
Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen



LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging



Utrecht
September 2010

Verantwoordelijke instanties

Opdrachtgever: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Postbus 8212
3503 RE Utrecht
Website: www.venvn.nl
Email: info@venvn.nl
Tel: 030 291 90 50

Uitvoering: Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)
Postbus 3135
3502 GC Utrecht
Website: www.levv.nl
Email: secretariaat@levv.nl
Tel: 030 291 90 05

Met medewerking van: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Afdeling Continentie Verpleegkundigen & Verzorgenden
Postbus 8212
3503 RE Utrecht
Website: www.cvnv.nl

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u terecht bij V&VN (zie bovenstaande contactgegevens).

Financieel mogelijk gemaakt door ZonMw.



De richtlijn is te bekijken en te downloaden op:

www.levv.nl/richtlijnen

www.venvn.nl

Inhoud

Verantwoordelijke instanties 3

Samenstelling expertgroep 8

Mw. ir. C. (Claudia) Schröder-Baars (tweede reviewer), adviseur - Landelijk

Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVVBegrippenlijst 9

Begrippenlijst 10

Afkortingenlijst 13

Kernaanbevelingen 15

1 Inleiding 21

1.1 Aanleiding 21

1.2 Doelstelling 22

1.3 Richtlijngebruikers 23

1.4 Patiëntenpopulatie 23

1.5 Uitgangsvragen 23

1.6 Afbakening van het onderwerp en definities 24

1.7 Methode 25

1.8 Onafhankelijkheid 25

1.9 Juridische betekenis 25

1.10 Herziening 25

2 Diagnostiek 27

2.1 Anamnese 27

2.2 Mictiedagboek 30

2.3 Urine-onderzoek 34

Conclusies 34

2.4 Residu bepalen 35

2.5 Padtest (verbandtest) 38

2.6 Vragenlijsten lichamelijke en cognitieve beperkingen 39

Conclusie 40

2.7 Vragenlijsten kwaliteit van leven en symptoomscores (LUTS en BFLUTS) 41

Conclusie 43

Overige overwegingen 43

Aanbevelingen 44

3 Behandelinterventies 45

3.1 Bekkenbodemspiertraining 45

3.2 Blaastraining 57

3.3 Behandeling door middel van medicatie 68

Conclusies 78

Niveau 2 78

Niveau 4 78

Niveau 2 79

3.4 Leefstijl adviezen 81

4 Comorbiditeit 87

5 Interventies gericht op toiletgang en toilethouding 89

5.1 Interventies gericht op de toiletgang 89

5.2 Toilethouding 98

6 Incontinentie-absorptiemateriaal en huidverzorging 101

6.1 Incontinentie -absorptiemateriaal 101

6.2 Huidverzorging 109

7 Organisatie van zorg 115

8 Implementatie 119

Referenties 123

Bijlagen 135

- Bijlage 1** Factoren losstaand van de functie van de blaas, die kunnen bijdragen aan incontinentie 135
- Bijlage 2** Voorbeeld van een mictiedagboek 139
- Bijlage 3** Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination 141
- Bijlage 4** Vragenlijsten met de status 'sterk aanbeloven' 143
- Bijlage 5** PRAFAB 144
- Bijlage 6** Stappenplan zorg rondom urine-incontinentie 146

Samenstelling expertgroep

Dhr. H. J. (Henk Jan) Mulder MScN (voorzitter), Verpleegkundig specialist urologie, Martiniziekenhuis – namens V&VN, afdeling Continentie Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN CV&V)

Mw. C.J. (Carien) Geertse, verpleegkundige, clusterhoofd, Beweging 3.0– namens ActiZ

Dhr. dr. P. (Paul) van Houten, Specialist ouderengeneeskunde, Zonnehuisgroep Amstelland- namens Verenso

Mw. J.W. (Rineke) Sturm, Projectmedewerker, trainer Sting – namens Sting, tot 31-12-2008

Dhr. dr. M.R. (Michael) van Balken, Uroloog, Alysis zorggroep- namens Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

Dhr. dr. L.C.M. (Bary) Berghmans, Fysiotherapeut, Organisatorisch directeur Pelvic Care Center Maastricht – namens Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Mw. (Wilma) Poelstra, Verpleegkundig specialist geriatrie CWZ, tot 31-12-2008 – namens V&VN Geriatrie

Mw. D. (Danielle) van Reijn, Bekkenfysiotherapeut, Bekkenfysiotherapie Baarn – namens Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB)

Mw. E. (Els) Schipper, Verpleegkundig consulent Geriatrie en Incontinentie, Thuiszorg Gooi en Vechtstreek tot 31-12-2010, RIBW Gooi & Vechtstreek vanaf 1-4-2010 – namens V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen

Mw. drs. A. (Annemieke) Horikx, Apotheker – Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP)

Mw. M. (Majorie) de Been, afdelingsmanager zorgprojecten Sting- namens Sting, vanaf 1-1-2009

Met ondersteuning van:

Mw. drs. L. (Laura) Evers (eerste reviewer en auteur), trainee, tot 31-10-2009 - Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Mw. drs. E. P. (Else) Poot (projectleider, medeauteur), senior adviseur - Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Mw. Drs. A. (Annet) Joustra, adviseur, tot 30-11-2008 - Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Mw. ir. C. (Claudia) Schröder-Baars (tweede reviewer), adviseur - Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Begrippenlijst

Aandachtsvelder continentiezorg

Een verpleegkundige of verzorgende met meer dan gemiddelde kennis en ervaring op het gebied van incontinentie met specifieke taken op het gebied van de continentiezorg (zie ook Hoofdstuk 7).

Aandrang (urine) incontinentie:

Klachten van onvrijwillig urineverlies samengaan met of direct voorafgegaan door een plotse, onhoudbare mictie-aandrang. Andere termen die gebruikt worden zijn urge incontinentie en urgency incontinentie.

Anamnese

Het zo volledig mogelijk in kaart brengen van een gezondheidsklacht, zodat gerichte interventies gepland kunnen worden. Er worden gegevens verzameld met betrekking tot bijvoorbeeld de medische voorgeschiedenis en de aard van de incontinentie. Bovendien wordt achterhaald welke factoren het incontinentieprobleem kunnen veroorzaken of verergeren. Denk bijvoorbeeld aan lichamelijke-, psychische- en omgevingsfactoren en het gebruik van medicatie.

Anticholinergica

In deze richtlijn wordt de term parasympholytica (zie aldaar) gebruikt in plaats van anticholinergica.

Bekkenfysiotherapeut

Fysiotherapeut, opgenomen in het register voor bekkenfysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, die onder andere is gespecialiseerd in inwendig onderzoek en inwendige behandeling gericht op bekkenfysiotherapie door aanvullende scholing (zie ook Hoofdstuk 7 en richtlijn Stress urine-incontinentie (KNGF, in druk).

Bekkenbodemspiertraining

Herhaaldelijk selectief en vrijwillig samentrekken en ontspannen van specifieke bekkenbodemspieren.

Blaastraining

Door het trainen van de blaas wordt geprobeerd om het normale plaspatroon te herstellen (tot een interval van ongeveer 3 à 4 uur). Cliënten moeten gedurende de dag volgens schema plassen en verder de drang tot plassen onderdrukken, door middel van strategieën als afleiding, ontspanning en bewuste voor dit doel geschikte bekkenbodemspiercontracties.

Cognitieve beperkingen

Problemen met de verstandelijke vermogens. Denk aan problemen met de oriëntatie, waarneming, aandacht of geheugen die bijvoorbeeld maken dat de oudere het toilet niet kan vinden of niet in woorden kan aangeven naar het toilet te moeten.

Comorbiditeit

Onder comorbiditeit wordt verstaan dat een cliënt naast urine-incontinentie één of meerdere aandoeningen heeft die buiten de blaas en de urinewegen zijn gelegen.

Dubbele incontinentie

De cliënt is zowel incontinent van urine als van faeces.

Functionele incontinentie

Onvrijwillig urineverlies doordat men niet in staat is zelfstandig naar het toilet te gaan door lichamelijke of cognitieve beperkingen.

Fysiotherapeut

Fysiotherapeut die beschikt over aantoonbare specifieke kennis van, attitude tot en inzicht in patiënten met urine-incontinentie (zie Hoofdstuk 7 en richtlijn Stress urine-incontinentie (KNGF, in druk).

Gemengde (urine) incontinentie:

Klachten van onvrijwillig verlies van urine samengaand met of direct voorafgegaan door een plotse, onhoudbare mictie-aandrang en ook bij persen of fysieke activiteiten (zoals sporten) of bij niezen of hoesten

Kwetsbare ouderen

Bij de kwetsbare oudere is sprake van fysieke beperkingen, beperkte mobiliteit, evenwichtsproblemen, verminderde spiersterkte, cognitieve problemen en/of verminderde conditie.

Leefstijladviezen

Dit zijn adviezen met betrekking tot de leefstijl. De adviezen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de hoeveelheid vochtinname en de mate van cafeïnegebruik.

Lichamelijk onderzoek

In het geval van urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen gaat het er met name om te onderzoeken of er sprake is van beperkingen in handfunctie dan wel mobiliteit, die urine-incontinentie kunnen veroorzaken dan wel verergeren.

Meten residu na plassen

Hierbij wordt achterhaald of na plassen nog (veel) urine aanwezig is in de blaas. Dit wordt gedaan door middel van een blaasscan of eenmalige katheterisatie.

Mictiedagboek

Een dagboek waarin bijgehouden kan worden op welke momenten men plast, hoeveel men plast, hoe vaak urine gelekt wordt, op welke momenten verband verschoond wordt en wanneer men drinkt en welke hoeveelheid.

Padtest (24-uurs)

Het bepalen van de hoeveelheid urineverlies door het meten en noteren van de gewichtstoename van het incontinentie absorptiemateriaal bij verschoning (gewicht natte verband min gewicht schone verband) gedurende 24 uur en vervolgens de gewichtstoename bij elkaar op te tellen. Wordt ook wel verband test genoemd.

Parasympatholytica

Medicatie die kan worden ingezet in het kader van behandeling van urine-incontinentie. Een andere term is anticholinergica. Parasympatholytica remmen het frequent samentrekken van de blaas/blaasspier.

Stressincontinentie:

Klachten van onvrijwillig urineverlies bij persen of fysieke activiteiten (zoals sporten) of bij niezen of hoesten. Een andere term die wordt gebruikt is inspanningsincontinentie.

Toiletgang na attenderen

Toiletgang na attenderen wordt ook wel prompted voiding genoemd en is erop gericht om mensen te leren zelf het initiatief te nemen voor de toiletgang, door om hulp bij de toiletgang te vragen.

Urge (urine)incontinentie of urgency (urine) incontinentie

Zie aandrangincontinentie.

Urine-incontinentie

Klachten van onvrijwillig urineverlies.

Urine-onderzoek

Het onderzoeken van de urine door middel van een urinestick of door het onderzoeken van het bezinksel van urine (sediment). Soms wordt een urinekweek gedaan. Bijvoorbeeld om te bekijken welke bacteriën verantwoordelijk zijn voor een urineweginfectie.

Wet checks

Het bepalen van de mate van urineverlies door te controleren en registreren of het incontinentie absorptiemateriaal nat is, bijvoorbeeld gedurende de dag iedere twee uur. Wanneer het incontinentie absorptiemateriaal nat is, wordt het vervangen.

Afkortingenlijst

BFLUTS = Bristol Female Urinary Tract Symptoms (symptomen vragenlijst)
BMI = Body Mass Index (geeft de verhouding weer tussen lengte en gewicht)
CI = confidence interval (betrouwbaarheidsinterval)
DAN-PSS = The Danish Prostatic Symptom Score (symptomen vragenlijst)
ICI = International Consultation on Incontinence
ICIQ = International Consultation on Incontinence (symptomen en impact vragenlijst)
IIQ = incontinence impact questionnaire (kwaliteit van leven vragenlijst)
I-QOL = incontinence quality of life (kwaliteit van leven vragenlijst)
ISI = incontinence severity index (symptomen vragenlijst)
KHQ = King's Health Questionnaire (kwaliteit van leven vragenlijst)
LUTS = lower urinary tract symptoms (symptomen van de lage urinewegen)
MD = mean difference (gemiddeld verschil)
MUI = gemengde urine-incontinentie
RCT = randomised controlled trial (gerandomiseerd experimenteel onderzoek)
MMSE = Mini Mental State Examination (vragenlijst om cognitieve stoornissen vast te stellen)
NICE = National Institute for Health and Clinical Excellence (national instituut voor gezondheidszorg in Engeland)
OUI = onvrijwillig urineverlies
OAB = overactieve blaas
OAB-q = overactive bladder questionnaire (overactieve blaas vragenlijst)
PRAFAB = vragenlijst met de onderdelen Protection (bescherming), Amount (hoeveelheid), Frequency (frequentie), Adjustment (aanpassing) en Body image (lichaamsbeeld)
RR = Relatieve Risico (de verhouding tussen risico's¹)
RV = Risicoverschil (het verschil tussen twee risico's¹)
RNAO = Registered Nurses' Association of Ontario (verpleegkundige beroepsvereniging in Canada)
SUI = stressincontinentie
SUIQQ = stress and urge incontinence quality of life questionnaire (symptomen en impact vragenlijst)
TURP = Trans Urethrale Resectie van de Prostaat (verwijdering van de prostaat via de

¹ Het risico is de verhouding tussen het aantal keren dat iets voorkomt in een groep en het totale aantal van die groep

plasbuis)

UDI = urogenital distress inventory (symptomen vragenlijst)

UI = urine-incontinentie

UUI = urge-incontinentie

UISS = urinary incontinence severity score (kwaliteit van leven vragenlijst)

WMD = weighted mean difference (gestandaardiseerd gemiddeld verschil)

Kernaanbevelingen

Doen	<p>Anamnese moet in ieder geval plaatsvinden:</p> <ul style="list-style-type: none">- bij beginnende urine-incontinentie- bij de overgang van enkele naar dubbele incontinentie- bij opname in bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingstehuis- bij verslechtering van urine-incontinentie- wanneer zich zaken hebben voorgedaan (bijvoorbeeld een beroerte) die incontinentie kunnen veroorzaken dan wel verergeren <p>Er moet in ieder geval goed gekeken worden naar:</p> <ul style="list-style-type: none">- de historie van de urine-incontinentie- de aard van de urine-incontinentie (stress-, aandrang-, gemengd-, functioneel)- potentieel beïnvloedende factoren (zie bijlage 1) die samenhangen met functionele stoornissen en omgeving, comorbiditeit en medicatiegebruik
Doen	<p>Potentieel behandelbare condities, die losstaan van de functie van de blaas, moeten eerst behandeld worden. Pas als de patiënt dan nog incontinent voor urine is, wordt een passende behandeling ingezet gericht op de urine-incontinentie zelf. Begin bij gemengde incontinentie met de vorm die het meest op de voorgrond staat.</p>
Doen	<p>Houd een mictiedagboek bij (of laat het bijhouden) om informatie te verzamelen over de ernst en aard van de urine-incontinentie. Een mictiedagboek wordt bijgehouden bij 1) opname indien er sprake is van urine-incontinentie, 2) beginnende urine-incontinentie en 3) verslechtering van de urine-incontinentie. Het instrument kan bovendien gebruikt worden om te evalueren wat de effectiviteit is van een ingezette behandeling voor urine-incontinentie.</p> <p>Het verdient aanbeveling om het dagboek drie aaneengesloten dagen bij te houden en rekening te houden met een representatieve variatie in</p>

	dagelijkse bezigheden. Zie bijlage 2 voor een voorbeeld van een mictiedagboek.
--	--

Doen	Ga na in hoeverre sprake is van beperkingen in mobiliteit, handfunctie en cognitie bij 1) opname indien sprake is van urine-incontinentie, 2) beginnende urine-incontinentie of 3) verslechtering van urine-incontinentie. Houdt bij de behandeling van urine-incontinentie rekening met de informatie die de tests opleveren.
------	--

Doen	<p>Het toepassen van bekkenbodemspiertraining bij mannen en vrouwen met stressincontinentie of gemengde incontinentie waarbij stressincontinentie overheerst. Hierbij moet wel aan de volgende voorwaarden worden voldaan. Men moet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zich enigszins bewust zijn van de bekkenbodemspieren (N.B. kan ook bij mensen die rolstoelafhankelijk zijn) - selectief spieren kunnen (leren) aanspannen en ontspannen - enigszins instrueerbaar zijn - enigszins zelfstandig kunnen trainen - gemotiveerd zijn om te trainen <p>Als de cliënt bij de derde behandeling nog steeds geen of onvoldoende bewuste controle heeft over de bekkenbodem, kan een combinatie van de training met elektrostimulatie of biofeedback worden overwogen. Voor toepassing van de combinatie van bekkenbodemspiertraining met elektrostimulatie of biofeedback verwijzen we naar de richtlijn urine-incontinentie bij vrouwen (LEVV/CBO, in ontwikkeling), of de KNGF richtlijn Stress urine-incontinentie (KNGF, in druk).</p>
------	---

Doen	<p>Overweeg parasymphaticolytica (oxybutynine, tolterodine, solifenacine, darifenacine en fesoterodine) voor de behandeling van aandrang- of gemengde urine-incontinentie waarbij aandrangincontinentie overheerst, echter alleen bij patiënten die:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) grondig geëvalueerd zijn op comorbide factoren, 2) zelf het initiatief nemen om naar het toilet gaan, 3) niet geagiteerd raken bij het krijgen van hulp bij de toiletgang,
------	--

	<p>4) ondanks conservatieve behandeling (blastraining en toiletgang na attenderen) nog niet het continentiedoel behaalden en</p> <p>5) geen contra-indicaties hebben voor een specifiek middel.</p> <p>Parasympatholytica kunnen bovendien in overweging genomen worden als aanvulling op behandeling door middel van blastraining of toiletgang na attenderen, als deze behandelingen onvoldoende effect hadden.</p> <p>Mede omdat er onder kwetsbare ouderen sprake is van een hoge morbiditeit en polyfarmacie, is voorzichtigheid en oplettendheid geboden bij behandeling door middel van parasympatholytica. Hierbij is het van belang dat vanaf het begin en regelmatig gedurende de hele periode van behandeling, de volgende zaken worden gemonitord en geëvalueerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - werkzaamheid; - verdraagzaamheid; - bijwerkingen (onder andere verwardheid, versnelde hartwerking); - geschiktheid van continuering van behandeling.
--	---

Doen	<p>Het overdag (preventief) toepassen van 'toiletgang na attenderen' wordt geadviseerd voor <u>alle</u> kwetsbare ouderen, maar zeker voor kwetsbare ouderen met beginnende cognitieve achteruitgang. Hanteer bij de start van de interventie een interval tussen het attenderen van 2 uur. Hiervan kan afgeweken worden als bijvoorbeeld gebruik gemaakt wordt van diuretica (plastabletten). Moedig patiënten ook aan om zelf ondersteuning bij de toiletgang te vragen en geef, wanneer de patiënt dit tijdig doet, positieve feedback. Bied ook hulp bij de toiletgang aan als de patient tussendoor aangeeft naar het toilet te willen.</p>
------	--

Doen	<p>Train de oudere in het aannemen van een goede toilethouding en het goed uitplassen. Dit moet bij iedere cliënt gebeuren wanneer informatie en voorlichting gegeven wordt over urine-incontinentie. Dit moet plaatsvinden voordat eventueel een behandeling wordt ingezet. Men moet bovendien blijven oefenen.</p>
------	--

Doen	<p>Stel de keuze voor incontinentie-absorptiemateriaal vast door middel van een informatief gesprek met de patiënt. Ga periodiek een gesprek aan om te bekijken of er zaken veranderd zijn, waardoor ander materiaal (bijvoorbeeld groter of kleiner absorptievermogen) gebruikt moet gaan worden of dat er wellicht minder of meer frequent verschoond hoeft te worden. Ga ook een gesprek aan als er sprake is van bijvoorbeeld huidletsel of lekkages.</p> <p>Laat de patiënt verschillende producten uitproberen en denk daarbij in ieder geval aan het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De meest geschikte maat van het product - Het meest geschikte absorptievermogen - De vraag of het geschikt materiaal is voor de patiënt (denk aan allergieën/huidirritatie door bepaald materiaal) - Producten speciaal voor de man dan wel voor de vrouw - Het draagcomfort - De mate waarin de patiënt mobiel is - De activiteiten van de patiënt - De mate waarin de patiënt cognitieve problemen heeft - De handcoördinatie van de patiënt - De mate waarin de patiënt in staat is zichzelf uit te kleden - De mate waarin hulp aanwezig is om de patiënt wanneer nodig te ondersteunen - Het tijdstip van de dag: 's nachts is soms een zwaarder product nodig, en wellicht ook een onderlegger - Bij gebruik van een inlegger is soms een fixatiebroekje of strak aansluitend ondergoed nodig, om het absorptiemateriaal op z'n plek te houden
------	--

Doen	<p>Voor degene die het incontinentie-absorptiemateriaal aanbrengt (patiënt, mantelzorger, verzorgende of verpleegkundige), moet duidelijk zijn hoe het betreffende product aangebracht moet worden in verband met mogelijk huidletsel en ander ongemak. Maak gebruik van de productkaarten van de fabrikant of neem voor informatie contact op met continëntieverpleegkundige, aandachtsvelder continëntiezorg of de</p>
------	--

	fabrikant. Zorgprofessionals moeten zo nodig geschoold worden.
--	--

Doen	Zorg als instelling voor een zo breed mogelijk aanbod van producten. Dit zorgt dat de patiënt een passend product kan gebruiken en voorkomt onnodig gebruik van te kostbare of te zware producten.
------	--

Doen	<p>Verschoon (inclusief wassen, drogen en verzorgen) direct bij verzadiging van het incontinentie-absorptiemateriaal (af te lezen aan de indicator). Verschoon direct als (ook) sprake is van faecale incontinentie, wacht niet tot verzadiging van het materiaal.</p> <p>Gebruik ter preventie van huidletsel een vochtafstotend middel (bijvoorbeeld barrièrecrème) na elke verschoning. Gebruik een indrogend en vochtafstotend middel (bijvoorbeeld zinkoxide-crème en barrièrecrème) bij een licht tot donkerrood gekleurde huid die intact is. Raadpleeg bij blijvende roodheid en ernstig huidletsel (niet intacte huid) een deskundige. Bij donkere mensen is de geïrriteerde huid vaak lastiger te herkennen. Voelen aan de huid kan helpen: de geïrriteerde huid is vaak anders van structuur en temperatuur.</p>
------	---

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Deze richtlijn is ontwikkeld in het kader van het programma Zorg voor Beter van ZonMw. ZonMw stimuleert organisaties om te werken aan kwaliteitsverbetering en duurzaamheid van de zorg. Deze richtlijn richt zich op urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. Kwetsbare ouderen worden gedefinieerd als mensen die 65 jaar of ouder zijn, waarbij sprake is van fysieke beperkingen, beperkte mobiliteit, problemen met het evenwicht, verminderde spiersterkte, problemen met de cognitie of verslechterde conditie. Ze hebben bovendien vaak chronische aandoeningen, gebruiken vaak (verschillende) medicijnen en hebben ondersteuning nodig van anderen bij dagelijkse activiteiten (ICS, 2009). Urine-incontinentie wordt beschreven als een klacht van onvrijwillig verlies van urine (NICE, 2006). Het is een veelvoorkomend probleem, met name bij ouderen. Prevalentiecijfers van 2008 laten zien dat in Nederland 26,9% van de patiënten in algemeen ziekenhuizen, 75% van de bewoners in verpleeghuizen, 56,5% van de bewoners in verzorgingshuizen en 50,5% van mensen die thuiszorg ontvangen, incontinent zijn van urine (Universiteit Maastricht, 2008).

Urine-incontinentie kan negatieve lichamelijke, mentale en sociale consequenties hebben. Het heeft ook een grote impact op familie en zorgverleners van de patiënt en er zijn veel kosten mee gemoeid (NICE, 2006). Studies laten zien dat met name bij de oudere patiënt de zorg voor urine-incontinentie onder de maat is (Du Moulin, 2008). Urine-incontinentie wordt vaak niet gediagnosticeerd en blijft daardoor dus vaak onbehandeld. Dit kan onder andere komen doordat men geen hulp zoekt omdat men zich schaamt, omdat men denkt dat incontinent worden inherent is aan ouder worden, of omdat men niet weet dat er behandelingen voor bestaan (NICE, 2006). Als men dan toch hulp zoekt, krijgen ouderen te vaak incontinentie absorptiemateriaal voorgeschreven (Gezondheidsraad van Nederland, 2001).

