijgen in de effecten. Er is weliswaar veel onderzoek verschenen naar het fenomeen incontinentie, maar dat is uitgevoerd vanuit zeer verschillende invalshoeken. Opvallend is dat een fors deel te herleiden is tot biomedisch georiënteerd onderzoek, bijvoorbeeld naar de invloed van medicatie of bepaalde al dan niet operatieve ingrepen. Of onderzoek naar incontinentie bij vrouwen van 30-70 jaar, waarbij gynaecologische en/of bekkenbodemproblemen een grote rol spelen. Bij de vormen van incontinentie die centraal staan in deze onderzoeken is de oorzaak veelal vrij eenduidig te traceren en er wordt in dat verband ook wel gesproken over een 'enkelvoudige zorgvraag' (2). Dit is ook de vorm van incontinentie die in ziekenhuizen (CURE) veel voor kan komen. Deze vorm is van minder belang voor de vormen van incontinentie in de CARE die in dit artikel centraal staan.

Functionele incontinentie

Bij het grootste deel van incontinentie zoals die in de CARE voorkomt is het vaststellen van een eenduidige oorzaak of diagnose vaak niet goed mogelijk. Er is daar veeleer sprake van een complexe zorgvraag met meerdere aandoeningen waarbij ook incontinentie, vaak als bijkomend probleem, aanwezig is. Dit vormt een groep waarbij het meestal niet mogelijk is een eenduidige medische oorzaak vast te stellen. Allerlei andere aspecten vormen dan in samenhang met elkaar de aanleiding tot het al dan niet ontstaan van incontinentie. Die vormen van incontinentie worden wel samengevat onder de noemer 'functionele incontinentie'. De schattingen zijn dat meer dan 80-90% van de incontinentie in verpleeg- en verzorgingshuizen vormen van functionele incontinentie zijn. Dit leidt Engelse onderzoekers er dan ook toe te concluderen dat de oplossing niet in de medische sfeer gezocht moet worden, maar letterlijk 'in het toilet' (13).
Specifiek onderzoek naar de functionelere vormen van incontinentie is in verhouding veel minder vaak uitgevoerd dan onderzoek naar de specifieke en medische oorzaken.

Zoals aangegeven is de registratie van incontinentie sowieso momenteel voor verbetering vatbaar. In de aanpak speelt dit onderscheid tussen functionele incontinentie en de meer eenduidige, enkelvoudige vormen een essentiële rol. Wel zij opgemerkt dat het altijd van belang is dat specifieke medische oorzaken te allen tijde uitgesloten moeten worden alvorens een aanpak gericht op functionele incontinentie ingezet kan worden.

"...mobiliteit is een zeer sterke, zo niet de meest bepalende factor voor het ontstaan van incontinentie bij verpleeghuisbewoners..."

Zeker bij ouderen speelt functionele incontinentie een grote rol. Het gaat dan om 'ongewild of ongewenst urineverlies dat samenhangt met de onmogelijkheid (tijdig) het toilet te gebruiken vanwege beperkingen in cognitie, motorisch functioneren, onwil en/of omgevingsfactoren'. Het zouden deze factoren zijn die het meest beïnvloedbaar zijn en daardoor zou hier de mogelijkheid liggen om incontinentie terug te dringen of draaglijker te maken voor zowel zorgverleners als cliënten.

Sleutelrol van mobiliteit

In de literatuur wordt erop gewezen dat er tot voor kort teveel nadruk is gelegd op de medische oorzaken in tegenstelling tot de overige factoren (2,5,10-14). Met name mobiliteit van cliënten blijkt een cruciale factor te zijn. Ook Nederlands onderzoek laat zien dat

juist mobiliteit een zeer sterke, zo niet de meest bepalende factor is voor het ontstaan van incontinentie bij verpleeghuisbewoners (5). Dit wordt ook wel plastisch samengevat in de zin: "Als je maar lang genoeg wacht, zijn we allemaal incontinent". Oftewel, iedereen die niet in staat is zelfstandig naar het toilet te gaan en tijdig zijn/haar kleding uit te doen, zal incontinentie ervaren en een grote kans hebben om uiteindelijk volledig incontinent te worden.