Echter, urine-incontinentie kan bij de kwetsbare oudere een grote invloed hebben op de kwaliteit van leven. Het kan onder andere samengaan met depressie, schaamte en lage eigenwaarde. Het is ook een risicofactor voor opname en vallen (Du Moulin, 2008). Het is

dan ook van belang dat kwetsbare ouderen goede zorg voor urine-incontinentie ontvangen. De zorg voor de kwetsbare oudere met urine-incontinentie is echter erg complex. Bij de kwetsbare oudere is bijvoorbeeld vaak sprake van comorbiditeit. De focus ligt dan bij de hulpverleners vaak op de diagnose en behandeling van andere aandoeningen dan urine-incontinentie, omdat urine-incontinentie niet als levensbedreigend wordt gezien (Du Moulin, 2008). Er worden vaak kansen gemist in de vermindering of het opheffen van de incontinentie en het verbeteren van kwaliteit van leven bij de kwetsbare oudere patiënt (ICS, 2009).

Deze richtlijn draagt bij aan een meer eenduidige en kwalitatief betere zorg voor de kwetsbare oudere met urine-incontinentie. Dit door wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te doen met betrekking tot de zorg voor deze patiënten, waar noodzakelijk aangevuld op basis van de kennis en ervaring van de disciplines die bij deze zorg betrokken zijn. Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen van een kwalitatief goede evidence based richtlijn, zoals die in het AGREE- instrument (The AGREE Collaboration, 2001) worden beschreven.

1.2 Doelstelling

Deze richtlijn heeft tot doel systematisch management van urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen te bevorderen en de variatie in handswijzen te verminderen. Bij toepassing van de richtlijn ontvangen de patiënten zorg die is gebaseerd op actuele kennis en het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs.

Het uiteindelijke doel van de richtlijn is:

urine-incontinentie in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen en te diagnosticeren; continentie te herstellen, door middel van het inzetten van adequate interventies en daarbij de voortgang te evalueren om de behandeling eventueel bij te stellen; als herstellen van continentie niet mogelijk is, het verminderen van urine-incontinentie episodes, door het inzetten van de juiste interventies; te zorgen dat de cliënt zo min mogelijk hinder van de urine-incontinentie ondervindt in het dagelijkse leven, onder andere in termen van het gevoel van verminderde autonomie, lekkage, huidirritatie en het veroorzaken van geuroverlast; en de samenwerking en afstemming te bevorderen tussen de verschillende disciplines die zijn betrokken bij de zorg aan kwetsbare ouderen met urine-incontinentie.

De richtlijn beoogt uiteindelijk het verminderen van (de ernst van) urine-incontinentie, dan wel het beperken van de gevolgen van urine-incontinentie, waardoor de impact van urine-incontinentie op het dagelijks leven vermindert en de kwaliteit van leven toeneemt.

1.3 Richtlijngebruikers

De gebruikers van de richtlijn zijn professionals die zorg verlenen aan de kwetsbare oudere patiënt, cliënt of bewoner met urine-incontinentie. Hierbij wordt vooral gedacht aan (continentie) verpleegkundigen, verzorgenden, de specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts), de huisarts, de apotheker en de (bekken)fysiotherapeut². De nadruk ligt hierbij op mensen die werkzaam zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen en de thuiszorg.

1.4 Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn is van toepassing op kwetsbare ouderen met stress-, aandrang-, gemengde-, of functionele urine-incontinentie. Het gaat om kwetsbare ouderen indien sprake is van fysieke beperkingen, beperkte mobiliteit, problemen met evenwicht, verminderde spiersterkte, problemen met de cognitie of verminderde conditie (ICSb, 2009). In deze richtlijn wordt een leeftijdsgrens van ouder dan 65 jaar gehanteerd.

1.5 Uitgangsvragen

Professionals zijn in de positie dat ze ondersteuning kunnen bieden in de dagelijkse verzorging, het onderkennen en/of het behandelen van urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. In de literatuur worden veel adviezen gegeven over diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie. Wetenschappelijk gefundeerde aanbevelingen, specifiek gericht op de kwetsbare oudere, ontbreken echter veelal. De centrale vraag in deze richtlijn is:

“Op welke wijze kunnen de verschillende disciplines (zie 1.3) urine-incontinentie bij de kwetsbare oudere patiënt op effectieve wijze diagnosticeren, behandelen en verplegen en verzorgen?”

Naast de centrale uitgangsvraag zijn de volgende specifieke uitgangsvragen geformuleerd:
1: Welke van de volgende diagnostische instrumenten moeten worden toegepast bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie en door welke disciplines? Het gaat hierbij om anamnese, mictiedagboek, urinekweek, vragenlijsten inventarisatie lichamelijke en

² Zie de begrippenlijst en Hoofdstuk 7 voor specifieke eisen aan de (bekken)fysiotherapeut

cognitieve beperkingen, residubepaling, padtest, vragenlijsten kwaliteit van leven en vragenlijsten symptoomscores.

2: Welke consequenties heeft comorbiditeit voor de effectiviteit van de bovenstaande diagnostische instrumenten? Hierbij worden de volgende zaken meegenomen: cognitieve stoornissen, CVA, delier, obstipatie en fractures.

3: Welke behandelinterventies moeten worden uitgevoerd bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie en door welke disciplines? Het gaat hierbij om bekkenbodemspiertraining, blaastraining, medicamenteuze behandeling en advies over leefstijl (o.a. overgewicht, vochtinname).

4: Welke consequenties heeft comorbiditeit voor de effectiviteit van de bovenstaande behandelinterventies? Hierbij worden de volgende zaken meegenomen: cognitieve stoornissen, CVA, delier, obstipatie en fractures.

5: Welke (verpleeg- en verzorg) interventies moeten worden uitgevoerd bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie en door welke disciplines? Het gaat hierbij om vaste toiletrondes (timed voiding), toiletgang na attenderen (prompted voiding), verbeteren toiletgang (habit retraining), aanleren goede toilethouding en huidverzorging en hygiëne.

6: Welk incontinentie absorptiemateriaal is effectief bij kwetsbare ouderen? Waar mogelijk daarbij onderscheid makend tussen verschillende vormen van urine-incontinentie en verschillende patiëntengroepen.

1.6 Afbakening van het onderwerp en definities

Deze richtlijn richt zich op de diagnostiek, behandeling en verpleging en verzorging van kwetsbare ouderen met urine-incontinentie in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. De nadruk ligt hierbij op interventies waarbij verpleegkundigen en verzorgenden een rol (kunnen) spelen. Voor andere interventies en de zorg aan vrouwen die niet tot de groep kwetsbare ouderen horen, wordt verwezen naar de richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen (LEVV/CBO, in ontwikkeling).

Urine-incontinentie wordt beschreven als klachten van onvrijwillig urineverlies (Haylen et al., 2009). Urine-incontinentie kan in verschillende vormen voorkomen. In deze richtlijn beperken we ons tot stressincontinentie, aandrangincontinentie, gemengde incontinentie

en functionele incontinentie. *Stressincontinentie* wordt beschreven als urine-incontinentie waarbij onwillekeurig urineverlies optreedt, tijdens momenten van inspanning of hoesten of niezen (NICE, 2006). Onder *aandrangincontinentie* wordt verstaan dat onwillekeurig urineverlies optreedt, samengaand met, of direct voorafgegaan door een plotse onhoudbare mictiedrang (NICE, 2006). Onder *gemengde incontinentie* wordt verstaan dat onwillekeurig urineverlies zowel tijdens momenten van inspanning of bij hoesten of niezen, als in associatie met plotselinge mictiedrang plaatsvindt (NICE, 2006). Er is sprake van *functionele incontinentie* wanneer mensen niet in staat zijn zelfstandig naar het toilet te gaan door lichamelijke of cognitieve beperkingen. De oorzaak van de urine-incontinentie is dan dus niet urogenitaal van aard (Universiteit Maastricht, 2008).

1.7 Methode

De methodiek die werd gebruikt voor het ontwikkelen van de richtlijn staat beschreven in de 'Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. Verantwoording'.

1.8 Onafhankelijkheid

De expertgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren vrij van financiële of zakelijke belangen betreffende het onderwerp van de richtlijn. Er waren geen conflicterende belangen. De opvattingen en belangen van de financierende instantie (ZonMw) hebben de uiteindelijke aanbevelingen niet beïnvloed. De verklaringen zijn op te vragen bij het LEVV.

1.9 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar evidence based inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners dienen te voldoen om kwalitatief goede zorg te leveren. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn op basis van de individuele situatie van de patiënt. Soms is afwijken van de richtlijn zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd en gerapporteerd worden.

1.10 Herziening

De richtlijn is geldig voor een periode van maximaal 5 jaar. Elke 2 jaar zal middels een oriënterende search door de verantwoordelijke instanties worden getoetst of er nieuwe inzichten door onderzoek zijn ontstaan en of (delen van) de richtlijn eerder herzien moet(en) worden. Aan de huidige expertgroep zal worden gevraagd of de gevonden literatuur herziening (van de richtlijn) nodig maakt. V&VN is samen met V&VN Continentie

Verpleegkundigen & Verzorgenden verantwoordelijk voor het in gang zetten van de herziening van de richtlijn, mits daarvoor onafhankelijke financiering beschikbaar is.

2 Diagnostiek

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende uitgangsvraag: “Welke diagnostische instrumenten moeten worden gebruikt bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie en door welke disciplines?”. Hierbij wordt ingegaan op diagnostiek waarin verpleegkundigen en verzorgenden een rol (kunnen) spelen. Voor overige diagnostiek wordt verwezen naar de richtlijn urine-incontinentie bij vrouwen (LEVV/CBO, in ontwikkeling)

2.1 Anamnese

Anamnese wordt in de praktijk toegepast om (de eerste) informatie te vergaren over de gezondheidsklacht, in dit geval urine-incontinentie bij de kwetsbare oudere. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld de (medische) voorgeschiedenis, aan de aard van de urine-incontinentie en eventuele beïnvloedende factoren (factoren die het veroorzaken of verergeren).

De aanbevelingen zoals geformuleerd door de ICI (ICS, 2009) liggen aan deze paragraaf ten grondslag, aangevuld met de ervaring en kennis van de experts.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een aantal studies, uitgevoerd bij incontinentie ouderen (thuiswonend of bewoners van een verpleeghuis), is onderzocht welke factoren van belang kunnen zijn bij de anamnese (ICI, 2009). De leeftijd en de vorm van urine-incontinentie van de ouderen in de studies is onbekend. De studies gingen over klinische, functionele- of psychosociale kenmerken van de populatie incontinentie ouderen, over de invloed van functionele- en urologische factoren op incontinentie en over risicofactoren voor incontinentie. De studies lieten zien dat een grote samenhang bestaat tussen functionele stoornissen en urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. Beperkingen in mobiliteit kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat kwetsbare ouderen met aandrangincontinentie niet tijdig bij het toilet zijn. Apraxie (onvermogen om doelbewuste handelingen uit te voeren) die samenhangt met gemiddelde tot ernstige dementie, interfereert bovendien met onafhankelijke toiletgang en

hygiëne. Op basis van deze studies wordt aangegeven dat functionele stoornissen bijdragen aan urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen.

Conclusie

Niveau 3	Er is enig bewijs gevonden voor een samenhang tussen functionele stoornissen en urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. ICS, 2009
----------	---

Overige overwegingen

De experts geven aan dat er naast de *functionele stoornissen* meer zaken kunnen bijdragen aan het ontstaan en verergeren van urine-incontinentie bij met name kwetsbare ouderen.

Bij kwetsbare ouderen zijn *omgevingsfactoren* in dit kader bijvoorbeeld ook van belang. Slechte toegankelijkheid van toiletten kan een oorzaak zijn van urine-incontinentie, met name bij kwetsbare ouderen met functionele stoornissen. Slechte verlichting en obstakels op de weg naar het toilet kunnen met name bij verminderd gezichtsvermogen interfereren met de mogelijkheid om onafhankelijk naar het toilet te gaan. Het belang van omgevingsfactoren wordt onderstreept door wat bewoners van een verpleeghuis zeiden tijdens een focusgroep (zie bijlage 2 van de verantwoording). Tijdens deze focusgroep werd bijvoorbeeld aangegeven dat de toiletgang bemoeilijkt wordt omdat de rolstoel niet kan draaien in het toilet. Soms heeft men ook te weinig kracht om op een knopje te drukken of aan een touwtje te trekken om hulp te vragen bij de toiletgang. Eveneens ontbreekt soms een urinaal naast het bed, terwijl die nodig kan zijn om op tijd de blaas te legen wanneer 's nachts geen tijdige hulp beschikbaar is.

Uit voorgaande volgt dat afwezigheid van toilet substituten (denk ook aan urinaal, postoeel, po/ondersteek) en de aanwezigheid van obstakels in de omgeving (op de weg naar het toilet, inadequate verlichting, ontbreken van handvaten, te lage toiletten, etc.) urine-incontinentie kunnen veroorzaken of verergeren. De experts voegen daar nog aan toe dat bepaalde kleding (bijvoorbeeld broeken met knopen en ritsen) er ook voor kan zorgen dat zelfstandig naar het toilet gaan bemoeilijkt wordt.

In tabel 1 in bijlage 1 worden de hier genoemde factoren die van invloed kunnen zijn op urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen en waar men tijdens de anamnese alert op moet zijn, nog een keer benoemd.

De experts geven aan dat bij de anamnese ook *de historie* voor wat betreft de urine-incontinentie achterhaald moet worden en dat het van belang is om waar mogelijk vast te stellen wat de aard is van de incontinentie (stress, aandrang, gemengd of functioneel).

Tijdens de anamnese is het ook belangrijk dat aandacht besteed wordt aan het feit dat er soms sprake is van *potentieel behandelbare condities die los staan van de blaas zelf*, maar die bij kwetsbare ouderen wel urine-incontinentie kunnen veroorzaken dan wel verergeren. Aandoeningen, die los staan van de blaas zelf, maar wel urine-incontinentie kunnen veroorzaken dan wel verergeren, staan in tabel 2 in bijlage 1. Voordat de urine-incontinentie zelf behandeld wordt, is het van belang te achterhalen of deze andere aandoeningen behandeld kunnen worden, omdat dit er mogelijk voor kan zorgen dat de urine-incontinentie ook vermindert of zelfs verdwijnt. Het kan hierbij om uiteenlopende aandoeningen gaan, waardoor samenwerking tussen verschillende disciplines vaak noodzakelijk is.

De experts geven tenslotte aan dat bij de anamnese bij de kwetsbare oudere met urine-incontinentie ook gekeken moet worden naar *medicatie die mogelijk urine-incontinentie kan veroorzaken of verergeren*. In tabel 2 in bijlage 1 staat een overzicht van deze medicijnen weergegeven.

Aanbevelingen

Doen	<p>Anamnese moet in ieder geval plaatsvinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij beginnende urine-incontinentie - bij de overgang van enkele naar dubbele incontinentie - bij opname in bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingstehuis - bij verslechtering van de urine-incontinentie - wanneer zich zaken hebben voorgedaan (bijvoorbeeld een beroerte) die incontinentie kunnen veroorzaken dan wel verergeren <p>De anamnese bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie moet uitgebreid plaatsvinden. Er moet in ieder geval goed gekeken worden naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de historie van de urine-incontinentie - wanneer mogelijk aard (stress-, aandrang-, gemengd-, functioneel) en ernst van de urine-incontinentie
------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - potentieel beïnvloedende factoren (zie bijlage 1) die samenhangen met functionele stoornissen en omgeving, comorbiditeit en medicatiegebruik <p>De verschillende disciplines waar deze richtlijn op gericht is, kunnen allemaal anamnese doen, op hun eigen aandachtsgebied. Het is echter wel van belang dat hierin coördinatie plaatsvindt. Er moet afgesproken worden hoe voorkomen wordt dat aan de patiënt steeds dezelfde vragen gesteld worden. Resultaten van de anamnese moeten ook voor andere disciplines inzichtelijk zijn. De arts heeft de taak om het onderdeel medicatie, in overleg met de apotheker, te evalueren en naar aanleiding hiervan zo nodig het medicatiegebruik aan te passen.</p>
--	---

Doen	De potentieel behandelbare condities, die losstaan van de functie van de blaas, moeten eerst behandeld worden. Pas als de patiënt dan nog incontinent voor urine is, wordt behandeling van de urine-incontinentie zelf ingezet. Begin bij gemengde incontinentie met de vorm die het meest hinderlijk is, dan wel het meeste op de voorgrond staat.
------	---

Doen	De verschillende zorgdisciplines moeten, gezien de multifactoriële aard van urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen, met elkaar samenwerken. Hierbij moet altijd achterhaald worden wat mogelijk is en wat de patiënt zelf wil. Het bereiken van gehele continëntie is niet altijd mogelijk. Ook kan het mogelijk zijn dat de patiënt er zelf voor kiest om geen verdere behandeling te ondergaan en waar nodig bijvoorbeeld gebruik te maken van continëntie absorptiemateriaal.
------	---

2.2 Mictiedagboek

Het mictiedagboek geeft inzicht in de ernst en de soort van de urine-incontinentie door het in kaart brengen van het drink- en plaspatroon (frequentie en hoeveelheid), het urineverlies en omstandigheden rondom het urineverlies. In een mictiedagboek wordt bijvoorbeeld bijgehouden op welke momenten van de dag men plast, met welk volume en hoe vaak er urineverlies is. De dagboeken verschillen echter in aantal items dat moet worden bijgehouden en het aantal dagen dat het dagboek wordt bijgehouden.

Wetenschappelijke onderbouwing

In de NICE richtlijn (2006) worden 2 case studies over het dagboek beschreven, waarin de patiënten oudere vrouwen waren. De mate waarin ze kwetsbaar waren is onduidelijk. In 1 van de beide case studies, werd de test-hertest variabiliteit en de correlatie van aantal episodes dat gelekt werd en het al of niet erg vaak moeten plassen tijdens de dag of de nacht gerapporteerd. Het ging hierbij om een 7 dagen durend dagboek, bij vrouwen van minimaal 55 jaar oud. De test-hertest betrouwbaarheid was significant voor alle parameters (variërend van 0.86-0.91). In de andere case studie werd de betrouwbaarheid van een 14 dagen durend dagboek onderzocht voor het aantal episodes waarin urine gelekt werd. Er werd een significante correlatie gemeten tussen de bevindingen van de eerste en de tweede week ($r=0.93$, $p<0.0001$ bij vrouwen met overwegend aandrangincontinentie, $r= 0.86$, $p<0.0001$ bij vrouwen met overwegend stressincontinentie). Daarbij bleek een minimum aantal dagen van 5 noodzakelijk voor interne consistentie bij vrouwen met overwegend aandrang urine-incontinentie en 7 dagen bij vrouwen met overwegend stressincontinentie. Deze vrouwen waren gemiddeld respectievelijk 66 en 60 jaar. Onder andere op basis van deze studies wordt in de NICE richtlijn (2006) geconcludeerd dat een dagboek een betrouwbare methode is om het aantal episodes waarin urine gelekt wordt te kwantificeren. Ze geven onder andere op basis van deze studies aan dat het niet mogelijk is om een optimale duur van het dagboek te bepalen.

In de MOH richtlijn (2003) wordt onder andere op basis van 1 studie over urine incontinentie ouderen aangegeven dat het mictiedagboek een geschikte methode is voor verpleegkundigen om de mate van urine-incontinentie te achterhalen. De studie geeft aan dat het basisinformatie geeft en helpt de voortgang en effectiviteit van een bepaalde behandeling te monitoren.

In de SIGN richtlijn (2004) wordt onder andere op basis van 1 case studie bij oudere vrouwen aangegeven dat het mictiedagboek nuttige informatie kan opleveren, maar dat deze niet als enige methode van assessment gebruikt moet worden.

Conclusie

Niveau 3	Er is enig bewijs dat het mictiedagboek een geschikte methode is om onder andere de mate van urine-incontinentie van ouderen te achterhalen. Het is bovendien een geschikte methode om de
----------	---

	<p>effectiviteit van een bepaalde behandeling te evalueren.</p> <p>Op basis van de gevonden literatuur kan niet exact gezegd worden hoeveel dagen het dagboek bijgehouden moet worden.</p> <p>MOH, 2003; SIGN, 2004; NICE, 2006</p>
--	---

Overige overwegingen

De experts geven aan dat hoe meer dagen het dagboek ingevuld moet worden, hoe groter de kans is dat men hier nonchalanter mee om zal gaan. Ze geven echter ook aan dat het dagboek lang genoeg ingevuld moet worden om ervoor te zorgen dat het een goede representatie is van een 'gemiddelde dag' van de patiënt. Het moet dus als hier regelmatig sprake van is, ook bijvoorbeeld de dagactiviteit van de patiënt bevatten. Het moet ook lang genoeg zijn om bijvoorbeeld een indicatie te kunnen krijgen van of er sprake is van aandrang,- stress-, of gemengde incontinentie. Op basis van deze overwegingen geven de experts aan dat het dagboek 3 aaneengesloten dagen bijgehouden moet worden. De experts geven aan dat de volgende zaken terug zouden moeten komen in het dagboek:

- vochtinname (hoeveelheid (kop, mok, glas etc.) en soort (koffie, soep, wijn, bier, fruit, etc.)
- de tijdstippen waarop men plast
- hoeveelheid urineverlies (druppel, scheutje, hele plas)
- aantal wisselingen van incontinentie absorptiemateriaal
- eventueel oorzaak urineverlies (geen controle over plas, plotselinge activiteit als niezen, plotselinge aandrang, te laat bij toilet, etc.)
- activiteiten bij urineverlies

Daarbij wordt aangegeven dat het verhogen van het aantal items dat bijgehouden moet worden, een verminderde medewerking van de patiënt tot gevolg kan hebben.

De patiënt of hulpverlener moet goed geïnstrueerd worden over hoe het dagboek in te vullen.

De experts geven er de voorkeur aan dat de patiënt het dagboek zelf invult. Als dit door cognitieve problemen niet mogelijk is, dan kan bijvoorbeeld de verzorging of verpleging of mantelzorg (samen met de patiënt) het dagboek invullen.

De opdracht voor het invullen van het dagboek, moet komen van de mensen die de anamnese doen.

Aanbevelingen

Doen	<p>Houd een mictiedagboek bij (of laat het bijhouden) om informatie te achterhalen over de ernst en aard van de urine-incontinentie. Een mictiedagboek wordt bijgehouden bij 1) opname indien er sprake is van urine-incontinentie, 2) beginnende urine-incontinentie en 3) verslechtering van de urine-incontinentie. Het dagboek kan bovendien gebruikt worden om te evalueren wat de effectiviteit is van een ingezette behandeling voor urine-incontinentie. Het verdient aanbeveling om het dagboek drie aaneengesloten dagen bij te houden en rekening te houden met een representatieve variatie in dagelijkse bezigheden</p> <p>Het dagboek moet een heldere instructie bevatten en gaan over:</p> <ul style="list-style-type: none">- vochtinname (hoeveelheid (kop, mok, glas etc.) en soort (koffie, soep, wijn, bier, fruit, etc.)- de tijdstippen waarop men plast- hoeveelheid urineverlies (indien mogelijk een maatbeker gebruiken; anders in termen van druppel, scheutje, hele plas)- aantal wisselingen van incontinentie absorptiemateriaal- eventueel oorzaak urineverlies (geen controle over plas, plotselinge activiteit als niezen, plotselinge aandrang, te laat bij toilet, etc.) <p>(zie voor een voorbeeld van een mictiedagboek bijlage 2).</p> <p>De huisarts of specialist ouderengeneeskunde zet het onderzoek in gang. Dit kan ook door een (continentie)verpleegkundige, verzorgende of aandachtsvelder continenzorg gebeuren, in overleg met de arts. Indien mogelijk houdt de patient het mictiedagboek zelf bij, anders (met hulp) van een verpleegkundige, verzorgende of mantelzorger. Als het bijhouden van een mictiedagboek niet mogelijk is, kan bij uitzondering worden gekozen voor een 24-uurs padtest (zie paragraaf 2.5)</p>
------	---

2.3 Urine-onderzoek

Urine-onderzoek wordt onder andere gedaan om urineweginfecties uit te sluiten (MOH, 2003).

Wetenschappelijke onderbouwing

In het ICI- boek (ICS, 2009) wordt aangegeven dat een urineweginfectie één van de te behandelen factoren is, die kan bijdragen aan urine-incontinentie. Dit maken zij op uit een studie waarbij een gestandaardiseerd assessment instrument werd gebruikt bij 5418 kwetsbare ouderen die thuiszorg ontvingen. In het ICI- boek wordt op basis van o.a. deze studie geconcludeerd dat bij de basisdiagnostiek bij kwetsbare ouderen onderzocht moet worden of er sprake is van potentieel te behandelen factoren die bij kunnen dragen aan urine-incontinentie, waaronder ook urineweginfecties. Ook wordt in het ICI- boek (ICS, 2009) geconcludeerd dat het belang van urine-onderzoek bij de basisdiagnostiek bij incontinentie, niet afhankelijk is van de leeftijd van de patiënt. Dit wordt gebaseerd op een studie bij geriatrische patiënten waaronder bewoners van verzorgingshuizen en oudere vrouwen die incontinent zijn. Het is onduidelijk in hoeverre ze kwetsbaar waren. In hetzelfde hoofdstuk van het ICI- boek (ICS, 2009) wordt geconcludeerd dat in verzorgingshuizen het urine-onderzoek alleen toegepast hoeft te worden bij patiënten met nieuwe incontinentie of verergering van incontinentie. Dit baseren ze op een richtlijn over urine-incontinentie.

Conclusies

Niveau 3	Er is reden om aan te nemen dat het van belang is dat urine-onderzoek deel uitmaakt van de basis diagnostiek bij kwetsbare ouderen met beginnende of verergering van urine-incontinentie. ICS, 2009
----------	--

Overige overwegingen

Door de experts wordt aangegeven dat urine-onderzoek gedaan kan worden door middel van een urinestick, urine-sediment, urinekweek of een dipslide. Zij raden bij voorkeur een urinestick aan waarbij gebruik wordt gemaakt van een multi-property stick die velden bevat voor o.a. hematurie, glucose, leukocyten, esterase en nitriet. Dit in verband met een grotere sensitiviteit en specificiteit voor urineweginfecties. Het afnemen van een urine-sediment is lastig bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie. De experts geven verder aan dat een urinekweek of dipslide niet routinematig moet worden afgenomen. Een

urinekweek of dipslide hoeft alleen afgenomen te worden als de resultaten van een test door middel van een urinestick hier aanleiding toe geven en er sprake is van klachten die kunnen duiden op een urineweginfectie.

De huisarts of specialist ouderenzorg zet het onderzoek in gang. Dit kan ook door een verpleegkundige of verzorgende gebeuren in overleg met de arts. Deze disciplines voeren het onderzoek ook uit.

Voor informatie over verdere diagnostiek en behandeling van urineweginfectie zie de richtlijn Urineweginfecties van Verenso (voorheen NVVA) (NVVA, 2006) of de NHG-standaard (NHG, 2006).

Aanbevelingen

Doen	<p>Voer urineonderzoek uit door middel van een multi-property urinestick bij 1) opname indien sprake is van urine-incontinentie, 2) beginnende urine-incontinentie en 3) verslechtering van urine-incontinentie. De multi-property stick bevat in ieder geval velden voor rode bloedcellen (erythrocyten), witte bloedcellen (leukocyten) en nitriet.</p> <p>Neem alleen een urinekweek of dipslide af als de resultaten van de urinestick hier aanleiding toe geven en als sprake is van klachten die kunnen duiden op een urineweginfectie.</p> <p>De huisarts of specialist ouderenzorg geeft opdracht tot het onderzoek. Een verpleegkundige of verzorgende kan het onderzoek uitvoeren.</p> <p>Voor verdere diagnostiek en behandeling van een urineweginfectie: zie richtlijnen urineweginfecties van Verenso (voorheen NVVA) (NVVA, 2006) of de NHG (NHG, 2006).</p>
------	---

2.4 Residu bepalen

Een groot residu direct na plassen, kan wijzen op de aanwezigheid van onderliggende problemen zoals het niet goed kunnen legen van de blaas. Deze zaken kunnen een reden zijn voor verwijzing naar een specialist, in plaats van de inzet van conservatieve behandelingen van urine-incontinentie. Er worden verschillende methoden gebruikt

waarmee het residu na plassen bepaald kan worden. Dit wordt o.a. gedaan door middel van een blaasscan of eenmalige katheterisatie (NICE, 2006).

Wetenschappelijke onderbouwing

In de NICE richtlijn (2006) worden 3 studies beschreven waarin de diagnostische accuraatheid van de blaasscan voor het meten van het residu na plassen werd gemeten bij ouderen. Katheterisatie werd als referentiestandaard gebruikt. De grens voor wat een indicatie is van een groot residu na plassen, varieerde per studie, van 50 tot 200 ml. De sensitiviteit en specificiteit van meten door middel van een blaasscan bij het achterhalen van het residu na plassen, in vergelijking tot katheterisatie, ligt binnen klinisch acceptabele grenzen. In het ICI boek (ICS, 2009) wordt o.a. op basis van 1 studie bij oudere geriatrische patiënten, aangegeven dat de blaasscan in vergelijking tot katheterisatie 85-94% accuraat is.

Op basis van deze studies bij de oudere patiënten wordt niet helder of de voorkeur gegeven moet worden aan katheterisatie of de blaasscan, als gekeken wordt naar sensitiviteit en specificiteit van meten. Evenmin blijkt wat nu precies een klinisch significant groot residu is bij patiënten met urine-incontinentie. Dit wordt ook onderstreept in de NICE richtlijn (2006) en in het ICI boek (ICS, 2009).

Niveau 2	Er is enig bewijs dat het meten van het residu urine na plassen accuraat kan door middel van katheterisatie of het gebruik van een blaasscan. Er kan op basis van de literatuur niet gezegd worden of bij het meten van het residu na plassen bij de oudere patiënt, voorkeur gegeven moet worden aan de blaasscan of juist aan katheterisatie, als gekeken wordt naar de sensitiviteit en specificiteit van meten. Evenmin wanneer precies sprake is van een groot residu na plassen. NICE, 2006; ICS, 2009
----------	---

Overige overwegingen

Zoals in bovenstaande ook helder wordt, kan het residu urine na plassen gemeten worden door middel van katheterisatie of gebruik van een blaasscan.

De experts geven aan dat het meten van het residu door middel van de blaasscan het minst ingrijpend is en minder nadelige bijwerkingen heeft (er bestaat minder risico op infecties). Ze geven aan dat hiervoor aantoonbaar getrainde en hierin competente

verpleegkundigen, artsen en urologen en bekkenfysiotherapeuten de scan kunnen toepassen. Katheterisatie kan door dezelfde disciplines uitgevoerd worden, en bovendien door verzorgenden. Residubepaling door middel van katheterisatie moet in bepaalde gevallen toch. Bijvoorbeeld indien de blaasscan een residu aangeeft van meer dan 500 ml omdat de blaasscan dan niet accuraat meer is. Daarnaast bij tekenen van een overloopincontinentie, als er geen scan aanwezig is of als er geen medewerkers aanwezig zijn die getraind zijn in het gebruik van de scan.

De experts geven echter aan dat alleen achterhaald moet worden wat het residu is als er tekenen zijn van het niet goed kunnen legen van de blaas. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit anamnese, mictiedagboek en/of lichamelijk onderzoek.

De experts geven aan dat een residu van minder dan 100 ml als normaal gezien kan worden. Daarbij wordt wel opgemerkt dat het residu een aantal keer gemeten moet worden om toeval uit te sluiten. Als er minimaal 3 keer 100 ml of meer gemeten wordt, dan moet doorverwezen worden naar een specialist (uroloog).

Aanbevelingen

Doen	<p>Meet, als er reden is om aan te nemen dat men problemen heeft met uitplassen, het residu na urineren door middel van een blaasscan of katheterisatie. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit de anamnese, het mictiedagboek en/of lichamelijk onderzoek. De huisarts of specialist ouderenzorg geeft opdracht tot het onderzoek.</p> <p>De voorkeur moet worden gegeven aan gebruik van de blaasscan omdat deze meer geaccepteerd wordt door de patiënt en er een lagere kans op negatieve bijeffecten bestaat. Een blaasscan kan alleen worden uitgevoerd door getrainde en competente zorgprofessionals zoals verpleegkundigen, artsen en bekkenfysiotherapeuten. In bepaalde situaties (bijvoorbeeld bij tekenen van een overloopincontinentie, geen blaasscan aanwezig of afwezigheid van getrainde zorgprofessionals om deze te gebruiken) kan toch gekozen worden voor katheterisatie. Indien de blaasscan een residu van meer dan 500 ml aangeeft moet 1-malig gekatheteriseerd worden om het residu te bepalen omdat de blaasscan dan niet meer accuraat is.</p>
------	---

	Als er sprake is van een groot residu (minimaal 3 keer groter dan 100 ml), dan moet de patiënt verwezen worden naar een uroloog.
--	--

2.5 Padtest (verbandtest)

Het doel van een padtest is om de hoeveelheid verlies van urine te kwantificeren of te bepalen of iemand wel of niet incontinent is. Dit gebeurt door het meten van de gewichtstoename van opvangmateriaal bij verschonen (gewicht natte verband minus gewicht schone verband) en deze vervolgens bij elkaar op te tellen gedurende een bepaalde periode.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is geen literatuur gevonden op basis waarvan iets gezegd kan worden over toepassing van de padtest bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie.
--

Overige overwegingen

De experts geven aan dat de padtest niet wordt aanbevolen als routine onderzoek bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie. Indien het echter door omstandigheden niet lukt om de ernst van de urine-incontinentie in kaart te brengen met een mictiedagboek (zie paragraaf 2.2) of de PRAFAB (zie paragraaf 2.7) kan de padtest een alternatief zijn. Mocht de test om deze reden toch toegepast worden, dan heeft de 24-uurs test de voorkeur. Kortere testen zijn minder betrouwbaar, langere testen zijn moeilijker vol te houden. De zorgprofessionals die de test afnemen, moeten zich realiseren dat er ook sprake kan zijn van vocht door zweten (m.n. in de zomer). Ook kan er sprake zijn van vaginaal vochtverlies. De test kan toegepast worden door verpleegkundigen, verzorgenden en fysiotherapeuten. Het toepassen van de test is echter tijdrovend. Er moet heel goed in de gaten gehouden worden dat al het incontinentie absorptiemateriaal gewogen wordt en na iedere incontinentie episode verschoond wordt. Als praktisch alternatief zou eventueel gebruik gemaakt kunnen worden van 'wet checks' (waarbij wordt gekeken of het incontinentie absorptiemateriaal nat is, bijvoorbeeld gedurende de dag, iedere twee uur en deze, wanneer die nat is, wordt vervangen). Echter hierbij moet worden opgemerkt dat hier geen literatuuronderzoek naar is gedaan. Experts geven aan dat dit meer praktische alternatief hier alleen op basis van expertmening wordt gegeven, vanuit de gedachte dat deze wellicht meer praktisch haalbaar is dan de padtest.

Aanbeveling

Niet doen	<p>De padtest wordt niet aanbevolen als routine onderzoek bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie. Alleen indien het niet mogelijk is met behulp van een mictiedagboek (zie paragraaf 2.2) of PRAFAB (zie paragraaf 2.7) de ernst van de urine-incontinentie in kaart te brengen kan de padtest worden gebruikt. Dan heeft de 24-uurs test de voorkeur. Houd rekening met transpiratievocht of vaginaal vocht.</p> <p>Mocht de padtest ook niet haalbaar zijn, dan kan nog de wet check overwogen worden, waarbij wordt gekeken of het incontinentie absorptiemateriaal nat is, bijvoorbeeld gedurende de dag, iedere twee uur en waarbij dit, wanneer het nat is, wordt vervangen.</p> <p>De padtests en wetchecks kunnen door (continentie)verpleegkundigen, verzorgenden, aandachtsvelders continenzorg en fysiotherapeuten worden uitgevoerd.</p>
-----------	---

2.6 Vragenlijsten lichamelijke en cognitieve beperkingen

Om na te gaan of er sprake is van functionele incontinentie, moet worden vastgesteld of en in hoeverre sprake is van lichamelijke en cognitieve beperkingen bij de patiënt.

Wetenschappelijke onderbouwing

In het ICI boek (ICS, 2009), wordt aangegeven dat beperkingen in mobiliteit en cognitie kunnen bijdragen aan urine-incontinentie.

In een verpleegkundige richtlijn voor de behandeling van urine-incontinentie (MOH, 2003) wordt op basis van een rapport over een landelijke conferentie over functionele assessment bij urine-incontinentie, aangegeven dat beperkte mobiliteit en handfunctie gerelateerd zijn aan toiletvaardigheden bij de kwetsbare patiënt met urine-incontinentie. Beperkte mobiliteit kan ervoor zorgen dat de patiënt niet op tijd bij het toilet is en beperkte handfunctie kan ervoor zorgen dat de patiënt zich zelf (niet snel genoeg) kan uitkleden. In de NICE richtlijn (2006) wordt ook aangegeven dat bij vrouwen boven de 75 jaar met complexe comorbiditeit, een assessment gedaan moet worden van de cognitieve beperkingen.

In het ICI boek (ICS, 2009) wordt een voorbeeld gegeven van een korte test die goed gebruikt kan worden om de mobiliteit te meten. De oudere wordt hierbij gevraagd om

binnen 15 seconden de 'get up and go' test uit te voeren. Hierbij wordt de patiënt gevraagd om van een stoel op te staan, 3 meter te lopen, al of niet met behulp van hulpmiddelen, om te draaien, terug te lopen en weer te gaan zitten.

In het ICI boek (ICS, 2009) wordt verder aangegeven dat de Mini Mental State Examination (MMSE) afgenomen kan worden om te achterhalen of en in hoeverre sprake is van cognitieve beperkingen en dat dit met name bij ouderen van belang is. De NICE richtlijn (2006) geeft twee voorbeelden van vragenlijsten die gebruikt kunnen worden, namelijk de Abbreviated Mental Test Score (AMTS) en eveneens de Mini Mental State Examination (MMSE).

Conclusie

Niveau 4	Er is beperkt literatuur gevonden dat het inventariseren van beperkingen in mobiliteit, handfunctie en cognitie zinvol kan zijn bij de kwetsbare oudere met urine-incontinentie omdat deze van invloed kunnen zijn op de toiletvaardigheden. ICS, 2009; MOH, 2003
----------	--

Overige overwegingen

De experts geven aan dat beperkingen in mobiliteit, handfunctie en cognitie functionele incontinentie kunnen veroorzaken doordat zij van invloed zijn op de toiletvaardigheden. Zij onderschrijven daarmee het belang van het inventariseren van beperkingen in mobiliteit, handfunctie en cognitie.

Binnen het Universitair Netwerk Ouderen van de Vrije Universiteit (UNO-VUmc), hebben fysiotherapeuten gezamenlijk afspraken gemaakt over het gebruik van meetinstrumenten op het gebied van mobiliteit bij kwetsbare ouderen (samen gebundeld in UNCO-MOB). Deze is via de site van VUMC te verkrijgen (www.vumc.nl/afdelingen/UNO).

De MMSE wordt in de Nederlandse praktijk veelvuldig gebruikt. De sensitiviteit is redelijk, de specificiteit hoog. Cijfers worden hierbij niet gegeven (Kok, Verheij, Schmand, 2004). De experts geven echter aan dat kwetsbare ouderen vaak door verschillende disciplines gevraagd wordt om de MMSE in te vullen. Om dit niet onnodig ook in deze context te vragen, geven ze aan dat de volgende werkwijze gehanteerd moet worden. Er moet aan de patiënt gevraagd worden of men zelfstandig naar het toilet gaat. Bovendien of men dit ook minimaal 5 a 6 keer per dag doet. Als dit niet het geval is moet achterhaald worden

of, en zo ja, welke cognitieve aspecten maken dat ze niet gaan. In dat geval kan voor verder onderzoek eventueel gebruik gemaakt worden van de MMSE (zie bijlage 3).

Aanbevelingen

Doen	<p>Ga na in hoeverre sprake is van beperkingen in mobiliteit, handfunctie en cognitie bij 1) opname indien sprake is van urine-incontinentie, 2) beginnende urine-incontinentie of 3) verslechtering van urine-incontinentie. Houd bij de behandeling rekening met de informatie die de tests opleveren.</p> <p>Voor het achterhalen van de mate van beperkte mobiliteit, kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van een simpele opdracht, waarbij de patiënt gevraagd wordt om binnen 15 seconden op te staan, drie meter weg te lopen, terug te lopen en weer te gaan zitten, eventueel met gebruikmaking van de nodige hulpmiddelen. Bovendien kan gebruik gemaakt worden van de UNCO-MOB, op te vragen bij het VUMC (www.vumc.nl/afdelingen/UNO).</p> <p>Voor het vaststellen van cognitieve beperkingen kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van de MMSE (zie bijlage 3). Dit moet ook gedaan worden als er reden is om aan te nemen dat de kwetsbare oudere wel onafhankelijk naar het toilet kan gaan, maar door cognitieve stoornissen niet gaat.</p> <p>De huisarts of specialist ouderenzorg geeft opdracht tot deze tests dan wel voert deze zelf uit.</p>
------	---

2.7 Vragenlijsten kwaliteit van leven en symptoomscores (LUTS en BFLUTS)

In het ICI boek (ICS, 2009) wordt aangegeven dat kwaliteit van leven van centraal belang is voor kwetsbare ouderen, met name voor hen met een gelimiteerde levensverwachting. Zelfs bij mensen met blijvende urine-incontinentie is de kwaliteit van leven vatbaar voor verbeteringen, door middel van interventies die de urine-incontinentie iets verbeteren. Vragenlijsten kwaliteit van leven en/of symptoomscores, worden gebruikt om te achterhalen in welke mate een patiënt incontinent is en welke impact dit heeft op de kwaliteit van leven en om te achterhalen of interventies een positieve invloed hebben gehad op urine-incontinentie en/of kwaliteit van leven.

Wetenschappelijke onderbouwing

In het ICI boek (ICS, 2009) worden vragenlijsten beschreven waarin zowel symptoomscores van urine-incontinentie, als de impact ervan op kwaliteit van leven gemeten worden. Ook staan hier vragenlijsten waarin symptoomscores LUTS (lower urinary tract symptoms), inclusief OAB (overactieve blaas) gemeten worden in combinatie met de impact ervan op kwaliteit van leven.

Tenslotte bevat het boek vragenlijsten waarin alleen de impact van de urine-incontinentie op de kwaliteit van leven wordt gemeten of alleen de symptoomscore van urine-incontinentie.

De experts beschrijven voor ieder van de vragenlijsten voor zover ze hier informatie over konden vinden, de validiteit en de betrouwbaarheid van de lijsten en bovendien het percentage respons. Ze baseren dit op informatie die twee rapporten over de Eerste- en Tweede Internationale Consultatie over incontinentie opleverden. In aanvulling daarop hebben ze bovendien een systematische review gedaan naar literatuur over de vragenlijsten en de kwaliteit ervan. Ze hebben op basis van deze consultaties en een systematische review, een lijst gemaakt van vragenlijsten die bij de evaluatie (van validiteit, betrouwbaarheid en percentage respons) goede resultaten boekten (zie bijlage 4).

In het ICI boek (ICS, 2009) wordt duidelijk dat één van de genoemde lijsten in bijlage 4 ook bij oudere patiënten met urine-incontinentie getest is. In een studie bij ouderen in Japan is gebleken dat het vaststellen van symptoomscores LUTS (inclusief incontinentie) en de impact ervan op kwaliteit van leven, bij ouderen goed gemeten kan worden door middel van de KHQ. In deze studie werd een excellente betrouwbaarheid en validiteit van de lijst gemeten. Cijfers worden in het ICI boek echter niet benoemd.

In de NICE richtlijn (2006) wordt een groot deel van de genoemde vragenlijsten in bijlage 4 ook benoemd. Verschil met het ICI boek is echter dat ze bij de beoordeling van de lijsten vooral kijken naar de test-hertest betrouwbaarheid. In de NICE richtlijn worden studies beschreven waarin bij ouderen de I-QOL, SEAPI-QMM, UDI, IIQ en de OAB-q getest werden. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was respectievelijk 63, 64, 66, 68 en 76 jaar. In de studie over de IIQ konden patiënten onafhankelijk naar het toilet, voor de anderen wordt dit niet beschreven. In de NICE –richtlijn wordt aangegeven dat in de studies bewijs is gevonden voor een goede test-hertest betrouwbaarheid (significante correlatie tussen test- en hertest score) van de I-QOL en de SEAPI-QMM. De intraclass

correlatie coëfficiënt van de I-QOL bleek in een case studie bij ouderen 0.93 te zijn. In een case studie over de SEAPI-QMM bij ouderen, bleek Cronbach's alpha correlatie voor het domein sociale interactie 0.88, voor persoonlijke stress 0.81 en voor de algehele gezondheid en kwaliteit van leven 0.73 te zijn.

In het ICI boek (ICS, 2009) worden ook twee lijsten benoemd die speciaal voor oudere patiënten ontwikkeld zijn, namelijk de URIS en de Swedish questionnaire. De URIS (24 vragen) werd getest op validiteit en betrouwbaarheid bij thuiswonende ouderen van minimaal 60 jaar oud, met aandrangincontinentie. Cronbach's alpha was 0.94 voor de URIS-24. De interclass coëfficiënt was 0.88. Over respons wordt niets gezegd. Over de Swedish questionnaire is alleen bekend dat deze een respons kende van 62%. Aan de titel van deze vragenlijst te zien, kan verondersteld worden dat dit een vragenlijst is voor symptoomscores urine-incontinentie.

Conclusie

Niveau 3	<p>Er is enig bewijs dat de meetinstrumenten I-QOL, SEAPI-QMM en de KHQ gebruikt kunnen worden om symptoomscores en de kwaliteit van leven in kaart te brengen bij de oudere patiënt met urine-incontinentie. Er is echter geen literatuur gevonden waaruit blijkt dat deze lijsten gevalideerd zijn voor de Nederlandse praktijk.</p> <p>Er kunnen geen uitspraken worden gedaan over de betrouwbaarheid en validiteit van de URIS en de Swedish Questionnaire (twee vragenlijsten specifiek ontwikkeld voor de kwetsbare ouderen) voor de Nederlandse praktijk.</p> <p>ICS, 2009; NICE, 2006</p>
----------	--

Overige overwegingen

De I-QOL, EAPI-QMM en KHQ zijn nog niet gevalideerd voor de Nederlandse situatie en kunnen daarom niet aanbevolen worden voor de Nederlandse praktijk. De experts geven aan dat er een andere lijst bestaat, die in Nederland voor kwetsbare ouderen ontwikkeld en gevalideerd is. Het gaat hier om de PRAFAB (Hendriks et al., 2008) (zie bijlage 5) waarmee de ernst en impact van urine-incontinentie gemeten kunnen worden. De lijst kan gebruikt worden voor diagnostiek en om het effect van een interventie te meten. De ervaringen van de experts met het gebruik van deze korte lijst zijn positief. Ze zijn bovendien positief over

het feit dat de lijst voor ouderen ontwikkeld is. Er bestaat een variëteit aan factoren rondom oudere mensen, inclusief fysieke, sociale, mentale en omgevingsfactoren, die verschillend zijn voor de jongere en de oudere generatie. Bij kwetsbare ouderen met dementie of fysieke beperkingen, kan het moeilijk zijn om de impact van urine-incontinentie alleen vast te stellen. Vragenlijsten die specifiek voor deze ouderen ontwikkeld zijn, zijn daarom erg van belang.

De experts geven aan dat het de voorkeur verdient dat de patiënt de lijst zelf invult. De zorgverlener kan de mate van interferentie van urine-incontinentie op het leven van de patiënt onderschatten en zich richten op zaken die van minder belang zijn voor de patiënt. Bij de kwetsbare oudere kan het zelf invullen van de lijst echter lastig zijn, bijvoorbeeld in verband met beperkte cognitie. De experts geven aan dat in dit geval bijvoorbeeld de verpleegkundige of arts (degene die de anamnese doet) kan helpen met het invullen van de lijst.

Aanbevelingen

Onderzoek nodig	Er is onderzoek gewenst om Nederlandse vertalingen van internationale vragenlijsten kwaliteit van leven en/of symptoomscores (o.a. de I-QOL en de SEAPI-QMM en de KHQ) te valideren voor gebruik bij ouderen in de Nederlandse praktijk. Hetzelfde geldt voor de URIS en de Swedish questionnaire.
-----------------	--

Doen	<p>Het wordt aanbevolen om de ernst en impact van urine-incontinentie in kaart te brengen 1) bij urine-incontinentie bij opname, 2) bij beginnende incontinentie, 3) bij verergering van incontinentie en 4) om de effecten van een behandeling te evalueren.</p> <p>Hiervoor kan (in ieder geval tot hierboven benoemde internationale lijsten voor gebruik bij ouderen in Nederland gevalideerd zijn) gebruik gemaakt worden van de in Nederland ontwikkelde en gevalideerde PRAFAB (zie bijlage 5).</p> <p>De lijst wordt, indien mogelijk door de patiënt zelf ingevuld, anders kan de verpleegkundige, verzorgende, fysiotherapeut, huisarts of specialist ouderenzorg assisteren.</p>
------	---

3 Behandelinterventies

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende uitgangsvraag: *“Welke behandelinterventies moeten worden uitgevoerd bij de kwetsbare oudere met urine-incontinentie en door welke disciplines? Het gaat hierbij om bekkenbodemspiertraining, blaastraining, medicamenteuze behandeling, advies over leefstijl (o.a. overgewicht, vochtinname).”* Als onderstaande interventies onvoldoende resultaat hebben kan worden overwogen te verwijzen naar een specialist (uroloog, gynaecoloog of bekkenbodemteam) waarbij eerst wordt afgewogen wat de last is voor de patiënt en de mogelijke opbrengst.