Aan de andere kant moet ook erkend worden dat incontinentie soms zo lang bestaat dat er geen mogelijkheid meer is om hier redelijkerwijs verbetering in aan te brengen. Van Houten wijst hier terecht op (11,12). We moeten dan ook niet de illusie hebben dat alle incontinentie te voorkomen of te herstellen is. Implementatietechisch gezien is het dan ook zaak om deze groep niet te belasten met zinloze maatregelen en het beleid juist te richten op het draaglijk maken van de incontinentie en de preventieve activiteiten meer te richten op de groep waar wel verbetering mogelijk is. Van Houten wijst ook op de nog onderschatte aanwezigheid van fecesincontinentie en daardoor ook vaak dubbele incontinentie (12). De aanpak richt zich vaak vooral of zelfs uitsluitend op urine-incontinentie terwijl fecesincontinentie minstens zoveel invloed kan hebben en als belastend kan worden ervaren.

Hieronder volgt een overzicht van factoren die bijdragen aan het ontstaan van incontinentie en dan vooral van de meer functionele vormen.

1. Mobiliteit

Een zeer belangrijke factor. Naarmate cliënten minder mobiel zijn, blijkt ook de kans op incontinentie sterk toe te nemen (5). Buitenlands onderzoek noemt een factor anderhalf tot maar liefst dertien voor het risico op het ontstaan van incontinentie als de cliënt niet in staat is de handeling van opstaan en gaan zitten zelfstandig uit te voeren (1,11-13).

2. Veroudering

Bij ouderen komt er een aantal vrij specifieke zaken bij. Dat zijn in principe zaken die horen bij het ouder worden en die dus vrij algemeen zijn.

- Nierfunctie

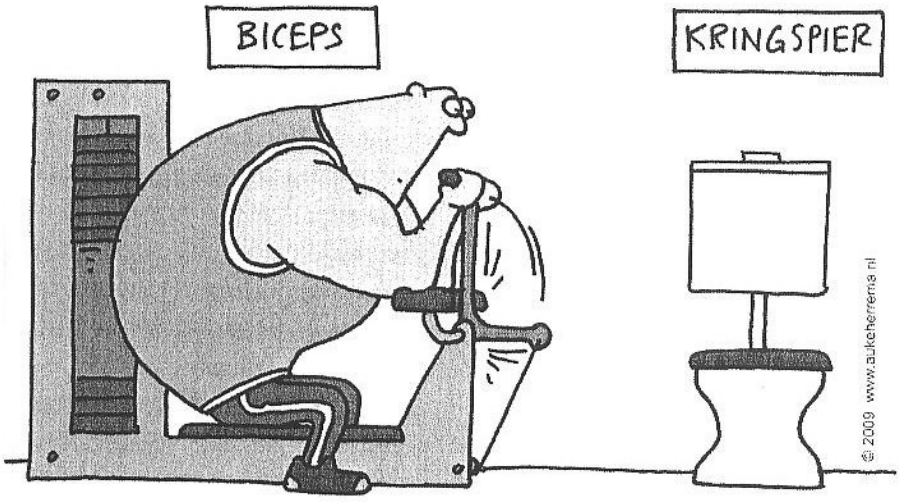
De nieren kunnen minder goed werken bij ouderen. Dat betekent dat de urine mogelijk minder geconcentreerd zal worden en daardoor produceren ouderen vaak meer urine (meer volume). Daarmee wordt de kans op incontinentie groter. Anderzijds kan het zo zijn dat ouderen minder drinken en daardoor juist minder urine produceren. Zeker wanneer ouderen bang zijn om ongewenst urine te gaan verliezen, zullen zij om die reden minder gaan drinken.

- Veroudering

Bij normale veroudering zal de motoriek in kwaliteit afnemen. Op het moment dat ouderen naar het toilet gaan zijn ze daardoor minder snel en handig dan jongeren om op tijd het toilet te bereiken en de kleding uit te doen.

- Blaasfunctie

De blaas wordt met het toenemen van de leeftijd minder rekbaar en kan minder urine vasthouden. In de wand van de blaas zitten sensoren die waarschuwen als de blaas vol begint te raken. Deze worden minder gevoelig en geven pas later een signaal af. Jongeren en jongvolwassenen krijgen aandrang om te plassen zodra de blaas ongeveer 50% volzit. Bij ouderen komt het nogal eens voor dat pas bij een vulling van 90% een signaal afgegeven wordt. Tenslotte kunnen hormonale veranderingen en minder sterk weefsel ertoe leiden dat 'lekkages' optreden.