3.1 Bekkenbodemspiertraining

Bekkenbodemspiertraining is een training die ervoor zorgt dat participanten getraind worden om hun bekkenbodemspieren selectief samen te trekken om zodoende de sterkte en duur van de contractie van de spieren te vergroten, het uithoudingsvermogen van die spieren te vergroten, de reactiesnelheid van deze musculatuur te bevorderen, de coördinatie te bevorderen en de bekkenbodemusculatuur te ontspannen. Er wordt verondersteld dat herhaalde (maximale) contractie en ontspanning van de spieren helpt om eventueel onvrijwillig urineverlies te controleren, meer steun te geven aan de urethrale sfincter en dat het selectief aanspannen van de bekkenbodem de overactiviteit van de detrusor musculatuur remt. De training kan onder andere variëren in aantal contracties per sessie, aantal sessies, frequentie, duur en snelheid van de contracties, de lengte van de trainingsperiode en de vorm van instructie die bij de training gegeven wordt (Choi et al., 2007; MacDonald et al., 2007).

Op basis van de gevonden literatuur wordt in deze paragraaf bekkenbodemspiertraining bij vrouwen onderscheiden van bekkenbodemspiertraining bij mannen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de wetenschappelijke onderbouwing van bekkenbodemspiertraining wordt onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen.

Vrouwen

Er zijn 5 reviews geïnccludeerd waarin bekkenbodemspiertraining een rol speelt in vergelijkingen van verschillende behandelingen van urine-incontinentie en waarbij de training (al of niet in combinatie met blaastraining) vergeleken wordt met reguliere zorg of een andere behandeling (Choi et al., 2007; Hay Smith & Dumoulin, 2007; Shamliyan et al., 2008; Thomas et al., 2008; Teunissen et al., 2004). Deze verschillende vergelijkingen worden hier beschreven, te beginnen met de vergelijking tussen bekkenbodemspiertraining en reguliere zorg. In de reviews waar hier iets over wordt gezegd, wordt duidelijk dat onder reguliere zorg wordt verstaan dat er geen behandeling plaatsvindt van de urine-incontinentie.

Bekkenbodemspiertraining versus reguliere zorg

In de review van Choi et al. (2007) zijn 12 RCT's opgenomen, waarin bij 1158 vrouwen bekkenbodemspiertraining vergeleken wordt met geen behandeling of placebo bekkenbodemspiertraining. De participanten hadden aandrang-, stress-, of gemengde urine-incontinentie. De gemiddelde leeftijd in de studies varieerde van 30 tot 77 jaar of de leeftijd was niet bekend (2 studies). In 5 van de 12 RCT's was de gemiddelde leeftijd minimaal 60 jaar. Er wordt niet beschreven of de participanten kwetsbaar waren. Gehanteerde uitkomstmaten waren het aantal incontinentie episodes, hoeveelheid onvrijwillig urineverlies en de mate waarin de incontinentie als ernstig wordt ervaren (impact). Follow-up wordt nergens beschreven. De reviewers geven aan dat de methodologische kwaliteit van 7 van de 12 studies matig tot goed was. De andere studies waren slecht van kwaliteit. Voor de uitkomstmaat aantal incontinentie episodes wordt een gepoold resultaat beschreven, apart voor trials waarin de gemiddelde leeftijd minimaal 60 was (-0.54 ($z=6.21$, $p<0.001$)). Dit betekent dat de participanten in de interventiegroep statistisch significant minder incontinentie-episodes hadden dan de participanten in de controlegroep.

De auteurs van de review concludeerden verder op basis van de 12 RCT's dat bij patiënten die stressincontinentie hadden, de statistische significantie van het effect met betrekking tot het aantal incontinentie episodes groter was voor de interventiegroepen (-0.77 ($z=7.03$, $p<0.001$)) dan bij groepen zonder specificatie van type incontinentie (-0.47 ($z=4.40$, $p<0.001$)). In de studies waarin de trainingsperiode minimaal 8 weken was, resulteerde behandeling bovendien in een groter effect op het aantal incontinentie episodes dan in de studies waarin de periode korter was dan 8 weken. De studies waarin sprake was van 24-36 contracties per dag, lieten een vergelijkbaar effect van de

behandeling zien als de studies waarin sprake was van minimaal 45 contracties per dag. De auteurs van de review concluderen hierover bovendien dat de lengte van de training en het aantal contracties per dag niet gerelateerd is aan de effectgrootte van de training, met dien verstande dat de training tenminste 24 contracties per dag inhoudt voor tenminste een periode van 6 weken. Ze concluderen op basis van alle RCT's (inclusief die waarin participanten ouderen waren) dat bekkenbodemspiertraining helpt bij urine incontinentie vrouwen, vooral bij stressincontinentie.

De review van Hay Smith & Dumoulin (2006) bevat 7 RCT's waarin bekkenbodemspiertraining bij 275 vrouwen vergeleken wordt met geen behandeling. Participanten hadden urodynamische stressincontinentie met of zonder detrusor overactiviteit of de vorm van incontinentie werd niet beschreven. De gemiddelde leeftijd van de participanten varieerde van 45 tot 68 jaar. In één van de studies varieerde de leeftijd van 35 tot 55 jaar en in één studie was de leeftijd onbekend. De auteurs van de review geven aan dat er in de studies geen sprake was van dat de symptomen van urine-incontinentie voortkwamen uit cognitieve problemen of afhankelijkheid door gebrek aan mobiliteit. In de trials waarin de leeftijd gemiddeld 63 of 68 jaar was, waren de uitkomstmaten aantal keer onvrijwillig urineverlies (OUI)/24 uur en de sterkte van de bekkenbodemspieren. In 1 van beide trials werd onderzocht hoeveel participanten bij follow-up recidiverende symptomen hadden. Van de beide trials is onduidelijk of sprake was van adequate concealment of allocation. Er was geen sprake van blinding van behandeling. In de twee trials (één met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar, de ander met een leeftijd variërend van 35 tot 55 jaar) werd het aantal keer OUI/24 uur gemeten en werd een statistisch significant verschil gevonden ten gunste van de trainingsgroep. Bij de mensen in deze groep was sprake van ongeveer 1 keer OUI minder per dag, vergeleken met de controlegroep. In de 3 studies (waarvan één met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar, één van gemiddeld 54 jaar en één met een leeftijd tussen de 35 en 55 jaar) waarin de sterkte van de spieren werd gemeten, werden tegenstrijdige resultaten gevonden. In 2 studies (waaronder de studie met een gemiddelde van 63 jaar) werd geen statistisch significant verschil gevonden. Dit kan, in de studie met een gemiddeld van 63 jaar, te wijten zijn aan het feit dat al een week na begin van de training gemeten werd. In de andere studie (leeftijd 35 tot 55 jaar) werd wel een statistisch significant verschil ten gunste van de trainingsgroep gevonden op vaginale kracht van contracties (MD 13.9, 95% CI 5.8 tot 22.0), piek kracht van vaginale contractie (MD 19.8, 95% CI 7.1 tot 32.5) en duur van contractie (MD 8.6, 95% CI 6.6 tot 10.6). In 1 van de studies (met een gemiddelde leeftijd

van 63 jaar) bleek dat de mensen met milde OUI (minder dan 7 keer OUI per week) meer kans hebben om symptomen terug te krijgen in vergelijking tot mensen met gemiddelde tot ernstige OUI (8 tot 21 keer per week), en dat die laatste groep meer kans heeft op verdere verbetering door bekkenbodemspiertraining op de langere termijn (bij 3 en 6 maanden follow up). In een andere studie (gemiddelde leeftijd van 68 jaar) werd gerapporteerd dat 3 van de 17 vrouwen (allemaal van de trainingsgroep) die na negen maanden een vragenlijst invulden, weer symptomen terug hadden kregen. De auteurs van de review concluderen op basis van alle 7 RCT's (inclusief de RCT's waarin participanten gemiddeld 63 of 68 jaar oud waren) dat bekkenbodemspiertraining beter is dan geen behandeling bij vrouwen met stress-, aandrang-, of gemengde urine-incontinentie.

De review van Shamliyan et al. (2008) bevat 4 RCT's waarin bekkenbodemspiertraining bij in totaal 229 vrouwen met stressincontinentie vergeleken wordt met reguliere zorg. De leeftijd van de participanten wordt niet benoemd. In de titel van 1 van de RCT's wordt wel aangegeven dat de studie over oudere vrouwen gaat. Het is onduidelijk of de participanten kwetsbaar waren. De gehanteerde uitkomstmaat was de mate waarin verbetering of genezing van urine-incontinentie optrad. De follow-up periode wordt niet beschreven. De reviewers geven aan dat de RCT's van gemiddelde kwaliteit waren. Dit baseren ze op de mate waarin sprake was van het intention to treat principe, blinding van behandeling en randomisatie.

Er werd een statistisch significant gepoold effect gevonden op de mate waarin men weer continent werd of waarin verbeteringen optraden, ten gunste van bekkenbodemspiertraining (7.1, 95% CI, 2.8 tot 18.4). De effectgrootte was echter niet consistent over de studies. Er was in 2 van de trials sprake van onvoldoende data. De auteurs van de review concluderen dat gemiddeld bewijs bestaat dat de training effectief is bij vrouwen met urine-incontinentie.

In de review van Thomas et al. (2008) is 1 trial opgenomen waarin bij 26 vrouwen met stress-, aandrang-, of gemengde urine-incontinentie na een beroerte, bekkenbodemspiertraining vergeleken wordt met reguliere revalidatie zonder behandeling voor urine-incontinentie. De leeftijd varieerde van 40 tot 85 jaar. De vrouwen waren in staat zelfstandig en zonder hulpmiddelen te lopen en het toilet te bezoeken en ze hadden geen cognitieve beperkingen. Gehanteerde uitkomstmaten waren het gemiddelde aantal incontinentie episodes in 24 uur, de gemiddelde urineerfrequentie tijdens de dag of tijdens de nacht, de functie van de bekkenbodemspieren, de gezondheidsstatus en de kwaliteit van leven. Follow-up werd alleen beschreven voor gezondheidsstatus en kwaliteit van

leven. Blinding voor behandelingstatus was niet mogelijk. Er was wel sprake van adequate concealment of allocation. In de trial werd alleen bewijs gevonden voor de behandeling met bekkenbodemspiertraining, in termen van de gemiddelde urineerfrequentie per 24 uur en het urineergemiddelde tijdens de dag, gemeten over drie dagen.

Bekkenbodemspiertraining in combinatie met blaastraining versus reguliere zorg

In de review van Shamliyan et al. (2008) zijn 4 RCT's opgenomen waarin bij 647 vrouwen bekkenbodemspiertraining in combinatie met blaastraining vergeleken wordt met reguliere zorg. Participanten hadden aandrang- en/of stressincontinentie. De leeftijd van de participanten wordt niet beschreven. Wel wordt in de titels van de RCT's duidelijk dat het in 2 RCT's om ouderen ging. Of het om kwetsbare participanten ging is niet duidelijk. Gehanteerde uitkomstmaten waren percentage participanten dat weer continent was of waarbij verbeteringen opgetreden waren. Follow-up wordt niet beschreven. De RCT's waren van matige kwaliteit. Er werden gepoolde effecten van de 4 RCT's beschreven. Na pooling bleken statistisch significante verschillen te bestaan in het percentage dat weer continent was, ten gunste van de interventie (Risicoverschil 0.13; CI 0.07 tot 0.20) en percentage met verbetering van OUI (Risicoverschil 0.36; CI 0.10 tot 0.61). De auteurs van de review concluderen dat er enig bewijs bestaat dat blaastraining in combinatie met bekkenbodemspiertraining effectief is voor de behandeling van urine-incontinentie bij vrouwen.

Niveau 1	<p>Er is bewijs dat bekkenbodemspiertraining bij oudere vrouwen met urine-incontinentie (met name bij stress, maar ook bij aandrang en gemengde urine-incontinentie) effectiever is dan geen behandeling als gekeken wordt naar onder andere vermindering in aantal incontinentie episodes.</p> <p>Choi, 2007; Hay Smith&Du Moulin, 2006; Shamliyan, 2008; Thomas, 2008</p>
----------	---

Niveau 2	Er is enig bewijs gevonden dat bekkenbodemspiertraining bij oudere vrouwen met urine-incontinentie minimaal 6 weken moet duren, met daarbij minimaal 24 contracties per dag. Choi, 2007
----------	--

Niveau 2	Er is enig bewijs gevonden dat het gebruik van bekkenbodemspiertraining in combinatie met blaastraining effectiever is dan reguliere zorg bij oudere vrouwen met urine-incontinentie (aandrang- en/of stress), als gekeken wordt naar het percentage patiënten dat weer continent werd of waarbij verbeteringen optraden. Shamliyan, 2008
----------	--

Mannen

Er zijn 3 reviews geïnccludeerd, waarin bekkenbodemspiertraining een rol speelt in vergelijkingen van de behandeling met reguliere zorg of met geschreven of verbale instructies (Hunter et al., 2007; MacDonald et al., 2007; Nahon et al., 2006). In de reviews waar hier iets over wordt gezegd, wordt duidelijk dat onder reguliere zorg wordt verstaan dat er geen behandeling plaatsvindt van de urine-incontinentie.

Bekkenbodemspiertraining versus reguliere zorg

De review van MacDonald et al. (2007) bevat 1 trial waarin bekkenbodemspiertraining bij 300 mannen vergeleken wordt met geen behandeling. De mannen hadden urine-incontinentie na radicale prostatectomie (prostaatverwijdering). Welke vorm van incontinentie wordt niet beschreven. De mannen waren gemiddeld 66 jaar. Of het om kwetsbare participanten ging is niet duidelijk. De gehanteerde uitkomstmaat was het aantal participanten dat weer continent was geworden. Dit werd gemeten op 4 momenten, namelijk 1, 3, 6 en 12 maanden na prostaatverwijdering. De trial was van slechte kwaliteit uitgaande van blinding van behandeling, concealment of allocation en intention to treat. De resultaten in de trial laten zien dat bekkenbodemspiertraining de tijd waarin de participant geneest van urine-incontinentie statistisch significant vermindert. Er was een grotere verbetering op 1, 3 en 6 maanden na prostaatverwijdering, vergeleken met geen behandeling. Na 12 maanden gebruikte 1% van de behandelingsgroep 2 of meer pads per dag, vergeleken met 12% van de controlegroep. De auteurs van de review

concluderen dat bekkenbodemspiertraining het weer continent worden meer versnelt dan geen bekkenbodemspiertraining bij mannen met urine-incontinentie na prostaatverwijdering.

De review van Nahon et al. (2006) is een review van reviews en meta-analyses, experimentele studies, observationele studies, case studies en expertmening, over onder andere bekkenbodemspiertraining bij incontinentie bij mannen na prostaatverwijdering. Het aantal participanten in deze studies is onbekend. De vorm van urine-incontinentie en de leeftijd van de participanten wordt ook niet expliciet gemaakt. Het is onduidelijk of de participanten kwetsbaar waren. Gehanteerde uitkomstmaten in de studies waren o.a. vermindering in de ernst van incontinentie en snelheid in het weer continent worden. Er wordt niet gesproken over follow-up. De reviews waren van goede en gemiddelde kwaliteit, evenals de meeste experimentele studies, uitgaande van de scores op de AHRQ. In 3 van de 4 meta-analyses wordt aangegeven dat geen statistisch significant bewijs is gevonden voor de training, maar dat dit eerder zegt dat meer onderzoek nodig is dan dat de training per definitie niet geschikt is. In de andere meta-analyse werd geconcludeerd dat er enig bewijs is voor bekkenbodemspiertraining.

In 4 van de 6 gevonden experimentele studies werd bewijs gevonden voor de training. In 1 ervan werd gevonden dat continentie sneller was bereikt bij bekkenbodemspiertraining tijdens de herstelperiode van prostaatverwijdering dan wanneer geen training werd gevolgd. In 1 andere werd gevonden dat wanneer ook training vóór de operatie aan patiënten wordt gegeven, dit helpt om sneller continent te worden in vergelijking tot wanneer alleen ná de operatie training plaatsvindt. In een andere werd gevonden dat bij training voor de operatie sprake was van verminderde ernst en duur van incontinentie. In een andere werd tenslotte sterk bewijs gevonden voor het gebruik van de training en werden significante resultaten na vier weken van training gerapporteerd. In de studies die rekening hielden met natuurlijke heling over de tijd werd een minder groot effect gevonden dan in de studies waar hiermee geen rekening werd gehouden. Nahon et al. (2006) concluderen op basis van de gevonden studies dat het beschikbare bewijs in de literatuur de training ondersteunt.

De review van Hunter et al. (2007) bevat 7 trials waarin bij in totaal 528 mannen met urine-incontinentie na prostaatverwijdering, bekkenbodemspiertraining (+ biofeedback) vergeleken wordt met geen behandeling, sham therapie of mondelinge instructie. De leeftijd van de participanten varieert in 1 van de trials van 61 tot 67 jaar, voor de andere trials wordt de leeftijd niet benoemd. De vorm van urine-incontinentie wordt niet

benoemd. In 1 trial was geen sprake van cognitieve beperkingen. Voor de andere 6 wordt dit niet beschreven. Verder werd ook niet duidelijk of de participanten kwetsbaar waren. Gehanteerde uitkomstmaten waren aantal participanten dat niet genezen was (in 4 trials), het aantal benodigde verschoningen van inlegmateriaal per 24 uur (in 1 trial) en de resultaten van het inlegmateriaal test (4 trials). Follow-up wordt niet beschreven. De kwaliteit van de trials was laag tot gemiddeld, uitgaande van de mate van blinding van behandeling, analysis to treat en concealment to allocation en de mate waarin drop outs beschreven staan. Er werd maar in 1 studie een statistisch significant verschil gevonden, namelijk op het aantal participanten dat niet genezen was, ten gunste van de interventiegroep (0.24 (0.10, 0.57)). De RR van de andere 3 studies waarin deze uitkomstmaat gehanteerd werd, lag dicht bij 1.00, maar met betrouwbaarheidsintervallen die belangrijke klinische verschillen niet uitsluiten. De auteurs van de review concluderen dat het effect van conservatief management en daarmee ook bekkenbodemspiertraining onduidelijk blijft.

In de review van Hunter et al. (2007) is 1 trial opgenomen waarin bij 58 mannen die incontinent zijn na TURP (transurethral resection of the prostate), bekkenbodemspiertraining vergeleken wordt met geen behandeling. Of de participanten kwetsbaar waren is niet duidelijk. De gehanteerde uitkomstmaat was het aantal participanten dat incontinent bleef. Er werd meteen na verwijdering van de katheter gemeten en bovendien gedurende de vier weken daarna wekelijks. De studie was van matige kwaliteit. Er was sprake van adequate randomisatie, de methode van allocatie werd niet beschreven. Er was sprake van adequate blinding van behandeling en drop-outs werden beschreven. Er werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden. In het ICI boek (2009) wordt dezelfde trial beschreven. In dit boek worden echter meer uitkomstmaten beschreven die in deze trial werden gehanteerd. In de beschrijving van de resultaten van de trial in het ICI boek (2009) wordt duidelijk dat in de interventiegroep de symptoomscore verbeterde, de sterkte van de bekkenbodemspieren vergroot werd en dat minder incontinentie-episodes bestonden 3 weken na TURP. In week 4 waren de gevonden verschillen tussen de interventie- en controlegroep echter niet meer statistisch significant.

Bekkenbodemspiertraining (+ elektrische stimulatie) versus geschreven of verbale instructies

In de review van MacDonald et al. (2007) is een trial opgenomen waarin bij 63 mannen met een gemiddelde leeftijd van 67 jaar na prostaatverwijdering,

bekkenbodemspiertraining (+ elektrische stimulatie) vergeleken wordt met verbale/geschreven instructies voor bekkenbodemspiertraining. De vorm van urine-incontinentie wordt niet beschreven en evenmin of de participanten kwetsbaar waren. Uitkomstmaten waren gemiddelde urineverlies, de resultaten van een inlegmateriaaltest en de mate waarin participanten weer continent werden (<2 gram/24 h). Er werd gemeten op 4 momenten, namelijk na 0, 3, 4 en 6 maanden. De studie was van goede kwaliteit. Er was sprake van adequate blinding, concealment of allocation en intention to treat. De resultaten laten zien dat er geen statistisch significante verschillen gevonden werden op de verschillende uitkomstmaten en de verschillende momenten waarop gemeten werd.

Conclusies

Niveau 2	<p>Er is enig bewijs gevonden dat bekkenbodemspiertraining bij mannen met urine-incontinentie na prostaatverwijdering effectiever is dan geen behandeling, als gekeken wordt naar onder andere het aantal participanten dat geneest van urine-incontinentie en de tijd die hiervoor nodig is.</p> <p>MacDonald, 2007; Nahon, 2006; Hunter, 2007</p>
Niveau 3	<p>Er is enig bewijs gevonden dat bekkenbodemspiertraining voor de behandeling van urine-incontinentie bij mannen na TURP, effectiever is dan geen behandeling, als gekeken wordt naar de sterkte van de bekkenbodemspieren en het aantal incontinentie-episodes. Na vier weken bleken de verschillen echter niet meer statistisch significant.</p> <p>Hunter, 2007; ICS, 2009</p>
Niveau 3	<p>Er is enig bewijs dat er geen verschil is in effectiviteit voor de behandeling van urine-incontinentie bij oudere mannen na prostaatverwijdering tussen bekkenbodemspiertraining of geschreven dan wel verbale instructie.</p> <p>MacDonald, 2007</p>

Overige overwegingen

In de RCT waarin de effectiviteit van bekkenbodemspiertraining vergeleken werd met geschreven dan wel verbale instructie, werden geen significante verschillen gevonden. Echter hier is de dosisrespons relatie ook van belang. Deze was van dien aard dat er onvoldoende dosis was om een adequate respons te verwachten.

In de studies waarin gekeken wordt naar het effect van bekkenbodemspiertraining bij urine-incontinentie na prostaatverwijdering of TURP, wordt de leeftijd van de participanten vaak niet beschreven. Omdat aannemelijk is dat deze patiënten vaak ouderen zijn, zijn deze studies toch meegenomen in de wetenschappelijke onderbouwing.

Er is enig bewijs gevonden voor de effectiviteit van bekkenbodemspiertraining bij oudere mannen met urine-incontinentie na prostaatverwijdering en na TURP. Het effect is hierbij echter 4 weken erna niet meer statistisch significant. Er is geen literatuur gevonden over de effectiviteit van bekkenbodemspiertraining bij oudere mannen met urine-incontinentie die geen TURP of radicale prostaatverwijdering hebben ondergaan. De effectiviteit van bekkenbodemspiertraining bij oudere vrouwen is echter wel aangetoond. De expertgroep ziet geen redenen dat deze resultaten niet zijn te extrapoleren naar oudere mannen. Ook in de ICI (2009) wordt bekkenbodemspiertraining aanbevolen voor zowel kwetsbare oudere vrouwen als mannen.

In de studies werd vaak niet duidelijk of de ouderen kwetsbaar waren.

De experts geven echter aan dat de training ook toegepast kan worden bij kwetsbare ouderen, maar dat er wel aan een aantal voorwaarden voldaan moet worden, voor toepassing van de training bij kwetsbare ouderen. Men moet:

- zich enigszins bewust zijn van de bekkenbodemspieren (N.B. kan ook bij mensen die rolstoelafhankelijk zijn)
- selectief spieren kunnen aanspannen
- enigszins instrueerbaar zijn
- enigszins zelfstandig kunnen trainen
- gemotiveerd zijn om te trainen

De experts geven aan dat minimaal 3 keer 8 maximale (aanspanning van rustig naar maximaal) contracties per dag gedaan moeten worden. Daarbij moet een inwaarts opwaartse bewegingsrichting gehanteerd worden. De behandeling beslaat minimaal 9 tot 12 behandelingen over ongeveer 3 maanden. Daarna moeten de patiënten nog ongeveer

3 maanden thuiswerk oefeningen doen. Hierop moet zicht worden gehouden door 4,5 maanden en 6 maanden na start van de behandeling een afspraak te maken met de fysiotherapeut. Wil er enige therapietrouw bewerkstelligd worden, dan het is het van belang dat de oefeningen geïncorporeerd kunnen worden in de dagelijkse activiteiten.

De experts geven aan dat de interventie uitgevoerd kan worden door de fysiotherapeut. De huisarts kan voor de training naar hen doorverwijzen. Zie voor de rol van de huisarts de NHG Standaard M46 (NHG, 2006). Verpleegkundigen en continëntieverpleegkundigen kunnen een rol hebben in ondersteuning bij het volhouden van de training.

Bijvoorbeeld bij rolstoelafhankelijken (die nog wel enigszins bewust zijn van de bekkenbodem), is de prognose wellicht minder gunstig. Bij ouderen duurt het in z'n algemeenheid vaak wat langer voordat ze hun bekkenbodemspieren vinden en leren voelen en tot sterkere contractie komen. Het is, mede doordat de training geen bijwerkingen heeft, echter toch de moeite waard om het te proberen. Hierbij is het erg van belang dat de patiënt gemotiveerd is. Bij de eerste behandeling lukt het vaak niet, maar vaak pas bij de tweede of derde keer. Pas als de patiënt bij de derde behandeling nog steeds geen of onvoldoende bewuste controle heeft over de bekkenbodem, kan eventueel gedacht worden aan een combinatie van de training met elektrostimulatie of biofeedback. Indien de patiënt onvermogen heeft om te contraheren of te ontspannen, maar dit op grond van de aard van de problematiek wel zou kunnen, kan elektrostimulatie geprobeerd worden totdat de patiënt zelfstandig tot contraheren in staat is. Hierbij is echter voorzichtigheid geboden. De elektroden kunnen de kwetsbare huid of intravaginaal/rectaal oppervlakte weefsel beschadigen. Voor toepassing van de combinatie van bekkenbodemspiertraining met elektrostimulatie of biofeedback verwijzen we naar de richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen (LEVV/CBO, in ontwikkeling), de richtlijn Stress urine-incontinentie bij volwassenen (KNGF, in druk).

De experts geven aan dat wanneer gekozen wordt voor een combinatie van blaastraining en bekkenbodemspiertraining, het noodzakelijk is dat men zelf naar het toilet kan lopen en ook gaat.

Aanbevelingen

Meer onderzoek nodig	Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van bekkenbodemspiertraining bij oudere mannen met urine-incontinentie bij wie geen prostatectomie of TURP heeft plaatsgevonden.
----------------------	---

Doen	<p>Het toepassen van bekkenbodemspiertraining bij mannen en vrouwen met urine-incontinentie bij stressincontinentie en gemengde incontinentie waarbij stressincontinentie overheerst. Hierbij moet wel aan de volgende voorwaarden worden voldaan. Men moet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zich enigszins bewust zijn van de bekkenbodemspieren (dit is soms ook mogelijk is bij mensen die rolstoelafhankelijk zijn) - selectief spieren kunnen (leren) aanspannen en ontspannen - enigszins instrueerbaar zijn - enigszins zelfstandig kunnen trainen - gemotiveerd zijn om te trainen <p>Er moeten minimaal 3 keer 8 maximale (zo krachtig mogelijke) contracties per dag gedaan worden. Daarbij moet een inwaarts opwaartse bewegingsrichting gehanteerd worden. De behandeling bestaat in ieder geval 9 tot 12 behandelingen over ongeveer 3 maanden. Daarna moeten de patiënten nog minimaal 3 maanden thuiswerk oefeningen doen. Hierop moet zicht worden gehouden door 4,5 maanden en 6 maanden na start van de behandeling een afspraak te maken bij de bekkenfysiotherapeut. De oefeningen moeten geïncorporeerd kunnen worden in de dagelijkse activiteiten.</p> <p>De interventie kan worden uitgevoerd door de fysiotherapeut. De huisarts of specialist ouderengeneeskunde kan naar hen doorverwijzen. Zie voor de rol van de huisarts de NHG Standaard M46 (NHG, 2006). (Continente)verpleegkundigen, verzorgenden en aandachtsvelders continenzorg kunnen een rol hebben in de ondersteuning bij het volhouden van de training.</p> <p>Als de patiënt bij de derde behandeling nog steeds geen of onvoldoende bewuste controle heeft over de bekkenbodem, kan een combinatie van</p>
------	--

	<p>de training met elektrostimulatie of biofeedback worden overwogen. Indien de patiënt onvermogen heeft om te contraheren maar dit op grond van de aard van de problematiek wel zou kunnen, kan elektrostimulatie geprobeerd worden totdat de patiënt zelfstandig tot contraheren in staat is. Hierbij is echter voorzichtigheid geboden. De elektroden kunnen de kwetsbare huid of intravaginaal/rectaal oppervlakte weefsel beschadigen. Bekkenbodemspiertraining met electrostimulatie en biofeedback wordt uitgevoerd door een bekkenfysiotherapeut. Voor toepassing van deze interventies verwijzen we naar de richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen (LEVV/CBO, in ontwikkeling), of de KNGF richtlijn Stress urine-incontinentie (KNGF, in druk).</p>
--	--

Doen	<p>Het combineren van bekkenbodemspiertraining met blaastraining bij kwetsbare oudere vrouwen met urine-incontinentie, als blaastraining alleen te weinig effect oplevert. Een extra voorwaarde hierbij is echter wel dat de patiënt zelfstandig naar het toilet kan en ook gaat.</p>
------	---

3.2 Blaastraining

De interventie is gericht op het herkrijgen van continentie en wordt toegepast bij mensen die cognitief en fysiek in staat zijn om deze training (bewust) te volgen. Door het trainen van de blaas wordt geprobeerd om het normale plaspatroon te herstellen (tot een interval van ongeveer 3 à 4 uur). Cliënten moeten gedurende de dag volgens schema plassen en verder de drang tot plassen onderdrukken, door middel van strategieën als afleiding, ontspanning en bewust voor dit doel geschikte bekkenbodemspiercontracties. Het schema kan vaststaan of flexibel zijn. Aan de cliënt wordt vaak informatie gegeven over de functie van de blaas en hoe continentie behouden wordt. Ze ontvangen bovendien positieve feedback van de hulpverlener bij succesvolle uitvoering van de interventie en aanmoediging om deze vol te houden (Roe et al., 2007; Wallace et al., 2004).

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn 5 systematische reviews geïncludeerd waarin blaastraining een rol speelt in de vergelijking van verschillende behandelingen van urine-incontinentie (Alhasso et al., 2006; Roe et al., 2007; Shamliyan et al., 2008; Teunissen et al., 2004; Wallace et al., 2004). Blaastraining wordt hierbij al of niet in combinatie met bekkenbodemtraining

(+biofeedback) vergeleken met reguliere zorg of bekkenbodemspiertraining (+biofeedback). Bovendien wordt de vergelijking tussen blaastraining en medicatie gemaakt. Deze vergelijkingen worden in deze paragraaf apart van elkaar behandeld. Te beginnen met blaastraining versus reguliere zorg.

Blaastraining versus reguliere zorg

Er zijn 4 reviews geïncludeerd waarin blaastraining met reguliere zorg vergeleken wordt (Roe et al., 2007; Shamliyan et al., 2008; Teunissen et al., 2004; Wallace et al., 2004). In de reviews wordt aangegeven dat onder reguliere zorg verstaan wordt dat geen behandeling plaatsvond of werd reguliere zorg niet gedefinieerd.

In de review van Shamliyan et al. (2008) wordt dezelfde RCT beschreven als in de review van Teunissen et al. (2004). In deze RCT wordt bij 131 vrouwen met urine-incontinentie (leeftijd varieerde van 55 tot 90 jaar) blaastraining vergeleken met reguliere zorg. Het is onduidelijk of ze hulpbehoevend waren. Participanten hadden stress-, aandrang-, of gemengde incontinentie. Gehanteerde uitkomstmaten waren percentage participanten dat continent was na behandeling of de mate waarin verbeteringen opgetreden waren (vermindering in aantal incontinentie episodes). Er was geen sprake van follow up. De trial was van lage kwaliteit. Er werd 1 significant effect gevonden. Er was in de interventiegroep significant meer sprake van verbetering (0.51, CI 0.36 tot 0.66). Shamliyan et al. (2008) concluderen op basis van de RCT dat er enig bewijs bestaat dat blaastraining effectief is voor de behandeling van urine-incontinentie bij vrouwen. Teunissen et al. concluderen op basis van deze RCT dat naar het effect op stressincontinentie nog wel verder onderzoek gedaan moet worden.

In de review van Wallace et al. (2004) zijn 3 RCT's opgenomen waarin blaastraining bij 199 al of niet hulpbehoevende vrouwen, vergeleken werd met geen behandeling. In 1 RCT was de leeftijd van de participanten 35 tot 55 jaar. In de andere twee was de gemiddelde leeftijd in de interventiegroep respectievelijk 66 en 45 jaar en in de controlegroep 68 en 42. Participanten hadden aandrang- stress of gemengde incontinentie of detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie. Er werden uiteenlopende uitkomstmaten in de RCT's gehanteerd. De trials waren bovendien van variabele kwaliteit met kleine steekproeven en brede betrouwbaarheidsintervallen. Er werden doordat sprake was van heterogeniteit geen gepoolde resultaten beschreven. Er was geen sprake van follow-up. Er werden in de RCT's een aantal significante effecten gevonden, allemaal ten gunste van de interventiegroep.

In 1 van de 3 RCT's (onafhankelijke vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 66 en 68 jaar) was in de interventiegroep sprake van significant minder incontinentie episodes per week, dan in de controlegroep (RR 3.15; 95% CI 1.98 tot 5.02) bij participanten met detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie. In deze RCT werd voor vrouwen met stressincontinentie bovendien een significant verschil gevonden op aantal micties tijdens de nacht, ten gunste van blaastraining (WMD-3.00; 95% CI -5.14 tot -0.86). In een andere van de 3 RCT's (vrouwen met een leeftijd van 35 tot 55 jaar) werd ook een significant verschil op micties gevonden, ten gunste van de interventie (SMD -3,95; 95% CI -5.22 tot -2.67). Het is onduidelijk welke vorm van urine-incontinentie de vrouwen hadden en of ze hulpbehoevend waren.

In de andere RCT (vrouwen met een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 45 en 42 jaar met aandrangincontinentie, onduidelijk of hulpbehoevend) werd bovendien voor vrouwen met aandrangincontinentie een significant verschil op perceptie van verbetering gevonden, ten gunste van blaastraining (RR 17; 95% CI 1.13-256.56). De reviewers concluderen dat er beperkt bewijs bestaat dat blaastraining helpt bij de behandeling van urine-incontinentie.

In de review van Roe et al. (2007) is één review over blaastraining opgenomen. Dit is de review van Wallace et al. (2004) die hierboven beschreven staat. Ook in de review van Roe et al. (2007) wordt op basis hiervan aangegeven dat er beperkt bewijs bestaat dat blaastraining helpt bij de behandeling van urine-incontinentie.

Blaastraining versus bekkenbodemspiertraining + biofeedback

Er is 1 review geïncludeerd waarin blaastraining vergeleken wordt met bekkenbodemspiertraining + biofeedback (Wallace et al., 2004).

In de review van Wallace et al. (2004) zijn 2 trials opgenomen waarin bij in totaal 164 vrouwen blaastraining vergeleken wordt met bekkenbodemspiertraining + biofeedback. In 1 trial waren de vrouwen onafhankelijk, voor de andere wordt dit niet beschreven. De leeftijd van de participanten is voor 1 trial niet benoemd, in de andere was deze gemiddeld 61 jaar. De vrouwen hadden stressincontinentie of detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie of de vorm werd niet benoemd. Gehanteerde uitkomstmaten waren genezing of verbetering van urine-incontinentie, aantal incontinentie-episodes, aantal micties, kwaliteit van leven en de tevredenheid met de behandeling. Er was maar in 1 van de studies sprake van follow-up (alleen bij vrouwen met stressincontinentie), namelijk 3 maanden na behandeling. Eén trial was van goede en 1 was van matige kwaliteit. Er werden geen gepoolde resultaten gegeven.

In 1 van de trials (vorm urine-incontinentie en leeftijd participant onbekend) werd 1 significant resultaat gevonden, namelijk een significant verschil op het aantal micties aan het einde van de behandeling, ten gunste van blaastraining (WMD -27.30; 95% CI -0.38.05 tot -16.55).

In de andere hadden de participanten met een gemiddelde leeftijd van 61 jaar stressincontinentie of detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie. Voor de participanten met stressincontinentie werden geen significante verschillen gevonden op de uitkomstmaten, namelijk op kwaliteit van leven en het aantal incontinentie-episodes per dag aan het einde van de behandeling. Voor de participanten met detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie werd 1 significant verschil gevonden, namelijk op patiënttevredenheid na behandeling, ten gunste van bekkenbodemspiertraining in combinatie met biofeedback (RR 0.82; 95% CI 0.69 tot 0.97). Dit verschil was na 3 maanden niet meer significant.

Blaastraining en bekkenbodemspiertraining versus reguliere zorg

Er is 1 review geïncorporeerd waarin blaastraining in combinatie met bekkenbodemspiertraining vergeleken wordt met reguliere zorg (Shamliyan et al., 2008).

In de review wordt in 4 RCT's bij in totaal 647 vrouwelijke participanten blaastraining in combinatie met bekkenbodemspiertraining vergeleken met reguliere zorg. De leeftijd van de participanten van de 4 RCT's wordt niet benoemd. In de titel van 2 van de RCT's staat echter dat het om oudere vrouwen gaat. De participanten hadden aandrang- en/of stressincontinentie. Gehanteerde uitkomstmaten waren het percentage participanten dat genezen dan wel verbeterd was. Er werd geen follow-up beschreven. De trials waren van matige kwaliteit.

Er worden op basis van de vier RCT's gepoolde resultaten beschreven. Op zowel vermindering als op genezing van incontinentie, werd een gepoold significant risicoverschil gevonden, ten gunste van de interventiegroep ((RV 0.13 (CI 0.07 tot 0.20) en (RV 0.36 (CI 0.10 tot 0.61)). De auteurs concluderen dat er enig bewijs bestaat dat blaastraining in combinatie met bekkenbodemspiertraining effectief is voor de behandeling van urine-incontinentie.

Blaastraining in combinatie met bekkenbodemspiertraining + biofeedback versus bekkenbodemspiertraining

Er is 1 review geïncludeerd waarin blaastraining in combinatie met bekkenbodemspiertraining + biofeedback vergeleken wordt met bekkenbodemspiertraining (Wallace et al., 2004).

In deze review wordt 1 trial beschreven waarin deze vergelijking wordt gemaakt, namelijk bij 125 onafhankelijke vrouwen van gemiddeld 61 jaar, met stressincontinentie of detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie. Gehanteerde uitkomstmaten waren kwaliteit van leven, aantal micties en perceptie van verbetering of genezing. Follow-up is alleen gemeten voor kwaliteit van leven en vermindering van incontinentie en alleen voor de participanten met detrusor instabiliteit met of zonder stressincontinentie. De trial is van matige kwaliteit.

Voor de participanten met stressincontinentie zijn geen significante verschillen gevonden op de gehanteerde uitkomstmaten aantal incontinentie episodes en kwaliteit van leven. Voor de participanten met detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie werd een significant verschil gevonden ten gunste van de interventiegroep (gecombineerde interventie) op perceptie van vermindering van incontinentie (RR 1.18; 95% CI 1.01 tot 1.39). Daarnaast was er een significant verschil in kwaliteit van leven, ten gunste van de interventiegroep (WMD -47.20; 95% CI -87.03 tot 7.37). Deze 2 verschillen waren bij 3 maanden follow-up niet meer significant.

Blaastraining in combinatie met of versus medicatie

Er zijn 2 systematische reviews geïncludeerd waarin blaastraining vergeleken wordt met medicatie (Alhasso et al., 2006; Wallace et al., 2004). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen parasympatholytica en andere medicatie. Ook wordt de combinatie van blaastraining en medicatie vergeleken met blaastraining of medicatie alleen. Hier zullen deze vergelijkingen achtereenvolgens behandeld worden, te beginnen met blaastraining versus parasympatholytica.

Blaastraining versus parasympatholytica

In de review van Alhasso et al. (2006) zijn 6 trials opgenomen waarin blaastraining vergeleken wordt met parasympatholytica bij in totaal 288 vrouwen en mannen. Het is niet duidelijk of het om hulpbehoevenden ging. Er is wel voor 1 trial beschreven dat de participanten mobiel waren. De leeftijd van de participanten was in 1 trial onbekend, in 1 maximaal 65 jaar, in 2 gemiddeld 82 jaar en in 1 gemiddeld 49 jaar. De participanten

hadden voornamelijk aandrangincontinentie, detrusor overactiviteit of een overactieve blaas, een klein deel had stressincontinentie, dubbele incontinentie of de vorm was onbekend. Uitkomstmaten waren genezen tijdens behandeling of na behandeling, subjectieve verbetering tijdens de behandeling en bijwerkingen. Op deze maten werden gepoolde resultaten beschreven. Follow up werd niet beschreven. De trials waren van variabele kwaliteit. Op subjectieve verbetering tijdens behandeling werd een gepoold significant verschil gevonden, ten gunste van parasympholytica (RR 0.73, 95% CI 0.59 tot 0.90, p 0.04). Op bijwerkingen werd bovendien een significant verschil gevonden ten gunste van de blaastraininggroep (RR 13.10; 95% 14.18 tot 41.03).

In de review van Wallace et al. (2004) worden de resultaten beschreven van 2 RCT's waarin de vergelijking tussen blaastraining en parasympholytica wordt gemaakt. Participanten waren 138 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar in de ene trial en een leeftijd van minimaal 18 in de andere. Het is onduidelijk of ze hulpbehoevend waren. Participanten hadden aandrangincontinentie of een combinatie met de nadruk op aandrang. Uitkomstmaten waren perceptie van genezing of verbetering, de mate van bijwerkingen, het aantal incontinentie episodes, het aantal micties en kwaliteit van leven. Follow-up werd maar voor 1 studie beschreven. Eén studie was van goede en 1 van matige kwaliteit.

In 1 van beide trials (vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar met aandrangincontinentie) werden 2 significante verschillen gevonden. Ten eerste op de mate van bijwerkingen ten gunste van blaastraining (RR 0.03; 95% CI 0.00 tot 0.44). Daarnaast in perceptie van genezing ten gunste van blaastraining. Dit verschil was echter alleen 6 maanden na behandeling significant (RR 1.69; 95% CI 1.21 tot 2.34). In de andere RCT (vrouwen van minimaal 18 jaar, met combinaties van verschillende vormen van incontinentie met de nadruk op aandrangincontinentie) werden drie significante resultaten gevonden. Ten eerste op de mate van bijwerkingen, ten gunste van de blaastrainingsgroep (RR 0.19; 95% CI 0.07 tot 0.54). Daarnaast op het aantal micties per dag, ten gunste van de parasympholyticagroep (WMD 2.8; 95% CI 0.91 tot 4.69). Op kwaliteit van leven werd alleen met het meetinstrument SF-12 een significant verschil gemeten, namelijk ten gunste van blaastraining (WMD 9.00; 95% CI 1.64 tot 16.36). De auteurs van de review geven aan dat op basis van deze twee trials niet gezegd kan worden of de voorkeur gegeven moet worden aan blaastraining of parasympholytica als behandeling van eerste keus.

Blaastraining in combinatie met parasympholytica vergeleken met blaastraining

In de review van Alhasso et al. (2006) zijn twee trials opgenomen waarin blaastraining in combinatie met parasympholytica vergeleken wordt met blaastraining.

Participanten waren 134 mannen of vrouwen. Of ze hulpbehoevend waren wordt niet beschreven. Voor 1 van de trials wordt wel beschreven dat alle patiënten mobiel waren. In 1 van de beide trials was de gemiddelde leeftijd 82 jaar, in de andere is de leeftijd onbekend. Participanten hadden aandrangincontinentie, overactieve blaas, frequency of urgency. Uitkomstmaten waren subjectieve verbetering en de mate van bijwerkingen. Follow-up wordt niet beschreven. De trials waren klein en van variabele kwaliteit. Er werd 1 gepoold significant verschil gevonden, namelijk op de subjectieve verbetering tijdens de behandeling, ten gunste van de parasympholytica in combinatie met blaastraining (RR 0.55, 95% CI 0.32 tot 0.93).

Blaastraining in combinatie met parasympholytica versus parasympholytica

In de review van Alhasso et al. (2006) worden twee trials beschreven waarin blaastraining in combinatie met parasympholytica vergeleken wordt met parasympholytica.

Participanten waren in totaal 575 mannen en vrouwen met urgency en frequency met of zonder aandrangincontinentie of een overactieve blaas. De leeftijd van de participanten is van één van beide trials niet bekend. In de andere waren participanten minimaal 18 jaar. Gehanteerde uitkomstmaten waren verandering in aantal incontinentieperiodes per dag ten opzichte van de start, subjectieve verbetering en de mate waarin bijwerkingen ervaren worden. Follow-up wordt niet beschreven. De trials waren van variabele kwaliteit. Voor subjectieve verbetering en de mate van bijwerkingen werden gepoolde resultaten beschreven. Deze waren niet significant ((RR 0.81, 95% CI 0.61 tot 1.06) en (RR 0.94, 95% CI 0.83 tot 1.07)). Het percentage verandering in aantal incontinentieperiodes per dag is maar voor 1 RCT beschreven (participanten van minimaal 18 jaar met urgency en frequency met of zonder aandrangincontinentie). Het percentage verandering in aantal incontinentieperiodes per dag ten opzichte van de start was 87% voor de gecombineerde interventiegroep en 81% voor de parasympholyticagroep.

In de review van Wallace et al. (2004) werden twee trials opgenomen waarin blaastraining in combinatie met parasympholytica vergeleken werd met parasympholytica alleen.

Participanten waren in totaal 329 mannen en vrouwen met in één van de trials een gemiddelde leeftijd van 61 jaar en in de andere minimaal 18. Het is onduidelijk of de participanten hulpbehoevend waren. Participanten hadden aandrangincontinentie of een combinatie van vormen met de nadruk op aandrang. Uitkomstmaten waren aantal incontinentie-episodes per 24 uur, aantal micties, bijwerkingen en kwaliteit van leven.

Follow-up wordt niet beschreven. De trials waren van variabele kwaliteit. In de trial met mannen en vrouwen van gemiddeld 61 jaar met aandrangincontinentie, werd maar 1 uitkomstmaat beschreven, namelijk het aantal incontinentie-episodes per 24 uur aan het einde van de behandeling. In beide groepen was deze 0.3. In de andere trial (28 participanten met de nadruk op aandrangincontinentie, van minimaal 18 jaar) werd alleen een significant verschil gevonden op het aantal micties, ten gunste van de parasympatholyticagroep (WMD 3.50; 95% CI 1.09 tot 5.91).

Omdat vrijwel alle participanten vrouwen waren is er in richtlijnen bekeken of er conclusies getrokken kunnen worden die specifiek van toepassing zijn op mannen. De ICI (ICS, 2009) meldt dat er op basis van de door ICI gevonden literatuur geen conclusies getrokken kunnen worden over het effect van blaastraining bij oudere mannen (ICS, 2009).

Op basis van de literatuur, kan geen uitspraak gedaan worden over de exacte gewenste inhoud van de training. Ook niet over technieken voor het onderdrukken van de drang tot plassen. Bovendien niet over de wijze waarop bewerkstelligd kan worden dat patiënt en zorgverlener de training goed en consequent volhouden.