3. Dementie

Ook dementie is een belangrijke factor. De kans op incontinentie wordt er grofweg door verdubbeld. Een uitermate belangrijke factor dus, maar vermoedelijk minder groot dan mobiliteit. Valk geeft aan dat de risicofactoren mobiliteit en dementie onafhankelijk van elkaar zijn en samen een groot deel van de risico's op het ontstaan van ongewenst urineverlies kunnen verklaren (5).

4. Andere aandoeningen of beperkingen

Andere ziekten of aandoeningen kunnen eveneens meespelen. Een cliënt met reuma zal soms door de ervaren pijn moeilijk het toilet kunnen bereiken en dan moeilijk en met veel pijn kleding moeten verwijderen. Dat kan aanleiding tot incontinentie geven, maar in principe gaat het hier dus weer indirect om factoren die gerelateerd zijn aan de mobiliteit van cliënten.

5. Medicijngebruik

Dat geldt evenzeer voor een deel voor het gebruik van medicijnen. Een aantal medicijnen heeft direct of indirect invloed op continentie. Onderzoek geeft aan dat 82% van de incontinente verpleeghuisbewoners een vorm van medicatie gebruikt waarvan bekend is dat er een invloed op de mictie is (5,13). Veel medicijnen kunnen direct of indirect de mobiliteit van cliënten beïnvloeden en daardoor aanleiding geven tot incontinentie. Maar het meest bekend is uiteraard de invloed van diuretica. Ze kunnen binnen een paar uur incontinentie veroorzaken. Medicijnen met een vertraagde werking uit deze groep kunnen juist nachtelijke incontinentie veroorzaken.

IJzerpreparaten, maar ook pijnstillers (met name de opiaten) kunnen aanleiding zijn voor vormen van verstopping hetgeen ook invloed heeft op incontinentie. Medicijnen tegen hoge bloeddruk kunnen de contracties van de blaas en de basisspanning van de blaas verminderen. Spierontspanners kunnen de blaasspier doen verslappen, maar hebben ook directe invloed op de mobiliteit waardoor de gebruikers hiervan minder gemakkelijk het toilet bereiken. Bepaalde psychofarmaca ten slotte kunnen cliënten minder alert maken of direct de vulling van de blaas beïnvloeden.

6. Randvoorwaarden in de omgeving

Vanuit de literatuur komt een aantal omgevingsfactoren naar voren aan welke voldaan moet zijn willen cliënten continent kunnen blijven (1,2,3,5,10-12). Het gaat dan om logistieke zaken als het aantal toiletten, de inrichting van die toiletten (deuren, ruimte, beugels, steunen etcetera), de aanwezigheid van transferhulpmiddelen rondom het toilet en het aantal mensen dat kan assisteren bij de toiletgang. In feite verloopt dit cluster van risicofactoren ook weer voor een groot deel via mobiliteit.

7. Organisatiegebonden factoren

Enkele studies wijzen op het gegeven dat ook de wijze waarop zorg wordt verleend van invloed is op de mate waarin cliënten incontinent zijn (7,10,13,14). In instellingen waar vrijwel iedereen incontinent is, incontinentiemateriaal ruim voorhanden is en ook uit voorzorg wordt gebruikt, zullen cliënten ook sneller incontinent worden. Of als er een tijdelijke oorzaak van incontinentie was, zullen cliënten niet snel meer terugkeren naar continentie. Bij een cliënt die bijvoorbeeld continent was en vervolgens een week bedlegerig is door bijvoorbeeld griep, kan het zinvol zijn tijdelijk incontinentiemateriaal te gebruiken. Daarna zal dan niet altijd een actieve poging gedaan worden om die cliënt weer zonder incontinentiemateriaal zelfstandig verder te laten functioneren.