Conclusie

Niveau 2	Er is enig bewijs gevonden voor het gebruik van blaastraining bij oudere vrouwen met aandrang- of gemengde urine-incontinentie, vergeleken met reguliere zorg, onder andere ten aanzien van (perceptie van) verbetering. Over het effect op de langere termijn kan geen conclusie getrokken worden. Roe, 2007; Shamliyan, 2008; Teunissen, 2004; Wallace, 2004
----------	---

Niveau 2	Er is onvoldoende bewijs gevonden om voor wat betreft effectiviteit, een voorkeur uit te spreken voor blaastraining of bekkenbodemspiertraining + biofeedback, bij de behandeling van urine-incontinentie bij oudere vrouwen. Wallace, 2004
----------	--

Niveau 2	<p>Er is enig bewijs gevonden dat het gebruik van blastraining in combinatie met bekkenbodemspiertraining bij vrouwen met urine-incontinentie (aandrang- en/of stressincontinentie) meer effectief is in vergelijking tot reguliere zorg, als gekeken wordt naar vermindering of genezing van incontinentie. Over het effect op de langere termijn kan geen conclusie getrokken worden.</p> <p>Shamliyan, 2008</p>
----------	--

Niveau 3	<p>Er is enig bewijs gevonden voor de combinatie van blastraining en bekkenbodemspiertraining op korte termijn boven bekkenbodemspiertraining alleen, bij oudere vrouwen met detrusor overactiviteit met of zonder stressincontinentie, als gekeken wordt naar het effect ervan op de perceptie van verbetering. Er is geen bewijs gevonden voor het effect op de langere termijn.</p> <p>Wallace, 2004</p>
----------	---

Niveau 1	<p>Op basis van de resultaten kan voor wat betreft de effectiviteit, geen duidelijke voorkeur uitgesproken worden voor blastraining dan wel parasympatholytica, bij de behandeling van urine-incontinentie bij ouderen, als gekeken wordt naar de mate van genezing of verbetering.</p> <p>Wel is enig bewijs gevonden dat bij blastraining minder sprake is van bijwerkingen dan bij parasympatholytica. Er kan echter geen conclusie getrokken worden over de lange termijn.</p> <p>Alhasso, 2006; Wallace, 2004</p>
----------	--

Niveau 3	<p>Er is enig bewijs gevonden dat blastraining in combinatie met parasympatholytica effectiever is in vergelijking tot blastraining alleen, bij de behandeling van aandrangincontinentie bij ouderen, als gekeken wordt naar de subjectieve verbetering tijdens de behandeling. Er kan geen conclusie getrokken worden over de lange termijn.</p>
----------	---

	Alhasso, 2006
Niveau 2	Er is geen bewijs gevonden op basis waarvan voor wat betreft effectiviteit, een voorkeur uitgesproken kan worden voor blaastraining in combinatie met parasympatholytica of parasympatholytica alleen, voor de behandeling van aandrangincontinentie bij ouderen. Alhasso, 2006; Wallace, 2004
Niveau 3	Op basis van de literatuur kunnen geen conclusies getrokken worden over het effect van blaastraining, specifiek gericht op oudere mannen. ICS, 2009

Overige overwegingen

De experts geven aan dat blaastraining een interventie is zonder bijwerkingen met lage kosten en die relatief gemakkelijk (ook thuis) in de praktijk te brengen is. Ze geven aan dat blaastraining daarom als eerste keus aangeraden moet worden voor met name aandrangincontinentie bij vrouwen.

De experts geven aan dat blaastraining ook bij oudere mannen toegepast kan worden, mede doordat er geen sprake is van bijwerkingen. Ze geven daarbij aan dat de interventie niet geschikt is voor kwetsbare ouderen die functionele problemen hebben. Dan is blaastraining onvoldoende om weer continent te worden. De interventie is alleen geschikt voor kwetsbare ouderen (zowel mannen als vrouwen) die geen problemen hebben met de toiletgang zelf en die het toilet ook zelf kunnen vinden.

Als blaastraining gecombineerd wordt met parasympatholytica dan moet de cognitie goed in de gaten gehouden worden. De contra-indicaties moeten goed in acht genomen worden. Bovendien moet helder zijn dat vaak sprake is van bijwerkingen als duizeligheid, wazig zicht en droge mond, waardoor velen stoppen met de behandeling.

De experts geven ook aan dat patiënten de instructies wel moeten kunnen begrijpen en naleven. Bovendien geven ze aan dat het erg van belang is dat de patiënten gemotiveerd zijn. Hen moet uitgelegd worden wat de interventie inhoudt. Dan kan in samenspraak met

de patiënt al of niet gekozen worden voor de interventie. De training moet minimaal 6 weken duren. Daarna moet de voortgang geëvalueerd worden. Als er op dat moment reeds vooruitgang is geboekt dan wordt de training voortgezet, waarbij steeds meer aan de patiënt wordt overgelaten (thuis oefenen), met een maximum van 6 maanden.

De experts geven aan dat het van belang is dat de professional moet kunnen inschatten wat verbeteringen zijn en wat dit voor invloed heeft op het vervolg van de training. Nurse practitioners of (bekken)fysiotherapeuten, of gespecialiseerd verpleegkundigen of incontinentieverpleegkundigen kunnen de interventie uitvoeren. Verpleegkundigen kunnen ondersteuning bieden bij de uitvoering.

Omdat voor deze richtlijn niet specifiek gezocht is naar het effect van medicatie alleen kan hierover geen aanbevelingen geformuleerd worden. Hiervoor kan de richtlijn over urine-incontinentie bij vrouwen geraadpleegd worden (LEVV/CBO, in ontwikkeling). In de volgende paragraaf komen wel aanbevelingen terug met betrekking tot medicatie in combinatie met of versus blaastraining.

Aanbevelingen

Meer onderzoek nodig	Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van blaastraining bij kwetsbare oudere mannen. Bovendien is meer onderzoek nodig om overtuigender bewijs te brengen voor het toepassen van blaastraining alleen of blaastraining in combinatie met andere behandelingen bij kwetsbare oudere vrouwen. Tenslotte is meer onderzoek nodig naar de exacte vormgeving van de interventie (denk aan technieken tot onderdrukken van drang tot plassen, naar de opzet van het urineerschema en naar de wijze waarop de training goed en consequent vol te houden is voor patiënt en hulpverlener).
----------------------	---

Doen	Blaastraining toepassen bij kwetsbare oudere mannen en vrouwen met aandrang of gemengde urine-incontinentie, mits er geen sprake is van een functioneel probleem. Zij moeten gemotiveerd zijn en de instructies kunnen begrijpen en kunnen naleven. Er moet uitgelegd worden wat de training inhoudt (zie ook begripsomschrijving blaastraining) en waarna in overleg al dan niet wordt gekozen voor blaastraining. De training duurt minimaal 6 weken, waarna de voortgang wordt geëvalueerd. Bij
------	--

	<p>vooruitgang wordt de training voortgezet met een maximum van 6 maanden. Daarbij gaat de patiënt steeds meer zelf doen (thuis oefenen).</p> <p>De interventie kan worden uitgevoerd door een verpleegkundig specialist of nurse practitioner met aandachtsgebied urologie, een fysiotherapeut of een continetieverpleegkundige. Een verpleegkundige kan ondersteunen in de uitvoering.</p>
--	--

Doen	<p>Combineer blastraining met parasympholityca bij ouderen met aandrangincontinentie, wanneer blastraining alleen onvoldoende resultaat (vermindering incontinentie) heeft. Hierbij is echter voorzichtigheid geboden. Contra-indicaties, veranderingen in cognitie en andere bijwerkingen moeten goed in de gaten gehouden worden.</p>
------	---

3.3 Behandeling door middel van medicatie

Voor dit hoofdstuk werd gebruik gemaakt van het hoofdstuk over medicatie uit de richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen (LEVV/CBO, in ontwikkeling). In de studies is minimaal de helft vrouwen met urine-incontinentie.

Wetenschappelijke onderbouwing

Achtereenvolgens worden parasympholityca en oestrogenen beschreven.

Parasympholityca

Placebogecontroleerde studies van parasympholityca

- Darifenacine

In twee dubbelblind uitgevoerde RCTs (n=398, n=561) werd darifenacine (met gereguleerde afgifte) onderzocht bij patiënten met aandrangincontinentie, urgency en frequency (Haab et al., 2004; Steers et al., 2005). In beide studies was na 12 weken met darifenacine-toediening van 7,5-15 mg significant meer verbetering te zien wat betreft aandrangincontinentie, mictiefrequentie, aandrangepisodes en ernst ervan dan met een placebo. Het aantal incontinentie-episodes werd met darifenacine gereduceerd met 62-73% (placebo: 49-56% reductie), de mictiefrequentie met 15-19% (placebo: 8-10%), en voor drang met 28-29% (placebo: 11-13%). Bijwerkingen die frequenter optraden in de experimentele dan in de placebogroep waren: obstipatie (14-21% vs circa 7%), droge mond (19-31% vs 9%) en hoofdpijn (4-7% vs 2-5%).

In een RCT (n=439) vonden Zinner et al. (2006) dat toediening van darifenacine (in een dosering van 15 mg eenmaal daags) na 12 weken resulteerde in een significante afname van het aantal aandrangincontinentie-episodes (-12,6 per week vs 9,8 per week [placebogroep]). In de experimentele groep traden bij 64% van de patiënten bijwerkingen op tegen 50% in de placebogroep. De belangrijkste bijwerkingen waren: droge mond (29% vs 6%), obstipatie (18% vs 5%), urineweginfectie (10% vs 8%), dyspepsie (8% vs 2%), hoofdpijn (6% vs 2%), diarree (4% vs 4%), misselijkheid (4% vs 2%).

- Flavoxaat

In een dubbelblind uitgevoerde cross-over RCT (n=19) bij vrouwen met aandrangincontinentie vergeleken Meyhoff et al. (1983) flavoxaat met emepromiumbromide en een placebo, alle in een dosering van viermaal daags. Na 14 dagen bleken er geen verschillen in het aantal incontinentie-episodes. De meest voorkomende bijwerkingen waren droge mond (5-7%), misselijkheid of zuurbranden (2-7%).

In een dubbelblind uitgevoerde RCT (n=27) bij vrouwen met sensorische en/of motorische urge werd een dagelijkse dosering van 600 mg flavoxaat vergeleken met een van 1200 mg (Milani et al., 1988). Symptomen (urgentie, frequentie, enuresis, incontinentie, dysurie) werden gescoord op een schaal van 0 tot 2; er werden geen resultaten gerapporteerd ten aanzien van individuele symptomen, wel werd vermeld dat de totale scores in beide groepen verminderden (-3,3 vs -3,5) ten opzichte van de baseline scores (6,5 vs 5,7). In beide groepen had 22% last van misselijkheid.

- Tricyclische antidepressiva (waaronder imipramine en amitriptyline)

Er zijn geen gerandomiseerde placebogecontroleerde studies gevonden waarin imipramine of amitriptyline in verband met urine-incontinentie zijn onderzocht. Er werd alleen een dubbelblind uitgevoerde cross-over RCT gevonden waarin vrouwen, met een overactieve blaas en frequency of aandrangincontinentie, die niet goed op andere medicatie reageerden – met name parasymphicolytica – gedurende 3 weken doxepine kregen in een dosis van 50-75 mg (Lose et al., 1989). In vergelijking met placebo gaf doxepine een aanzienlijk grotere reductie in het aantal nachtelijke incontinentie-episodes (0% vs 100%), maar niet in het aantal incontinentie-episodes overdag of in de 1-uurs padtest. Doxepine gaf aanzienlijk meer bijwerkingen dan een placebo (68% vs 16%). Belangrijkste bijwerkingen waren: vermoeidheid (8/19), droge mond (8/19) en duizeligheid (4/19).

- Oxybutynine

In vier RCT's werden verschillende toedieningswijzen en/of doseringen van oxybutynine (gedurende een periode van 8 tot 12 weken; oraal in drie en transdermaal in één) en tolterodine onderzocht (Abrams et al., 1998 [N=293]; Drutz et al., 1999 [N=277]; Dmochowski et al., 2003 [N=361]; Homma et al., 2003 [N=605]). Het betreft patiënten met een overactieve blaas én met aandrangincontinentie. In drie van de vier studies verminderde het aantal incontinentie-episodes significant ten opzichte van placebo, de reductie was 46-77% vs 19-46%. Gerapporteerde bijwerkingen betreffen vooral een droge mond.

In een dubbelblind uitgevoerde RCT (n=520) bij vrouwen met aandrangincontinentie en frequency, van wie 66% gemengde urine-incontinentie had, werd transdermaal toegediende oxybutynine in een dosering van 1,3, 2,6 en 3,9 mg geëvalueerd (Dmochowski et al., 2002). Alleen bij de groep die 3,9 mg kreeg vond een significante reductie plaats van het aantal incontinentie-episodes ten opzichte van placebo: -22 per week versus -19 per week. Meest gerapporteerde bijwerkingen betreffen een droge mond en reacties op de plaats van transdermale toediening.

- Solifenacine

In een dubbelblind opgezette RCT (n=225) is bij vrouwen met een overactieve blaas en aandrangincontinentie het effect van diverse doses (2,5; 5; 10; 20 mg eenmaal daags) solifenacine nagegaan in vergelijking met een placebo en 2 mg tolterodine (tweemaal daags) (Chapple et al., 2004a). Na vier weken behandeling bleek geen significant verschil in het aantal incontinentie-episodes tussen de verschillende dosesgroepen solifenacine en placebo: een reductie van 41-58% vs 17%. Wel was er een significant verschil in de kwaliteit van levenscore (CONTILIFE) ten gunste van solifenacine: een reductie van 18-33% vs 8%. Bijwerkingen, die dosisgerelateerd waren, betroffen vooral een droge mond, obstipatie, wazig zien.

In twee dubbelblind uitgevoerde, 12 weken durende RCTs (n=907; n=1081) werden twee doses (5 mg en 10 mg, beide eenmaal daags) vergeleken met een placebo bij vrouwen met een overactieve blaas van wie 47-63% ook aandrangincontinentie had (Chapple et al. 2004b, Cardozo et al., 2004a). Voor de groep van vrouwen met aandrangincontinentie vonden Cardozo et al. voor beide doses een significant grotere reductie van het aantal incontinentie-episodes dan voor een placebo: 63/57% vs 43%. Chapple et al. (2004b) rapporteerden voor vrouwen met aandrangincontinentie een reductie van het aantal incontinentie-episodes van 65/63% (Solifenacine) vs 40% (placebo). Bijwerkingen die

vaker werden gevonden in de behandel- dan in de placebogroep in beide studies zijn: droge mond, obstipatie en wazig zien. In een vervolgstudie op beide studies, opgezet als patiëntenserie, bleek bij behandeling gedurende 1 jaar dat het effect gehandhaafd bleef gezien de teruggang van het aantal incontinentie-episoden (per 24 uur) met 0,13, of 1,74 als gemiddeld verschil tussen week 12 en week 52 (Haab et al., 2005).

- Tolterodine

In drie dubbelblind uitgevoerde RCT's (n=177; n=242; n=252) werd gedurende een behandeling van 4 weken bij een groep patiënten met urinefrequentie en aandrang, van wie 72-75% aandrangincontinentie had, het effect van toediening van 1 en 2 mg tolterodine vergeleken met een placebo (Malone-Lee et al., 2001a; Jonas et al., 1997; Jacquetin et al., 2001). Malone-Lee et al. vonden voor beide doses een significante reductie van het aantal incontinentie-episoden in vergelijking met een placebo: 0,3/0,7 per 24 uur vs 0 per 24 uur. Een droge mond (30/48 vs 9%) was de belangrijkste bijwerking. Jacquetin et al. vonden een grotere (significante) reductie met beide doses : 41/41% vs 17% per 24 uur. Ook hier was een droge mond (21/34 vs 6%) de meest voorkomende bijwerking. Jonas et al. rapporteerden slechts urodynamische parameters: volume bij 1^e contractie (47/63 vs 29%) en maximale cystometrische capaciteit (7/16 vs 1%) namen in de behandelgroep significant meer toe dan in de placebogroep. Bij 8-10% van de patiënten in de behandelgroep was sprake van een droge mond; in de controlegroep was dit 2%.

Na voltooiing van de hiervoor beschreven drie studies werd patiënten een vervolgbehandeling aangeboden met 2 mg tolterodine (tweemaal daags) gedurende 12 maanden (Abrams et al., 2001). Van deze patiëntenserie voltooide 62% de behandeling, terwijl bij 23% de dosis werd teruggebracht tot 1 mg (tweemaal daags). Het aantal incontinentie-episoden verminderde met 45%. Van de patiënten had 44% last van een droge mond.

In een dubbelblind uitgevoerde RCT (n=316, 75% vrouwen) waarin bij een groep van mannen en vrouwen met een overactieve blaas, van wie 88% aandrangincontinentie had, toediening van 1 en 2 mg tolterodine gedurende 12 weken werd geëvalueerd, bleek het aantal incontinentie-episoden in de behandelgroepen niet significant afgenomen ten opzichte van de controlegroep (43/50 vs 37%) (Millard et al., 1999). Wel was er sprake van een significante subjectieve verbetering (41/59 vs 38%).

In de vier RCTs met een behandelduur van 8-12 weken, die primair tot doel hadden oxybutynine met tolterodine te vergelijken (zie hiervoor), kwamen ook placebogroepen voor. Deze studies lieten in het algemeen een reductie van het aantal incontinentie-

episodes zien met 46-77% (placebogroepen: 19-46%) en subjectieve verbeteringspercentages van 38-73% (placebogroepen: 22-53%).

- Tolterodine (met gereguleerde afgifte)

In een dubbelblind uitgevoerde, multi-center RCT (n=1529) werden 2 vormen van tolterodine (2 mg tolterodine tweemaal daags en 4 mg tolterodine (extended release) eenmaal daags) bij een groep patiënten met urinefrequentie en aandrangincontinentie, en merendeels ouder dan 65 jaar, geëvalueerd (Van Kerrebroeck et al., 2001; Swift et al., 2003; Zinner et al., 2002; Chancellor et al., 2000; Landis et al., 2004; Pleil et al., 2001; Kelleher et al., 2002). In beide tolterodinegroepen werd significant meer verbetering gezien in het aantal incontinentie-episodes (46/53%) vergeleken met de placebogroep (30%). Er bleek geen verschil in effectiviteit van de medicatie tussen oudere (65+) en jongere patiënten. Een droge mond als bijwerking werd significant minder gezien in de groep met tolterodine met gereguleerde afgifte vergeleken met tolterodine of placebo (23 vs 30 vs 8%).

Na voltooiing van deze multi-center RCT werd patiënten een 12 maanden durende vervolgbehandeling met 4 mg tolterodine (met gereguleerde afgifte) aangeboden (Kreder et al., 2002). 71% maakte de behandeling af (n=1077; 82% vrouwen). Het aantal incontinentie-episodes nam (ten opzichte van maand 0) met 83% af. De meest voorkomende bijwerking (13%) was een droge mond.

In een dubbelblind uitgevoerde RCT (n=854) werd tolterodine (met gereguleerde afgifte; 4 mg eenmaal daags gedurende 8 weken) vergeleken met placebo bij vrouwen met gemengde incontinentie waarbij aandrangincontinentie overheerst (Khullar et al., 2004). Er trad een significante vermindering op ten opzichte van placebo van het aantal incontinentie-episodes (60% vs 37%) en het aantal urgentie-episodes (34% vs 16%). Van de patiënten die tolterodine kregen, had 20% last van een droge mond tegen 8% in de placebogroep.

Vergelijking van parasympatholytica

Er zijn veel studies verricht waarin de relatieve effectiviteit en bijwerkingen zijn onderzocht. In onderstaande tabel zijn diverse uitkomsten van deze studies samengevat.

Tabel 3.1 Effectiviteit en bijwerkingen van parasympatholytica vs andere medicatie

Studie	Onderzoeksontwerp	Vergelijking	Uitkomstmaten Effectiviteit			Bijwerkingen
			Aandrang	Incontinentie	Subjectieve verbetering	
Milani et al., 1993	RCT, dubbelblind	Oxybutynine vs flavoxaat	?	NS	NS	Oxybutynine > Flavoxaat
Abrams et al., 1998	RCT, dubbelblind	Oxybutynine vs tolterodine	-	NS	NS	Oxybutynine > tolterodine
Drutz et al., 1999	RCT, dubbelblind	Oxybutynine vs tolterodine	-	NS	-	Oxybutynine > tolterodine
Jeong et al., 2002	RCT, dubbelblind	Oxybutynine vs tolterodine	-	NS	NS	Oxybutynine > tolterodine
Malone-Lee et al., 2001b	RCT, dubbelblind	Oxybutynine vs tolterodine	-	NS	NS	Oxybutynine > tolterodine
Giannitsas et al., 2004	Cross-over RCT	Oxybutynine vs tolterodine	-	-	-	Oxybutynine > tolterodine
Leung et al., 2002	RCT	Oxybutynine vs tolterodine	-	-	-	NS (xerostomie)
Chapple et al., 2005	RCT, dubbelblind	Solifenacine vs Tolterodine (ER)	S (Solifenacine > Tolterodine)	S (Solifenacine > Tolterodine)		?
Davila et al., 2001	RCT, dubbelblind	(Transdermaal) oxybutynine vs (Oraal) oxybutynine		NS	NS	Oraal > transdermaal

Uit de in de tabel verzamelde gegevens blijken geen klinisch relevante verschillen in effectiviteit van parasymphatholytica. Wat bijwerkingen aangaat lijkt het er sterk op dat met name een droge mond vaker voorkomt bij oraal toegediende oxybutynine dan bij oxybutynine transdermaal en bij tolterodine.

In een recente Cochrane review (Roxburgh et al., 2007) zijn parasymphatholytica vergeleken met diverse andere medicijnen (tricyclische antidepressiva, alfa sympathicomimetica, calciumantagonisten) bij patiënten met een overactieve blaas. In de meeste gevallen (9 van de 12 trials) betrof het een vergelijking tussen parasymphatholytica en flavoxaat. In 9 van de 12 trials waren alleen vrouwen opgenomen; in andere 3 trials was het percentage vrouwen ongeveer 40-50%. De leeftijdsrange was 17-91 jaar. De studieomvang varieerde van 15 tot 225 personen.

Er werden geen aanwijzingen gevonden dat er tussen parasymphatholytica en flavoxaat een verschil in effectiviteit (uitkomstmaat: genezing) bestaat; dat geldt eveneens voor de vergelijking tussen parasymphatholytica en andere medicijnen dan flavoxaat.

In een recente Cochrane review (Nabi et al. 2006) is bij patiënten met een overactieve blaas de effectiviteit van parasymphatholytica versus placebo nagegaan. In de meeste trials waren zowel mannen als vrouwen van alle leeftijdsgroepen opgenomen. De studieomvang varieerde van 6 tot ruim 1500.

Aan het einde van de behandelperiode was het relatieve voordeel qua genezing of verbetering 1,39 (95% BI 1,28 – 1,51), het gewogen gemiddelde verschil in incontinentie-episodes per 24 uur -0,54 (95% BI -0,67 – -0,41) en gewogen gemiddelde verschil in aantal malen per 24 uur ledigen van de blaas -0,69 (95% BI -0,84 – -0,54).

Het relatieve risico op complicaties (droge mond) ten gevolge van gebruik van parasymphatholytica bedraagt 3,00 (95% BI 2,70 – 3,34). Leeftijd, sekse, diagnose, of type medicijn waren op grond van de resultaten van een sensitiviteitsanalyse niet van invloed op de uitkomsten.

Oestrogenen

Er werden vier systematische reviews gevonden over de behandeling van urine-incontinentie en/of een overactieve blaas met oestrogenen (Moehrer et al., 2003, Cardozo et al., 2004b; Fantl et al., 1994; Al Badr et al., 2003). De reviews zijn op verschillende tijdstippen gepubliceerd en verschillen voor wat betreft de onderzoeksvragen die erin

beantwoord worden. Daarom werden de studies uit de review individueel bekeken samen met andere relevante RCT's.

- Intravaginale oestrogenen

Vijf RCT's evalueerden het gebruik van intravaginale oestrogenen bij urine-incontinentie en/of andere urologische symptomen .

Twee RCT's includeerden vrouwen met stressincontinentie (Dessole et al., 2004; Henalla et al., 1989). Eén studie rapporteerde na zes maanden een significante subjectieve verbetering in de groep met intravaginale oestriol in vergelijking met placebo (68% versus 16%, n=88). In een andere RCT werd geen vergelijking gemaakt tussen de groep met geconjugeerde oestrogenen zalf en de controlegroep, genezingspercentages na 3 maanden waren 12% versus 0% (n=24).

Eén RCT vergeleek het gebruik van intravaginale oestrogenen (vaginale ring met oestradiol versus pessaria met oestriol) bij vrouwen met urgency, frequency en stress- of aandrangincontinentie (Lose & Englev, 2000). Er werden na 6 maanden behandeling geen significante verschillen gevonden in subjectief ervaren verbetering en (subjectief ervaren) genezing van urgency, frequency, nycturie, aandrang- en stressincontinentie. Subjectief ervaren genezing varieerde van 51% tot 61% en objectieve genezing van 27% tot 44% (n=251).

In twee placebo gecontroleerde RCT's werden intravaginale oestrogenen gebruikt voor de behandeling van urogenitale symptomen (Simunic et al., 2003; Eriksen&Rasmussen, 1992). De volgende resultaten werden gerapporteerd:

- de prevalentie van urine-incontinentie en frequency/nycturie was na 1 jaar hoger bij intravaginale oestrogeentabletten dan bij placebo (prevalentie urine-incontinentie 18% versus 10%; frequency/nocturie 38% versus 10%). Er werden echter geen analyses uitgevoerd om het verschil tussen de groepen te berekenen. Bij de baselinemeting had 28% van de vrouwen urine-incontinentie en 43% frequency of nycturie
- vrouwen met urologische symptomen (41-53%) rapporteerden een significante verbetering van symptomen (frequency, dysurie, aandrang- en stressincontinentie) bij de behandeling met intravaginale oestradiol, dan bij behandeling met een placebo (63% versus 32%, n=164).