8. 'Imago' van incontinentie

Tenslotte geven sommige studies aan dat incontinentie zo vanzelfsprekend is dat de onbewuste boodschap naar cliënten is dat in-

continentie er bij hoort. Dat geldt niet alleen voor het verschijnsel op zich, maar ook voor de aanpak ervan. Siddle beschrijft dat bijvoorbeeld zeer plastisch door te stellen dat "incontinence appears to be managed by throwing a pad at it" (7). Ook Valk wijst er voor ons land op dat deze beeldvorming een rol speelt, vooral als het gaat om incontinentie in de CARE. Zij stelt dat er "kennelijk in ons land weinig vragen worden gesteld als het gaat om ongewenst urineverlies" (5). Zij verkiest om die reden de term 'ongewenst urineverlies' boven incontinentie. Ze verwijst naar meerdere studies die aangeven dat zorgverleners en artsen niet goed weten waar ze op moeten letten en wat ze kunnen doen aan ongewenst urineverlies bij ouderen. Door de voortdurende personele krapte zou er nauwelijks plaats zijn voor het voorkomen en zou men vooral gericht zijn op het uitvoeren van de dagelijkse basiszorg (5). Deze bevindingen over het imago van incontinentie, de weinig proactieve aanpak ervan en de rol van organisatiegebonden factoren zijn, weliswaar iets minder expliciet, ook terug te vinden in de rapporten van Sixma en van de IGZ uit 2006 (2,3).

Strategieën met bewezen effecten

De bewezen effectiviteit van strategieën zou met name gelden voor de behoudende, niet-invasieve, niet-medicamenteuze, geprotocolleerde benaderingen, vooral omdat het bij ouderen in instellingen veelal gaat om functionele incontinentie. Dat geldt ook voor de verergering ervan. Dergelijke interventies zijn in staat om een reductie van 40-50% te bewerkstelligen in het voorkomen van incontinentie, ook al zijn deze benaderingen zeker in het begin arbeidsintensief en is de lange termijn borging ervan vaak een knelpunt (5,10,11,12,14). Palmer beschrijft dat er weer een toiletgangpercentage van 66% of hoger gerealiseerd wordt en dat het percentage incontinentie ('wet rate') zou kunnen zakken naar 20% of lager (10). Nazarko wijst er in samenhang met de hierboven beschreven factoren op dat incontinentie verrassend vaak door kleine probleempjes wordt veroorzaakt (13). Zij trekt de parallel met het lopen over een evenwichtskoord: een klein duwtje en de cliënt is incontinent. Dat houdt in dat clientgerichte zorg en zorgvuldige assessments (het in kaart brengen van wat er precies aan de hand is) heel belangrijk zijn om incontinentie te voorkomen.

Ook uit ons land komen positieve indicaties over de effectiviteit. Van Houten et al. vonden een afname van urineverlies van 38% in een interventie (RCT) gericht op het bevorderen van mobiliteit en toiletvaardigheden in een groep vrouwen met langdurige incontinentie (11,12). Zij beschrijven dat drie vrouwen uit de groep (10%) volledig continent werden en zes vrouwen (20%) in staat waren om weer zelfstandig naar het toilet te gaan. De studiegroep was te klein om tot definitieve uitspraken over de effectiviteit te komen; meer onderzoek is daarvoor nodig. Toch stellen ze vast dat het wel degelijk mogelijk is om langdurig bestaande incontinentie gunstig te beïnvloeden middels mobiliteitstraining.

Dergelijke benaderingen zijn daarmee dus vooral op het principe gebaseerd dat mobiliteitsbeperkingen van ouderen rond de toiletgang en de daaruit voortvloeiende afhankelijkheid van de verzorging mede tot incontinentie leiden. Door een cliëntgerichte, individuele benadering, tijdige hulp, selectieve inzet van (speciaal) innovatief incontinentiemateriaal, nieuwe hulpmiddelen en/of (kleding)aanpassingen bij de toiletgang zou incontinentie voorkomen en teruggedrongen kunnen worden.

Anderzijds moet ook vastgesteld worden dat het niet altijd meer mogelijk is om verbetering te bereiken. Des te meer reden om een goed assessment uit te voeren en voor elke cliënt de beste strategie te kiezen, bij voorkeur in nauw overleg met de cliënt.

"...langdurig bestaande incontinentie is gunstig te beïnvloeden middels mobiliteitstraining..."

Implementatieproblemen

Ondanks deze positieve aanwijzingen voor de effectiviteit van interventies en beleid, lijken er echter problemen te zijn bij de invoering of implementatie ervan op instellingsniveau. De belemmeringen

voor de invoering van continentiebeleid zouden vooral liggen op het gebied van het genoemde negatieve imago van incontinentie, de werkdruk van de verpleging en verzorging en problemen bij het uitvoeren van mobiliteitsbevorderde maatregelen. Incontinentie wordt als onvermijdelijk gezien, de werkdruk in de zorg is hoog, de juiste hulpmiddelen ontbreken soms, de ondersteuning voor een betere mobiliteit is beperkt en de routing op de afdeling of woonunit zou niet optimaal zijn. Hoewel er, zeker in ons land, nog weinig gericht onderzoek is gedaan, liggen hier mogelijkheden voor (kosten)effectiever continentiebeleid. De onderzoeken die er wel zijn, zijn beschrijvend van aard, maar de ervaringen zijn zeer relevant en geven een indicatie van wat er mogelijk is. Knibbe vergeleek bijvoorbeeld de situatie in drie Nederlandse en een Brits verpleeghuis (1). Door kleinschaligheid en zeer cliëntgericht te werken bleek men in staat om een grote gevoeligheid te ontwikkelen voor signalen van de cliënt zelf en de momenten dat incontinentie ontstaat, zoals blijkt uit de uitspraak "als een cliënt gaat schuiven op zijn stoel weet je soms al hoe laat het is". Ook was de bejegening van cliënten rondom incontinentie van belang. Het bleek dat een deel van de cliënten vond dat ze te lang moesten wachten, anderen werden juist naar het toilet gebracht terwijl ze helemaal niet hoefden. Ook de hygiëne, de privacy en de geur liet te wensen over. De manier waarop toiletgang werd aangekaart werd door cliënten niet altijd gewaardeerd. Bijvoorbeeld door een volle huiskamer binnen te komen en dan hardop te roepen: "Meneer P. gaat u mee naar de wc?",of "Net hoefde u ook niet en nu ineens wel?". Onder het motto 'Kunnen als je moet' werd een zogenaamde '5-minutenregel' ingevoerd. Dat houdt in dat als een cliënt aangeeft dat hij/zij naar het toilet gebracht wil worden, hij/zij ook binnen vijf minuten naar het toilet gebracht zou moeten worden. Cliënten werden actief betrokken bij dit project en kregen bijvoorbeeld ook rode kaarten om uit te delen als die 5-minutenregel overschreden werd. Het bleek dat wanneer cliënten erop kunnen vertrouwen dat ze binnen vijf minuten geholpen kunnen worden, dit rust geeft. Die rust betekent dat er niet weer onmiddellijk een vraag om toiletgang ontstaat.

Overigens zijn toiletrondes wel degelijk relevant voor bijvoorbeeld cliënten die geen gevoel en eigen regelmaat meer hebben. Juist het ijzeren ritme van een toiletronde kan deze groep weer continent maken. Incontinentiebeleid blijft daarom een keuze die per cliënt de ene of de andere kant uit kan vallen. Wanneer een ongestoorde nachtrust erg belangrijk is en/of door de cliënt hoog gewaardeerd wordt, kan het nuttig zijn om 's nachts met zwaar incontinentiemateriaal te werken. Dat blijft een individuele afweging. Ook hier gaan zorginhoudelijke keuzes samen met een reductie van fysieke belasting en een beperking van de werkdruk.

Globaal kan de aanpak van incontinentie in drie strategieën worden gesplitst (1).

ZorgVoorBeter
Innovatie in de care

Zorg voor Beter stimuleert organisaties in de langdurende zorg om te werken aan kwaliteitsverbetering en duurzaamheid van de zorg. Dit om iedereen nu en in de toekomst een goede zorg te kunnen garanderen. Zorg voor Beter biedt een methodische aanpak, goede voorbeelden en advies van experts. Leren van elkaar staat centraal. Thema s die Zorg voor Beter aanpakt zijn bijvoorbeeld valpreventie, medicatieveiligheid, arbeidsbesparende innovaties en de zorg voor mensen met dementie. Zorg voor Beter is een initiatief van het ministerie van VWS waarover ZonMw de regie heeft. Meer dan 700 zorgorganisaties doen mee.

Strategie 1: Gedragsmatige interventies

Zoals aangegeven komen over deze aanpak positieve indicaties naar voren uit de literatuur. Wat wel opvalt is dat de onderzoeken veelal een van de strategieën afzonderlijk bestuderen en niet de vervolgens in bijna alle onderzoeken voorgestelde mix van aanpakken (10). Immers, bij een deel van de cliënten zal de ene aanpak werken en bij de andere juist niet.