- Systemische oestrogenen voor urine-incontinentie of overactieve blaas

Drie RCT's evalueerden orale oestrogenen voor de behandeling van stressincontinentie na drie en zes maanden (Fantl et al., 1996; Jackson et al., 1999; Wilson et al., 1987). De oestrogenen die werden geëvalueerd waren geconjugeerd oestrogeen (CEE) met medroxyprogesterone acetaat (MPA) gedurende 10 daagse cycli, oestradiol en estrone. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen oestrogeen en placebo groepen voor incontinentie-episodes, padtest, frequency, QOL, subjectieve verbetering en objectieve genezing.

Twee RCT's evalueerden systemische oestrogenen voor de behandeling van stress- of aandrangincontinentie (Cardozo et al., 1993; Rufford et al., 2003). Eén studie (n=40) rapporteerde geen verschil tussen subcutaan toegediende oestradiol of een placebo implantaat in subjectieve uitkomsten (ervaren genezing, incontinentie-episodes, frequency) na zes maanden behandeling. In de andere studie (n=56) werden verbeteringen gerapporteerd voor incontinentie-episodes, frequency en urgency na drie maanden behandeling met orale oestriol en placebo. Er werden echter geen verschillen gerapporteerd tussen de groepen.

Een andere RCT evalueerde CEE+MPA bij vrouwelijke verpleeghuisbewoners die incontinent waren (Ouslander et al., 2001). Er waren geen significante verschillen tussen de CEE+MPA groep en de placebogroep voor urinelekkage en blaascapaciteit. Er werden echter alleen data geanalyseerd van 21 van de 32 gerandomiseerde vrouwen die de behandeling zes maanden volhielden.

Bijwerkingen (veelal ongebruikelijk) in de studies met intravaginale oestrogenen zijn vaginale irritatie of ongemak, brandend gevoel en jeuk), pijn in de borst en vaginaal bloedverlies of vaginale afscheiding. In één studie werd gerapporteerd dat geen systemische bijwerkingen optraden (Dessole et al., 2004; Lose&Englev, 2000; Simunic et al., 2003).

- Systemische oestrogenen bij urogenitale symptomen

Drie RCT's die primair de effecten van systemische oestrogenen op de symptomen van vaginale atrofie evalueerden, rapporteerden enkelen resultaten voor incontinentie. (Walter et al., 1978; Samsioe et al., 1985; Molander et al., 1990). Eén van de studies (n=29) vergeleek orale oestradiol en estriol met een placebo bij vrouwen met stress- of gemengde incontinentie. Na vier maanden rapporteerden de experimentele groep een hoger

percentage genezing. Er werden echter geen baseline data gerapporteerd. Een andere RCT (n=34) vergeleek orale oestriol met een placebo bij vrouwen met stress-, aandrang- en gemengde incontinentie. De duur van de studie was onduidelijk (drie of zes maanden) en er werd alleen gerapporteerd dat de symptomen verminderden in een meerderheid van de vrouwen met aandrang- of gemengde incontinentie.

- Studies die hormoonvervangende therapie voor andere indicaties evalueren
Het resultaat van een RCT (Hulley et al., 1998) die werd uitgevoerd om de voordelen en risico's van hormoonvervangende therapie te evalueren, is geanalyseerd op incontinentie uitkomsten (Grady et al., 2001). In de RCT (n=1525) die CEE+MPA met een placebo vergeleek, had 55% van de vrouwen stress-, aandrang- of gemengde incontinentie bij de baseline meting. Na vier jaar behandeling rapporteerden significant minder vrouwen in de hormoonvervangende therapie groep verbetering en significant meer vrouwen een verslechtering van urine-incontinentie symptomen vergeleken met de placebogroep. Er waren significant meer incontinentie-episodes in de groep met hormoonvervangende therapie in vergelijking met de placebogroep.

Van de vrouwen die werden geïncludeerd in de Women's Health Initiative (WHI) RCT (CEE+MPA versus placebo (Rossouw et al., 2002) of CEE versus placebo (Anderson et al., 2004)) was 85% incontinent bij de baseline meting en na 1 jaar (n=23.296). Bij de vrouwen die aan het begin incontinent waren (35%) was het relatieve risico van de incidentie van elke type urine-incontinentie na 1 jaar significant hoger in de CEE+MPA- en CEE-groep vergeleken met placebo. Indien de relatieve risico's van elke type urine-incontinentie afzonderlijk werd bekeken, waren alle resultaten significant behalve voor aandrangincontinentie in de CEE+MPA groep versus placebo. Het relatieve risico voor de verergering van urine-incontinentie (incontinentie-episodes, beperking van dagelijkse activiteiten, mate van hinder) was ook significant hoger voor hormoonvervangende therapie vergeleken met een placebo (Hendrix et al., 2005). In een andere RCT waarin CEE met raloxifene werd vergeleken bij vrouwen in de menopauze voor de preventie van osteoporose, rapporteerden minder vrouwen in de CEE groep verbetering van bestaande urine-incontinentie (Goldstein et al., 2005).

Bijwerkingen die werden gerapporteerd bij systemisch toegediende oestrogenen waren gevoeligheid van de borsten, vaginaal bloedverlies en verergering van vaginale afscheiding (Ouslander et al., 2001; Rufford et al., 2003; Simunic et al., 2003) . In twee RCT's werd gerapporteerd dat er geen bijwerkingen waren (Cardozo et al., 1993; Walter et al., 1978).

In vier RCT's werden de bijwerkingen niet gerapporteerd (Fantl et al., 1996; Jackson et al.; Samsioe et al., 1985; Molander et al., 1990). In de HERS studie was het risico op een veneuze tromboembolie significant hoger in de CEE+MPA-groep vergeleken met een placebo (Hulley et al., 1998). In de WHI-studies was het risico op een beroerte significant hoger in de CEE+MPA-groep (gemiddelde follow-up 5,2 jaar) en in de CEE groep (follow-up gemiddeld 6,8 jaar) vergeleken met een placebo. (Rossouw et al., 2002; Anderson et al., 2004). Het risico op coronaire hartziekte, veneuze trombo-embolie en invasieve borstkanker was ook significant hoger in de CEE+MPA-groep vergeleken met de placebogroep (Rossouw et al., 2002).

Conclusies

Niveau 2	<p>Behandeling van vrouwen met aandrangincontinentie met parasympholytica zoals darifenacine, oxybutynine, solifenacine en tolterodine gaat gepaard met vermindering van incontinentie, in termen van incontinentie-episodes en subjectieve verbetering. Over de langetermijneffecten zijn weinig gegevens voorhanden.</p> <p>Klinisch relevante verschillen in effectiviteit tussen de diverse parasympholytica werking lijken er niet te zijn.</p> <p>Alle geneesmiddelen hebben bijwerkingen, waarvan een droge mond het meest in het oog springt. Een droge mond lijkt vaker voor te komen bij oraal toegediende oxybutynine dan bij transdermale oxybutynine en bij tolterodine .</p> <p>Khullar, 2004; Haab 2005; Abrams, 2001; Kreder, 2002; overige referenties in tekst en in tabel 3.1</p>
----------	--

Niveau 4	<p>Bewijs voor de effectiviteit van flavoxaat, imipramine en amitriptyline ontbreekt vrijwel.</p> <p>Imipramine en amitriptyline hebben mogelijk wel een plaats in de behandeling van sensore urge.</p> <p>Mening expertgroep</p>
----------	---

Niveau 2	Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van de behandeling van urine-incontinentie met intravaginale oestrogenen. Dessole, 2004; Henalla, 1989; Lose&Englev, 2000; Simunic, 2003; Eriksen&Rasmussen, 1992
Niveau 2	Vrouwen met urine-incontinentie hebben geen baat bij systemisch toegediende oestrogenen. Er is een relatie met systemisch toegediende oestrogenen en een verhoogd risico op systemische bijwerkingen zoals trombo-embolie en mammacarcinoom. Grady, 2001; Hendrix, 2005 ; Fantl, 1996; Jackson, 1999; Wilson, 1987; Cardozo, 1993; Rufford, 2003; Ouslander, 2001; Walter, 1978; Samsioe, 1985; Molander, 1990; Goldstein, 2005

Overige overwegingen

In de NICE richtlijn worden geen studies van fesoterodine beschreven omdat deze medicatie later (in 2007) op de markt is gebracht. In de ICI (2009) wordt van dit middel geschreven dat de effecten van fesoterodine (4 en 8 mg 1x daags) goed gedocumenteerd zijn en dat het goede effecten heeft op vermindering van incontinentie-episodes bij een overactieve blaas in vergelijking met placebo (Chapple et al., 2007; Nitti et al., 2007) en in vergelijking met tolterodine (Khullar et al., 2008; Chapple et al., 2008). De effecten van de 8 mg dosis worden beschreven als sterker dan die van 4 mg (Khullar et al., 2008). De bijwerkingen, voornamelijk een droge mond (Nitti et al., 2007; Chapple et al., 2007), worden beschreven als acceptabel.

De experts geven aan dat behandeling door middel van parasymphatholytica ook een rol kan hebben bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie. Alhoewel bovenstaande studies voornamelijk bij vrouwen zijn uitgevoerd, zijn de experts van mening dat dit ook geldt voor mannen omdat de werking van de medicatie hetzelfde is. Het feit dat een groot deel van het effect van de parasymphatholytica een placebo-effect is, maakt dat behandeling door middel van parasymphatholytica met grote voorzichtigheid en terughoudendheid moet plaatsvinden. De experts geven daarbij aan dat eerst andere behandelingen uitprobeerend moeten zijn zonder het gewenste effect. Ook moeten er

geen contra-indicaties zijn voor een specifiek middel. Bovendien moet de patiënt wel zelf het initiatief nemen om naar het toilet te gaan en niet geagiteerd raken bij het krijgen van hulp bij de toiletgang, anders heeft behandeling door middel van parasymphatholytica geen zin. Bovendien moet duidelijk zijn welke eventuele comorbide factoren een rol spelen. De experts geven bovendien aan dat wanneer blaastraining of toiletgang na attenderen nog niet voldoende effect heeft, overwogen kan worden om aanvullend te behandelen met parasymphatholytica. De experts geven ook aan dat parasymphatholytica nooit in combinatie met elkaar moeten worden gebruikt. Bij het toedienen van parasymphatholytica via pleisters is voorzichtigheid geboden omdat deze huidirritatie kunnen geven en mensen niet therapietrouw kunnen zijn zonder dat dit wordt opgemerkt. Als gekozen wordt voor de behandeling van urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen door middel van parasymphatholytica dan moet men alert zijn op bijwerkingen als verwardheid, achteruitgang in cognitie en versnelde hartwerking en op mogelijke interacties tussen medicijnen. Dit is extra van belang omdat er bij de kwetsbare oudere vaak sprake is van comorbiditeit en polyfarmacie. Hier komt nog bij dat er weinig informatie beschikbaar is over de werkzaamheid en verdraagzaamheid van parasymphatholytica op de lange termijn (2-6 maanden). Dit neemt niet weg dat het periodiek monitoren en herevalueren van werkzaamheid en verdraagzaamheid ook al tijdens de eerste maanden erg van belang is. Er moet daarbij steeds weer bekeken worden of continueren van de behandeling gewenst is.

Aanbevelingen

Doen	<p>Overweeg parasymphatholytica (oxybutynine, tolterodine, solifenacine, darifenacine en fesoterodine) voor de behandeling van aandrang-incontinentie of gemengde urine-incontinentie waarbij aandrangincontinentie overheerst, echter alleen bij patiënten die:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) grondig geëvalueerd zijn op comorbide factoren; 2) zelf het initiatief nemen om naar het toilet te gaan; 3) niet geagiteerd raken bij het krijgen van hulp bij de toiletgang; 4) ondanks conservatieve behandelingen (blaastraining en toiletgang na attenderen) nog niet het continentiedoel behaalden; 5) geen contra-indicaties hebben voor een specifiek middel. <p>Parasymphatholytica kunnen bovendien in overweging genomen worden als aanvulling op behandeling door middel van blaastraining of toiletgang na attenderen, als deze behandelingen nog niet voldoende effect hadden.</p>
------	---

	<p>Gebruik parasympatholytica nooit in combinatie met elkaar. Bij het toedienen van parasympatholytica via pleisters bestaat het risico op huidirritatie. Bovendien kunnen patiënten therapieontrouw zijn zonder dat dit wordt opgemerkt.</p> <p>Mede omdat er sprake is van een hoge morbiditeit en polyfarmacie onder kwetsbare ouderen, is voorzichtigheid en oplettendheid geboden bij behandeling door middel van parasympatholytica. Hierbij is het van belang dat vanaf het begin van de behandeling de volgende zaken regelmatig worden gemonitord en geëvalueerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - werkzaamheid - verdraagbaarheid - bijwerkingen (onder andere verwardheid en versnelde hartwerking) - geschiktheid van continuering van behandeling
Niet doen	Hormoonvervangende therapie wordt niet aanbevolen voor de behandeling van urine-incontinentie bij vrouwen.

3.4 Leefstijl adviezen

Voor de behandeling van urine-incontinentie kunnen ook leefstijlinterventies worden toegepast. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het wijzigen van de hoeveelheid vochtinname, het verminderen van roken en het verminderen van cafeïne- en alcoholgebruik.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn 3 reviews geïncludeerd waarin aandacht besteed wordt aan leefstijlinterventies bij de behandeling van urine-incontinentie (Hunter et al., 2007; Nahon et al., 2006; Thomas et al., 2008).

Twee reviews zijn gericht op incontinentie na prostaatverwijdering (Hunter et al., 2007; Nahon et al., 2006), een andere op incontinentie bij volwassenen na een beroerte (Thomas et al., 2008). De reviews van Hunter et al. en Thomas et al. vonden geen trials over het effect van leefstijlinterventies. De review van Nahon et al. (2006) is een review van reviews, experimentele studies, observationele studies en case studies. Er werd 1 studie

gevonden over het effect van leefstijlinterventies. De studie wordt echter niet beschreven en het is onduidelijk om wat voor leefstijlinterventies het gaat.

In een aantal geïncludeerde richtlijnen (ICS, 2009; NICE, 2006; RNAO, 2005) werd meer literatuur gevonden over leefstijlinterventies in relatie tot urine-incontinentie. De meeste studies over leefstijlinterventies rapporteren echter alleen over samenhang tussen leefstijl en incontinentie en gaan niet na of er een effect van leefstijlinterventies op incontinentie bestaat. In onderstaande wordt de literatuur die in de richtlijnen gevonden is beschreven.

Het ICI boek (ICS, 2009) noemt verschillende leefstijl interventies voor de behandeling van urine-incontinentie, bijvoorbeeld afvallen, management van vochtinname, stoppen met roken en het verminderen van constipatie. Geconcludeerd wordt dat een aantal van deze interventies ongeschikt zou kunnen zijn voor de groep kwetsbare ouderen (bijvoorbeeld afvallen en stoppen met roken) en dat voorzichtig omgegaan moet worden met extrapolatie van de resultaten van studies die uitgevoerd werden bij jongere, fittere participanten. Er is een aantal studies gevonden over de leefstijlinterventies die gericht zijn op (kwetsbare) ouderen. De studies gaan over dieet en vochtinname bij oudere, maar niet noodzakelijk kwetsbare, vrouwen. De steekproeven van deze studies waren klein en het waren vaak geen klinische onderzoeken.

In 1 van de studies werd het effect van hydratatie op het aantal incontinentie episodes bij oudere vrouwen onderzocht. Er werden geen significante resultaten gevonden. Volgens de auteurs is een mogelijke verklaring hiervoor dat veel participanten zich niet aan het protocol hebben gehouden. In een andere studie werden 41 oudere vrouwen geïnstrueerd om minder koffie te drinken en de vochtinname te vergroten. Verminderde inname van koffie bleek niet significant met minder incontinentie episodes samen te hangen. In een review werd ondanks beperkt bewijs geadviseerd dat patiënten met urine-incontinentie geen cafeïne moeten drinken. In een studie met vrouwen boven de 40 jaar werden koolzuurhoudende dranken, overgewicht en in mindere mate koffieconsumptie geïdentificeerd als risicofactoren voor stressincontinentie. In een studie bij bewoners van verpleeghuizen bleek een lichaamsbeweging- en toiletgang-interventie geen statistisch significant effect te hebben op constipatie, een factor die voorkomen of verminderd moet worden bij urine-incontinentie. In de studie wordt aangegeven dat in dit kader wel geadviseerd wordt om zemelen in het dieet op te nemen, maar dat dit bij een te lage vochtinname constipatie kan verergeren.

Op basis van bovenstaande studies wordt in het ICI boek (ICS, 2009) geadviseerd cafeïne-inname te verminderen bij ouderen met urine-incontinentie en om zemelen in het dieet op

te nemen om constipatie tegen te gaan. Geconcludeerd werd echter ook dat er weinig wetenschappelijk bewijs is op basis waarvan aangenomen kan worden dat dit ook effectief is bij kwetsbare personen. Ook werd vermeld dat het de situatie kan verslechteren en dat hier dus voorzichtig mee omgegaan moet worden. Als meer inname van zemelen niet samengaat met voldoende vochtinname dan kan dit constipatie namelijk juist verergeren.

In de NICE richtlijn (2006) wordt net als in het ICI boek aangegeven dat er gebrek is aan onderzoek over het effect van leefstijlinterventies op urine-incontinentie. Er is gebrek aan hoge kwaliteit prospectief gecontroleerde trials die het effect van leefstijlfactoren op urine-incontinentie onderzoeken. Er zijn wel verschillende observationele studies gevonden die de samenhang tussen leefstijl en urine-incontinentie onderzochten. In de meeste van deze studies participeerden zowel mannen als vrouwen. In een aantal van deze studies waren participanten ouderen. Dit waren studies over vermindering van cafeïne-inname en stoppen met roken of afvallen, in relatie met urine-incontinentie.

In de richtlijn wordt 1 RCT en worden 4 observationele studies en 4 cross-sectionele studies beschreven over cafeïne inname in relatie tot incontinentie. In 4 van deze in totaal 9 studies waren de participanten ouderen. De auteurs van de richtlijn concluderen op basis van deze studies dat verhoogde cafeïne inname samenhangt met urine-incontinentie.

In de richtlijn worden 6 cross-sectionele surveys benoemd waarin de relatie tussen roken en urine-incontinentie bij vrouwen wordt beschreven. In 1 van deze 6 studies waren participanten ouderen. In 3 van de 6 studies (waaronder de studie met oudere participanten) werd geen samenhang gevonden. In de andere 3 werd positieve samenhang gevonden tussen roken en urine-incontinentie.

In de richtlijn worden 13 studies (1 RCT, 4 case series, twee cohortstudies en cross-sectionele studies) beschreven over de relatie tussen afvallen en urine-incontinentie. Onder deze studies was 1 cross-sectionele studie waarin de participanten ouderen waren. De conclusie van deze laatste studie is dat een verhoogd risico op aandrangincontinentie bestaat bij vrouwen met het hoogste BMI-kwartiel, ten opzichte van vrouwen met het laagste BMI-kwartiel. De totaalconclusie van de richtlijn op basis van de 13 studies is dat er enig bewijs is voor een samenhang tussen overgewicht en urine-incontinentie en dat tenminste 5% in gewicht afvallen, samenhangt met minder symptomen van urine-incontinentie.

In de richtlijn van RNAO (2005) wordt aangegeven dat het verminderen van constipatie belangrijk is voor de preventie en het managen van urine-incontinentie. In dit kader is het van belang dat voldoende vocht ingenomen wordt (1500 tot 2000 ml per dag) en dat het

gebruik van koffie en alcohol wordt geminimaliseerd. Ze baseren deze conclusie op een andere richtlijn van het RNAO over constipatie bij ouderen en 2 studies over het managen van urine-incontinentie.

Conclusies

Niveau 3	Er is enige reden om aan te nemen dat er bij vrouwen met overgewicht samenhang bestaat tussen tenminste 5% in gewicht afvallen en vermindering in incontinentiesymptomen. NICE, 2006
----------	---

Niveau 3	Er is enige reden om aan te nemen dat verminderde cafeïne-inname samenhangt met minder urine-incontinentie bij ouderen. ICS, 2009; NICE, 2006; RNAO, 2005
----------	--

Niveau 3	Er is minimale reden om aan te nemen dat er samenhang bestaat tussen constipatie en urine-incontinentie bij ouderen en dat inclusie van zemelen in het dieet samenhangt met minder constipatie. Evenmin is aannemelijk dat adequate hoeveelheid vochtinname (1.5 tot 2 liter per dag) en vermindering van alcoholgebruik samenhangt met minder urine-incontinentie bij ouderen. ICS, 2009; RNAO, 2005
----------	--

Overige overwegingen

Er kon op basis van de literatuur alleen iets geconcludeerd worden over de samenhang tussen afvallen bij overgewicht, het beperken van drinken van cafeïne en alcohol, het tegengaan van constipatie door inclusie van zemelen in het dieet en adequate hoeveelheid vochtinname en urine-incontinentie. Voor het effect van de interventies is geen concreet bewijs gevonden. Er is meer interventieonderzoek nodig op alle gebieden van leefstijlinterventies om de effecten ervan op urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen te staven.

Daar komt nog bij dat experts aangeven dat een aantal leefstijlinterventies bij kwetsbare ouderen wellicht niet toegepast moet worden. Afvallen is bijvoorbeeld niet zonder risico's. Omdat ouderen vaak weinig bewegen, eten ze vaak al erg weinig. Afvallen is dan niet altijd aan te raden. Bovendien kan afvallen moeizamer gaan, omdat met name niet mobiele mensen minder bewegen. Kortom, het is in principe goed om af te vallen bij overgewicht (BMI 25- 30 en hoger), maar per individu moet bekeken worden of dit praktisch mogelijk en verantwoord is. Zorg op maat is hier erg van belang. Dit geldt ook voor inclusie van zemelen in het dieet. Zemelen verminderen de eetlust. Als iemand al weinig eet, moet de eetlust niet nog verder geremd worden. Als geadviseerd wordt om meer zemelen te eten, dan is bovendien van belang dat dit samen gaat met een adequate vochtinname.

De experts geven ook aan dat het verstandig is om overmatig alcohol- en cafeïnegebruik te voorkomen. Onder andere omdat overmatig gebruik ervan verhoging van de urineerfrequentie tot gevolg kan hebben. Dit wil echter zeker niet zeggen dat ze gebruik ervan zomaar willen verbieden. Dit geldt ook voor het gebruik van koolzuurhoudende dranken en zoetstoffen.

Aanbevelingen

Meer onderzoek nodig	Er is meer onderzoek nodig naar de effecten van leefstijlinterventies (afvallen, vezelverrijkt dieet, hoeveelheid vocht, koffie- en alcoholinname) op urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen.
----------------------	--

Doen	<p>Overweeg om wijzigingen in leefstijl te adviseren. Hierbij is zorg op maat echter erg belangrijk. Per individu moet bekeken worden of onderstaande adviezen praktisch haalbaar en verantwoord zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afvallen bij overgewicht (BMI 25-30 en hoger), echter bijvoorbeeld niet als de patiënt al erg weinig eet - Zemelen in dieet opnemen bij constipatie, echter alleen als men ook een adequate hoeveelheid vocht tot zich neemt (1.5 tot 2 liter geleidelijk over de hele dag) - Overmatige inname van koffie en alcohol beperken. Dit wil niet zeggen dat het verboden moet worden. - Adequate hoeveelheid (1.5 tot 2 liter) vocht innemen (dus niet te weinig, maar ook niet te veel)
------	--

	<p>In iedere organisatie moet afgesproken welke disciplines deze interventie uitvoeren. In principe zouden alle richtlijngebruikers (zie paragraaf 1.3) een rol kunnen hebben bij de uitvoering van deze interventie.</p>
--	---

4 Comorbiditeit

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende uitgangsvraag: *“Wat zijn de consequenties van comorbiditeit voor de effectiviteit van de diagnostische instrumenten en behandelinterventies? Hierbij wordt gekeken naar de invloed van cognitieve stoornissen, CVA, delier, obstipatie of fracturen, bij de kwetsbare oudere met urine-incontinentie.”*

Onder comorbiditeit wordt in deze richtlijn verstaan dat een patiënt naast urine-incontinentie één of meerdere aandoeningen heeft die buiten de blaas en de urinewegen zijn gelegen. Met name bij de groep kwetsbare ouderen is hier vaak sprake van.

Wetenschappelijke onderbouwing

Omdat onduidelijkheid bestond of er voldoende literatuur is om gedegen aanbevelingen te kunnen doen met betrekking tot comorbiditeit en urine-incontinentie, is ervoor gekozen eerst exploratief literatuuronderzoek uit te voeren naar comorbiditeit (van cognitieve stoornissen, CVA, delier, obstipatie of fracturen) en urine-incontinentie. Voor een verantwoording van de exploratieve search kan bijlage 6 in de verantwoording geraadpleegd worden.