Op basis van een individuele beoordeling, waarbij vanzelfsprekend alle medische oorzaken in kaart zijn gebracht, kan een keuze worden gemaakt uit vijf invalshoe-

ken of combinaties daarvan. Daarbij zij opgemerkt dat de keuze uit deze vijf (of van mengvormen) op basis van individuele assessments gemaakt zal moeten worden, waarbij er in de praktijk een mix van deze vijf geboden moet kunnen worden. Bij alle vijf spelen mobiliteitsbevorderende maatregelen een faciliterende rol (toegang tot toilet, aangepaste kleding, voldoende hulpmiddelen, verlichting etcetera).

De vijf manieren van aanpak die binnen deze strategie van gedragsinterventies vallen zijn:

- 1) direct ingaan op het verzoek van de cliënt om naar het toilet te gaan (volgens de '5-minutenregel'),
- 2) toiletschema's: vaste en frequente tijden waarop iemand naar het toilet wordt gebracht,
- 3) voorstellen ('prompted voiding'),
- 4) gewoonteschema's,
- 5) blaastraining.

Ad 1: Dit blijkt de meest toegepaste methode. Uiteraard is dit een belangrijke methode die rust kan geven waardoor de vraag naar hulp af kan nemen. Echter, omdat tevens blijkt dat het niet voelen of niet alert zijn op aandrang een rol speelt, is deze aanpak zeker niet op alle cliënten van toepassing. Daarom verdienen ook de andere vier methoden aandacht.

Ad 2: Dit is van toepassing op clienten die geen aandrang meer voelen, geen gewoontes hebben, geen ritme in hun continentie hebben en psychisch niet meer in staat zijn om bewust te leren. Zij worden op vaste, frequente en regelmatige tijden naar het toilet gebracht. Dit is sterk vergelijkbaar met, maar niet hetzelfde als een toiletronde, maar kan cliëntgebonden zijn (elke cliënt een eigen ritme).

Ad 3: Dit is van toepassing op clienten die nog wel een minimale sensatie hebben dat hun blaas vol is, maar die daar verder niets mee doen. In het kort betekent dit de volgende vier stappen:

- vraag de cliënt of hij/zij droog is en of hij/zij wil gaan;
- helpen als dat zo is;
- wees daar positief over;
- vertel wanneer je de volgende keer weer komt vragen en geef aan dat de cliënt dat zelf ook mag aangeven en stimuleer hem/haar dat ook te doen.

Het is deze benadering die vooral in de Amerikaanse literatuur positieve effecten laat zien bij cliënten die al incontinent zijn.

Ad 4: Cliënten kunnen een persoonlijke regelmaat hebben, zonder dat ze zich daarvan bewust zijn. Als de cliënt duidelijke vaste gewoontes heeft wanneer hij/zij nat is, probeer dan daar op in te spelen in de vorm van een individueel aangepast schema. Dit ritme kan zichtbaar worden naar aanleiding van bijvoorbeeld een driedaagse registratie in dagboekjes.

Ad 5: Dit geldt bijvoorbeeld voor cliënten die angstig zijn om urine te verliezen, daardoor onzeker worden en steeds vaker naar het toilet gaan, of voor cliënten met zwakke bekkenbodemspieren en dergelijke. Zij moeten nog wel enigermate bewust om kunnen gaan met deze sensaties en ze proberen te trainen.

Strategie 2: Selectieve inzet van hoogwaardig en modern incontinentiemateriaal

In deze strategie staat het verantwoord gebruik van de moderne soorten incontinentiemateriaal centraal. De laatste jaren is hier sprake van duidelijke innovaties. Het materiaal is in staat om urine zeer goed te absorberen met zo min mogelijk nadelige invloed op de huid door inwerking van ontlasting of urine. Daarmee kan het aantal momenten dat er moet worden verschoond verkleind worden, zonder gevolgen voor de huid. Daarnaast wordt de tijd die nodig is per verschoning verkort. De verschillen lopen uiteen per merk, maar zeker bij gebruik van de speciale buikbandontwerpen zijn er tijdsvoordelen (8,9). Behalve dit buikbandsysteem zijn er verdere innovaties op dit gebied, zoals een verband dat zowel als broekje en, wanneer de zijkanten worden gescheurd, als plakbaar verband te gebruiken is. Dat kan extra handelingen zoals het uit moeten trekken van broeken voorkomen en dus niet alleen de zelfredzaamheid bevorderen, maar ook tijd en fysieke belasting beperken.

Het gebruik van de innovatieve materialen levert daarnaast in ergonomische zin voordelen op (8,9). Deze invloed is vrij fors omdat zowel het aantal tilhandelingen als de statische belasting beperkt wordt. Behalve het ontwerp en de materiaalkeuze is het gebruiksgemak aanzienlijk verbeterd.

Bijna al deze punten leiden direct of indirect tot minder tijdsbeslag. Een directe verkorting is aan de orde als de handelingsduur zelf verkort wordt en indirect als de cliënt daardoor meer zelfredzaam wordt. Zo is visuele controle minder belangrijk ("het plakt toch wel") en het laat minder snel los, de kans op lekkage is sterk afgenomen (be-

tere aansluiting, betere pasvormen, zachter materiaal) en plakkers worden minder snel 'lam' door het gebruik van huidvriendelijke soorten 'klittenband'. Sommige verbanden zijn op meerdere manieren te gebruiken (bijvoorbeeld achterstevoren), waardoor het gebruiksgemak en de gebruikssnelheid gunstig beïnvloed worden. Ook sluiten de nieuwere ontwerpen goed aan bij kleding: een broek hoeft bijvoorbeeld niet meer uitgetrokken te worden om diegene te verschonen. Het voortdurend plukken aan en losmaken van verband (iets dat bij verwarde cliënten voor kan komen) komt minder voor bij sommige verbandbevestigingen.

"...het idee dat incontinentie een onvermijdelijk verschijnsel is, is onterecht..."

Strategie 3: Het voorkomen en beperken van de nadelige gevolgen van incontinentie

Tenslotte zijn er in toenemende mate innovaties te vinden die vooral de nadelige gevolgen van incontinentie inperken. Het gaat dan om allerlei sprays en crèmes die het schoonmaken van de huid na een incontinentie-episode vergemakkelijken (producten die bijvoorbeeld het verwijderen van aangekoekte of korrelige ontlasting makkelijker maken), kwalitatief verbeteren en de totale tijdsduur verkorten. Ze werken soms ook omdat ze het directe contact van de huid met de bijtende stoffen uit urine en ontlasting verhinderen, waardoor de huid minder snel beschadigd wordt en als deze beschadigd is, juist de tijd krijgt om te herstellen.
Onderzoek hiernaar is neutraal tot sterk positief over de effecten ervan. Zo zou de tijdswinst van bijna niets tot meerdere minuten per dag beslaan en zelfs tot negen minuten per cliënt kunnen oplopen. De huidkwaliteit zou positief beïnvloed worden, de fysieke belasting voor zorgverleners beperkt blijven en de subjectieve ervaring van zorgverleners en cliënten gunstig zijn (1). Van een aantal producten is daarnaast bekend dat ze niet dagelijks gebruikt hoeven of zelfs mogen worden voor een optimaal effect. Dat maakt vanzelfsprekend de doelmatigheid, met name als het gaat om arbeidsproductiviteit van zorgverleners, al snel groot. De instructie in deze technieken is eenvoudig, het gebruik snel geïntroduceerd en de inbedding ervan betrekkelijk makkelijk.

Inzage in kosten en baten middels een businesscase

Juist deze keuzes, de afweging tussen kosten en baten en de onderlinge inhoudelijke afstemming is voor veel managers nog onvoldoende helder en inzichtelijk (1). Dit zou meer aandacht verdienen. Om daar enigszins bij te helpen is een businesscase en bijbehorende rekenmodule ontwikkeld die te downloaden is vanaf www.innovatiespiegel.nl

Conclusies

Incontinentie is kwalitatief, zorginhoudelijk, professioneel en financieel een relevant en deels ook beladen onderwerp. Het is een thema waar, afgaande op de mogelijkheden die er zijn, nog te weinig actie op ondernomen wordt, terwijl dit toch tamelijk urgent lijkt gezien de aard en omvang van het probleem en de demografische ontwikkelingen. Het idee dat incontinentie een onvermijdelijk verschijnsel is, is onterecht. Er zijn kansrijke mogelijkheden om incontinentie te voorkomen en, als het toch ontstaat, de nadelige gevolgen ervan zowel voor zorgverlener als voor cliënten te beperken. Mobiliteit speelt daarbij veelal een sleutelrol en dus kan ook de paramedicus in de CARE een ondersteunende en faciliterende rol spelen bij een goed continentiebeleid.
Voor een deel gaat het hier wel om een aanpak die in het begin veel tijd vergt en ook niet eenvoudig is qua implementatieproces. Daar ligt zodoende een duidelijke barrière voor implementatie. Voor een

Praktijkinformatie voor zorgverleners over continentiebeleid kunt u gratis downloaden of bestellen via **www.ergocoaches.nl** of **www.gezondenzeker.nl**.

ander deel gaat het om een aanpak waarvoor goede productinnovaties zijn ontwikkeld. Juist die innovaties leiden vrij snel tot positieve effecten als het gaat om het omgaan met incontinentie en het beperken van de nadelige gevolgen ervan.

Bij het aanpakken en voorkomen van incontinentie is meer bekendheid nodig over de diverse strategieën en de effecten ervan. Daarmee kan een betere mix gerealiseerd worden die voorkomt dat er enkele standaardaanpakken gekozen worden, die voor een deel van de cliënten wellicht wel geschikt zijn, maar zeker voor de groep als geheel kansen laten liggen. Daarbij zou er meer erkenning moeten komen voor de specifieke kenmerken van functionele incontinentie. Onze verkenning maakt duidelijk dat er wel degelijk kansen zijn. Wel moet gewaakt worden voor de val die in meerdere onderzoeken wordt genoemd. Het in praktijk brengen van een effectieve aanpak kost in het begin tijd en deze moet op dat moment ook geboden kunnen worden.

We sluiten af met de wens uit te spreken dat het thema continentie in de CARE veel aandacht zal krijgen in beleid en uitvoering. Er liggen teveel mooie kansen die nu onbenut en onderbenut zijn.

Literatuurlijst

1) **Knibbe JJ, Knibbe NE.** Businesscase Incontinentie, A+O VVT, CAOP, Den Haag, 2009.

2) **Sixma JJ.** Urine-incontinentie, Advies aan de Minister van VWS. Den Haag, 2001.

3) Zie rapportages op www.igz.nl

4) **Halfens RJG.** Landelijke prevalentiemeting Zorgproblemen 2007. UNIMAAS, Maastricht, 2007.

5) **Valk M.** Urinary incontinence in psychogeriatric nursing home patients, prevalence and determinants. Proefschrift, Universiteit van Utrecht, Utrecht, 1999.

6) **Knibbe JJ, Knibbe NE.** Metingen Basiszorglijst, 2005-2010. LOCOmotion, Bennekom, 2005-2010.

7) **Siddle A.** Cut out the padding. Nursing Times. 1997:93(43):76-8.

8) **Knibbe JJ, Knibbe NE.** The value of an ergonomic design of incontinence pads. Proceedings 5th Annual Safe patient handling & Movement Conference. University of South Florida, Tampa, 2005.

9) **Knibbe JJ, Knibbe NE.** Zorgverlener minder belast door ergonomisch incontinentiemateriaal. Tijdschrift voor Ergonomie. 31, 1, 2006.

10) **Palmer NH.** Urinary Incontinence Quality Improvement in Nursing Homes: Where Have We Been? Where Are We Going? Urol Nurs. 2008;28(6):439-44.

11) **Houten P van, Achterberg W, Ribbe M.** Urinary Incontinence in Disabled Elderly Women: A Randomized Clinical Trial on the Effect of Training Mobility and Toileting Skills to Achieve Independent Toileting. Gerontology. 2007;53:205-10.

12) Houten P van. The relation between incontinence, toileting skills and morbidity in nursing homes. Proefschrift, VU, Amsterdam, 2008.

13) **Nazarko L.** Incontinence- a treatable symptom. Caring Times. 1999;2:14.

14) **Ouslander JG, Schnelle JF, et al.** Predictors of successful prompted voiding among incontinent nursing home residents. JAMA. 1995;273(17):1366-70.

de Fysiotherapeut
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Problemen met adressering of verzending van F&O????
www.ledenadministratie@kngf.nl of 033-4672929