Er werd weinig literatuur gevonden. Van de weinige studies die gevonden werden, gingen er slechts een paar over comorbiditeit in relatie tot diagnostische instrumenten of behandelinterventies. Er werden geen studies gevonden waarin een subgroepanalyse werd uitgevoerd die aanwijzingen geeft over de invloed van comorbiditeit op de diagnostiek of de effectiviteit van interventies. Op basis van de exploratieve literatuursearch, is besloten niet verder te zoeken en is geconcludeerd dat op basis van de literatuur geen uitspraken gedaan kunnen worden over de invloed van comorbiditeit op de effectiviteit van diagnostiek bij urine-incontinentie ouderen.

Conclusie

Er is geen literatuur gevonden op basis waarvan iets gezegd kan worden over de invloed van comorbiditeit (cognitieve stoornissen, CVA, delier, obstipatie of fracturen) op diagnostisch instrumenten of de effectiviteit van behandelinterventies bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie.

Overige overwegingen

De experts vinden het wel van belang dat bij de zorg aan de kwetsbare oudere met urine-incontinentie aandacht is voor de mogelijke invloed van comorbiditeit of medicatie op urine-incontinentie. Voor een overzicht wordt verwezen naar bijlage 1.

Aanbeveling

Doen	Er moet aandacht zijn voor potentieel beïnvloedende factoren die samenhangen met comorbiditeit en medicatiegebruik (zie bijlage 1).
------	---

5 Interventies gericht op toiletgang en toilethouding

In dit hoofdstuk wordt de volgende uitgangsvraag beantwoord: *“Welke interventies moeten worden uitgevoerd bij de kwetsbare oudere met urine-incontinentie en door welke disciplines? Het gaat hierbij om vaste toiletrondes (timed voiding), toiletgang na attenderen (prompted voiding), verbeteren toiletgang (habit retraining), aanleren goede toilethouding en huidverzorging en hygiëne.”*

5.1 Interventies gericht op de toiletgang

In deze paragraaf worden vaste toiletrondes, (timed voiding), toiletgang na attenderen (prompted voiding) en verbeteren toiletgang (habit retraining) beschreven. Deze interventies zijn allemaal gericht op de toiletgang en hebben tot doel om incontinentie te voorkomen door bijvoorbeeld meer frequent naar het toilet te gaan. Daarbij verschillen de interventies onder andere in de tijdsinvestering ervan voor de hulpverlening en de mate waarin een actieve bijdrage verwacht wordt van de patiënt.

In deze paragraaf worden deze interventies achtereenvolgens behandeld, waarna aanbevelingen gegeven worden gericht op de toepassing van de interventies gericht op de toiletgang.

Vaste toiletrondes

Vaste toiletrondes zijn ook wel bekend onder de naam ‘timed voiding’. Vaste toiletrondes is een interventie die gebruikt wordt om incontinentie-episodes te voorkomen. Het heeft dus niet tot doel om de patiënt weer continent te maken. In beschrijvingen van de interventie in de literatuur komt een aantal aspecten steeds terug. Er is sprake van een vaststaand tijdsinterval tussen de toiletgang en hulp bij de toiletgang wordt in gang gezet en uitgevoerd door het zorgpersoneel. De interventie is geschikt voor mensen die niet in staat zijn om zelfstandig naar het toilet te gaan (NICE, 2006; Ostaszkiwicz et al., 2004a; Roe et al., 2007).

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn 4 reviews geïncludeerd waarin toiletrondes (al of niet in combinatie met een andere interventie), vergeleken wordt met onder andere reguliere zorg en een placebo (Ostaszkiwicz et al., 2004a; Ostaszkiwicz et al., 2005; Roe et al., 2007; Thomas et al., 2008).

De review van Ostaszkiwicz et al. (2005) bevat 2 trials waarin toiletrondes in combinatie met andere interventies vergeleken wordt met reguliere zorg. Participanten waren patiënten met urine-incontinentie (niet verder gespecificeerd) in verpleeghuizen met een gemiddelde leeftijd van 87 jaar, voornamelijk vrouwen met veelal zowel een cognitieve als een fysieke beperking. Gehanteerde uitkomstmaten waren o.a. het aantal individuen met vermindering in de frequentie van incontinentie tijdens de dag en tijdens de nacht. In 1 van de trials werd een significant effect in de interventiegroep gevonden, namelijk een significant grotere vermindering in de frequentie van incontinentie tijdens de nacht, vergeleken met de controlegroep (RR 1.80; 95% CI 1.12 tot 2.89). De auteurs van de review wijzen op potentiële bias in de RCT's, gerelateerd aan o.a. blinding to allocation. Ze concluderen bovendien dat toiletrondes in beide reviews maar 1 component was van de gehanteerde interventies in de trials en dat niet kan worden vastgesteld welke specifieke factor bijdroeg aan de uitkomsten. De auteurs trekken daarom geen conclusies over de effectiviteit van toiletrondes voor het managen van urine-incontinentie. Er worden ook geen subgroepanalyses beschreven. In de reviews van Ostaszkiwicz et al. (2004a) en Roe et al. (2007) worden dezelfde RCT's besproken als in de hier beschreven review van Ostaszkiwicz et al. (2005).

De review van Thomas et al. (2008) bevat 3 trials waarin toiletrondes (met of zonder biofeedback) vergeleken wordt met reguliere zorg of met het medicijn oxybutinine of toiletrondes alleen, bij urine-incontinentie na een beroerte. In 1 trial hadden de patiënten aandrangincontinentie, in de andere twee is de vorm van urine-incontinentie niet verder gespecificeerd. De leeftijd en het geslacht van de in totaal 99 patiënten in de trials zijn niet bekend. In alle RCT's werd onder andere het aantal incontinentie episodes per dag als uitkomstmaat gehanteerd. In 2 van de 3 trials was sprake van te weinig data om conclusies te kunnen trekken. In de andere RCT (waarin toiletrondes plus biofeedback vergeleken werd met toiletrondes alleen) bleek dat het aantal incontinentie-episodes significant minder was in de controlegroep (alleen toiletrondes)(WMD 2.20; 95% CI 0.12 tot 4.28). Door de kleine steekproeven en de grote betrouwbaarheidsintervallen in de 3 trials kan niet uitgesloten worden dat er, ondanks dat er maar 1 significant effect gevonden werd, toch meer belangrijke effecten bestaan. In de review worden geen subgroepanalyses beschreven.

Conclusie

Niveau 2	In de reviews is geen bewijs gevonden op basis waarvan een conclusie getrokken kan worden over de effectiviteit van vaste toiletrondes bij kwetsbare (oudere) mannen en vrouwen met urine-incontinentie. Ostaszkievicz, 2004a; Ostaszkievicz, 2005; Roe, 2007; Thomas, 2008
----------	--

Overige overwegingen

Ondanks dat er in een aantal RCT's een positief effect van de interventie gevonden werd, kan geen conclusie getrokken worden over de effectiviteit van de interventie. Dit komt vooral voort uit het feit dat er in een aantal RCT's sprake was van te kleine steekproeven, waardoor de mogelijkheid bestaat dat er belangrijke effecten van de interventie bestaan die nu niet gevonden werden. Daarnaast zijn conclusies niet mogelijk vanwege een gebrek aan duidelijke definiëring van toiletrondes en het onderscheid tussen de verschillende programma's gericht op de toiletgang. Dat er op basis van de reviews geen uitspraak gedaan wordt over de effectiviteit van de interventie, wil hier dus niet zeggen dat er bewijs is gevonden voor geen effect. Het geeft wel aan dat er behoefte is aan vervolgonderzoek. In vervolgonderzoek met betrekking tot toiletrondes, is het zaak de interventie goed te definiëren en af te bakenen. Bovendien is het van belang dat de steekproeven in vervolgonderzoek van voldoende omvang zijn.

De experts geven aan dat toiletrondes vaak niet afdoende zullen zijn. Patiënten moeten vaak ook naar het toilet op andere dan gezette tijden waarop een toiletronde wordt gemaakt. De experts vinden dat patiënten gemotiveerd moeten worden om ook op die momenten tijdig aan te geven dat ze hulp nodig hebben bij de toiletgang. Wanneer sprake is van apathie is dit nog meer van belang. Dit, tezamen met het feit dat er geen bewijs is gevonden voor de interventie vaste toiletrondes bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie, maakt dat de experts de interventie zoals hier beschreven niet aanraden. Daarnaast is onduidelijk wat de kosteneffectiviteit van de interventie is.

Aanbevelingen

Meer onderzoek	Er is verder onderzoek nodig naar de effectiviteit en doelmatigheid van vaste toiletrondes bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie. Daarbij moet de interventie goed gedefinieerd worden.
----------------	--

Niet doen	Het toepassen van vaste toiletrondes.
-----------	---------------------------------------

Toiletgang na attenderen

Toiletgang na attenderen wordt ook wel 'prompted voiding' genoemd. Toiletgang na attenderen is net als vaste toiletrondes, gericht op het voorkomen van incontinentie-episodes. Het heeft dus niet tot doel de patiënt weer continent te maken. In de literatuur wordt een aantal aspecten van de interventie besproken. De interventie is gericht op een verandering in de manier waarop omgegaan wordt met urineverlies. Aan mensen met of zonder cognitieve beperking wordt geleerd om zelf het initiatief te nemen voor de toiletgang, door om hulp bij de toiletgang te vragen. Aan hen wordt met regelmaat door zorgverleners gevraagd of ze naar het toilet moeten. Door de hulpverleners wordt bovendien aangegeven dat als de patiënt op een ander moment naar het toilet moet, dit door de patiënt aangegeven moet worden. Zorgvragers geven positieve feedback wanneer patiënten, door tijdig naar het toilet te gaan, incontinentie voorkomen (ICS, 2009; RNAO, 2005; Roe et al., 2007).

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is een review geïnccludeerd van Roe et al. (2007). Dit is een review van reviews over blaasstraining en interventies gericht op de toiletgang, waaronder ook toiletgang na attenderen. In de review wordt 1 review over toiletgang na attenderen beschreven. Participanten in de trials die in deze review worden beschreven, waren voornamelijk ouderen (waarvan 83% vrouwen) die cognitief en/of fysiek beperkt waren. De duur van de training varieerde van 10 dagen tot 8 weken. Het attentie-interval varieerde van 1 uur tot 2 uur en was in 1 studie progressief, startend met een interval van 2 uur. De interventie werd door zorgverleners of getrainde onderzoeksassistenten uitgevoerd. Follow-up werd vaak niet beschreven. De inhoud van de interventie leek te variëren, alhoewel dit volgens de auteurs van de review ook kan wijzen op slechte beschrijvingen van de interventie. In de review wordt op basis van de trials geconcludeerd dat er bewijs bestaat dat op de korte termijn toiletgang na attenderen effectief is om urine-incontinentie bij ouderen te managen, maar dat verder onderzoek nodig is naar onder andere de impact van de duur en intensiteit van de training. De uitkomstmaten en de resultaten van de trials waarop deze conclusie gebaseerd is, worden uitgebreider in de NICE richtlijn (2006) beschreven.

In 1 RCT wordt bij 143 vrouwen de interventie vergeleken met reguliere zorg. Na de 13 weken durende interventie werd een significante vermindering in het aantal incontinentie-episodes gevonden, ten gunste van de interventie. Deze vermindering bleek gehandhaafd

bij 22 weken follow-up. Er werden in deze RCT geen verschillen gevonden in vermeerdering van zelf geïnitieerde verzoeken van de participanten. In een andere RCT met 21 participanten (71% vrouw), werd een vermindering in lekkage en een verhoging van het aantal verzoeken voor ondersteuning bij de toiletgang gevonden, tijdens een 3 weken durende interventie. In een RCT waarin bij 126 participanten (waarvan 75% vrouw) een 10-20 dagen durende interventie vergeleken werd met reguliere zorg, werden gelijkwaardige resultaten gevonden. In een andere RCT, waarin bij 19 participanten (68% vrouw) de interventie vergeleken werd met reguliere zorg, werd op de genoemde uitkomsten geen verschil gevonden. Dit zou echter verklaard kunnen worden door een te kleine steekproef. In de NICE richtlijn (2006) wordt op basis van deze RCT's geconcludeerd dat toiletgang na attenderen leidt tot een vermindering in het aantal incontinentie-episodes bij cognitief beperkte mannen en vrouwen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Er is bewijs gevonden voor de effectiviteit op de korte termijn van toiletgang na attenderen bij kwetsbare ouderen, als gekeken wordt naar het verminderen van incontinentie-episodes.</p> <p>NICE, 2006; Roe, 2007</p>
----------	--

Overige overwegingen

De expertgroep is zich bewust van de tijdsinvestering die het kost om toiletgang na attenderen toe te passen en dat onbekend is wat de kosteneffectiviteit van de interventie is. Desondanks is de expertgroep van mening dat de effectiviteit van deze interventie voldoende is aangetoond en de kwaliteit van leven wordt vergroot. Daarnaast verwacht de expertgroep dat de interventie uiteindelijk tijd zal opleveren doordat er minder verschoond hoeft te worden. De experts geven aan dat er ook studies zijn waar toiletgang na attenderen wordt gecombineerd met oefeningen om het uithoudingsvermogen en kracht te verbeteren (Ouslander et al., 2005a; Ouslander et al., 2005b; Schnelle et al., 1995). Ook deze interventie is effectief maar vraagt een nog grotere tijdsinvestering. Bovendien is er een studie naar het verbeteren van toiletvaardigheden zodat ouderen zelfstandig naar het toilet kunnen (Houten, 2008). Dit heeft wel effect op het verminderen van de hoeveelheid urineverlies maar niet op het aantal micties op het toilet. De experts geven tevens aan dat de interventie eigenlijk preventief zou moeten worden toegepast en dat deze gericht is op alle kwetsbare ouderen, echter met nadruk op de kwetsbare oudere met beginnende cognitieve problemen. Ze geven ook aan dat het erg

van belang is dat als de patiënt bij het attenderen aangeeft dat hij of zij niet naar het toilet hoeft, de hulpverlener dit op een ander moment nog een keer komt vragen. Er kan gestart worden met een interval tussen het attenderen van 2 uur. Dit kan echter bijvoorbeeld aangepast worden als diuretica (plastabletten) worden gebruikt. De experts geven aan dat wanneer vaste attendeertijden worden toegepast, dit niet wil zeggen dat tussendoor niet geholpen hoeft te worden bij de toiletgang. Het moet echter ook niet zo zijn dat de patiënt erg vaak (bijvoorbeeld ieder half uur) naar het toilet wil. Als dit wel het geval is dan moet overleg plaatsvinden met de fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde of een multidisciplinair team over hoe hiermee om te gaan. Als bijvoorbeeld op basis van een mictiedagboek blijkt dat het interval tussen het attenderen aangepast moet worden, dan moet dit besproken worden met de fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde of een multidisciplinair team.

De experts geven aan dat het van belang is dat toiletten zo ingericht zijn, dat hulp ook goed geboden kan worden. Dit betekent onder andere dat het toilet groot genoeg moet zijn. Op afdelingsniveau moet worden nagegaan of het toilet voldoende is toegerust om hulp bij de toiletgang te bieden en de uitvoer van toiletgang na attenderen mogelijk te maken. Indien dit niet zo is worden de benodigde aanpassingen gedaan. Als bouwkundige aanpassingen nodig zijn kunnen deze worden meegenomen bij de eerstvolgende verbouwing/nieuwbouw.

De experts geven aan dat, mede doordat de interventie een grote tijdinvestering van het personeel vraagt, een andere voorwaarde voor effect van de interventie is dat de hulpverleners deze goed en consequent volhouden. De experts geven in dit kader ook aan dat bij overdracht de interventie consequent moet worden doorgezet. Dit betekent dat op afdelingsniveau beleid gemaakt moet worden over hoe de interventie uitgevoerd moet worden, inclusief de wijze van positieve feedback geven, geduld tonen en de cliënt motiveren.

Meer onderzoek	Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit en doelmatigheid van toiletgang na attenderen. Onder andere om na te gaan wat exact de gewenste duur en intensiteit van de training moet zijn. Bovendien is meer onderzoek nodig naar de wijze waarop gezorgd kan worden dat de interventie consequent volgehouden kan worden door personeel en patiënt.
----------------	---

Doen	<p>Het overdag (preventief) toepassen van toiletgang na attenderen wordt geadviseerd voor <u>alle</u> kwetsbare ouderen, maar zeker voor kwetsbare ouderen met beginnende cognitieve achteruitgang. Hanteer bij start van de interventie een interval tussen het attenderen van 2 uur. Hiervan kan afgeweken worden als bijvoorbeeld gebruik gemaakt wordt van diuretica (plastabletten). Moedig patiënten ook aan om zelf ondersteuning bij de toiletgang te vragen en geef, wanneer de patiënt dit tijdig doet, positieve feedback. Bied ook hulp bij de toiletgang aan als de patiënt tussendoor aangeeft naar het toilet te willen. De interventie kan worden toegepast door (continentie)verpleegkundigen, verzorgenden en aandachtvelden continenzorg. In de thuiszorg kan de interventie, na instructie, worden uitgevoerd door een mantelzorger.</p> <p>Maak op afdelingsniveau beleid over de wijze waarop de interventie toegepast moet worden (denk bijvoorbeeld aan wijze van positieve feedback geven, geduld tonen en motiveren van de patiënt). Bij overdracht moet de interventie op een consequente wijze worden voortgezet.</p> <p>Als, bijvoorbeeld op basis van het mictiedagboek, blijkt dat het interval tussen het attenderen aangepast kan worden, dan moet dit worden besproken met de continetieverpleegkundige, aandachtsvelder continenzorg, fysiotherapeut en/of specialist ouderengeneeskunde. Overleg ook als een patiënt erg vaak (bijvoorbeeld elk half uur) naar het toilet wil, over hoe dit terug te brengen tot grotere intervallen.</p> <p>Op afdelingsniveau moet worden nagegaan of het toilet voldoende is toegerust om hulp bij de toiletgang te bieden en de uitvoer van de toiletgang na attenderen mogelijk te maken. Indien dit niet zo is worden de benodigde aanpassingen gedaan. Als bouwkundige aanpassingen nodig zijn kunnen deze worden meegenomen bij de eerstvolgende verbouwing/nieuwbouw.</p>
------	--

Verbeteren toiletgang

Verbeteren toiletgang wordt ook wel 'habit retraining' genoemd. Verbeteren toiletgang is gericht op het voorkomen van incontinentie-episodes. Het heeft dus niet tot doel om de

patiënt weer continent te maken. In beschrijvingen van de interventie in de literatuur, komt naar voren dat de patiënt de passieve ontvanger is van de interventie, uitgevoerd door het zorgpersoneel. Patiënten worden dus niet gemotiveerd om zelf om hulp te vragen bij de toiletgang. De interventie is vooral gericht op mensen die ondersteuning nodig hebben vanwege fysieke en/of cognitieve beperkingen. Bij de interventie wordt het toiletschema van het individu in kaart gebracht waarna een nieuw op het individu toegespitst schema wordt gemaakt. Het interval tussen de toiletgang wordt dan zodanig ingesteld dat een maximaal interval tussen de toiletgang ontstaat, maar incontinentie wordt voorkomen. (ICS, 2009; Ostaszkiwicz et al., 2004b; Roe et al., 2007).

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn 3 reviews geïncludeerd waarin verbeteren toiletgang (al of niet in combinatie met een andere behandeling) vergeleken wordt met reguliere zorg of verbeteren toiletgang alleen (Latthe et al., 2008; Ostaszkiwicz et al., 2004b; Roe et al., 2007).

In de review van Ostaszkiwicz et al. (2004b) worden resultaten van 3 RCT's beschreven, waarin de vergelijking wordt gemaakt tussen verbeteren toiletgang in combinatie met een andere behandeling, en gewone zorg. De RCT's bevatten in totaal 337 participanten, voornamelijk oudere vrouwen (vaak cognitief en/of fysiek beperkt) en hun zorgverleners. Participanten hadden een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 85, 76 en 80 jaar. In 2 van de studies hadden de participanten aandrang- en/of stressincontinentie. Voor de andere studie is de vorm van incontinentie niet gespecificeerd. Gehanteerde klinische uitkomstmaten in de studies waren onder andere het aantal incontinentie-episoden en het incontinentie volume. Er werden geen significante verschillen op deze uitkomsten gevonden, tussen de interventie- en controlegroepen. Er werden geen gepoolde resultaten beschreven omdat dit niet mogelijk was door variatie in de interventies waarmee verbeteren toiletgang gecombineerd werd, variaties in de duur van de training (6 weken tot 6 maanden) en door variatie in de additionele steun die aan het zorgpersoneel gegeven werd over de omgevingsaspecten (nabijheid toilet) en het belang van goede vochtinname. In 1 van de trials werd ook gekeken naar de bereidheid van de zorgverleners om de interventie uit te voeren en naar de stress die hierbij komt kijken. De resultaten laten zien dat de uitvoer van de interventie voor de zorgverlener bij start meer stress met zich meebracht dan tegen het einde van de interventie en dat zorgverleners aan het einde ook meer bereid waren om te werken aan de incontinentie van de patiënt. Deze verschillen waren echter niet significant. In de review van Ostaszkiwicz et al. (2004b) wordt ook 1 RCT beschreven waarin verbeteren toiletgang + elektronisch monitoren en training van personeel vergeleken wordt met verbeteren toiletgang alleen. De 41 participanten waren

patiënten van 2 ziekenhuizen, met een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 82 (interventiegroep) en 85 jaar (controlegroep). Geslacht en vorm van urine-incontinentie van de patiënten worden in de review niet benoemd. Uitkomstmaten waren onder andere de perceptie van de participanten van de frequentie van incontinentie in 24 uur en hun perceptie van de ernst van de incontinentie. Er is alleen enig bewijs gevonden voor een trend van minder ernstige incontinentie in de interventiegroep, maar dit verschil met de controlegroep is moeilijk te interpreteren omdat maar van 13 van de 28 participanten data zijn verzameld.

Bij alle hierboven beschreven trials was sprake van methodologische beperkingen, waardoor er sprake kan zijn van over- of onderschatting van effecten. De interventies waren bovendien slecht beschreven. Ostaszkiwicz et al. (2004b) concluderen op basis van deze RCT's dat er onvoldoende bewijs is om verbeteren toiletgang aan te raden.

Roe et al. (2007) schreven een review van reviews over blaastraining en de verschillende interventies gericht op de toiletgang, waaronder verbeteren toiletgang. Er is 1 review over verbeteren toiletgang in de review van Roe et al. (2007) opgenomen, namelijk de hierboven beschreven review van Ostaszkiwicz et al. (2004b). Roe et al. (2007) concluderen op basis van deze review ook dat er geen bewijs gevonden is op basis waarvan verbeteren toiletgang aangeraden kan worden.

Ook Latthe et al. (2008) schreven een review van reviews, namelijk over niet-chirurgische behandelingen van stressincontinentie. Zij zochten hiervoor ook naar reviews over verbeteren toiletgang voor de behandeling van stressincontinentie. Zij vonden deze echter niet. De auteurs concluderen in de review dat onvoldoende bewijs bestaat voor het aanraden van verbeteren toiletgang bij stressincontinentie.

Conclusie

Niveau 1	<p>Er is geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van verbeteren toiletgang bij kwetsbare oudere mannen en vrouwen met urine-incontinentie.</p> <p>Latthe, 2008; Ostaszkiwicz, 2004b; Roe, 2007</p>
----------	---

Overige overwegingen

De experts geven aan dat een voorwaarde voor de hierboven genoemde interventie is dat het individu een voorspelbaar natuurlijk patroon van incontinentie heeft.

De experts geven bovendien aan dat de interventie een erg grote tijdsinvestering van de hulpverlening vraagt, omdat het toiletschema altijd op maat gemaakt wordt, op basis van het toileterpatroon van de individuele patiënt. Ook de kosteneffectiviteit van de interventie is niet bekend. Ze geven bovendien aan dat mensen waarschijnlijk getraind zouden moeten worden voor toepassing van de interventie. Dit samen met het feit dat er gebrek aan bewijs van effectiviteit van de interventie is, maakt dat de interventie zoals hier beschreven niet aangeraden wordt.

Niet doen	Het toepassen van verbeteren toiletgang.
-----------	--

5.2 Toilethouding

In deze paragraaf wordt uitgelegd wat een goede toilethouding is en hiermee samenhangend hoe men goed kan uitplassen. Bovendien wordt het belang van privacy bij de toiletgang uiteengezet. Deze zaken zijn van belang omdat bij een goede toilethouding het legen van de blaas onder optimale omstandigheden kan plaatsvinden. Zo kan bijvoorbeeld voorkomen worden dat urineweginfecties ontstaan, een factor die kan bijdragen aan urine-incontinentie. Bovendien heeft het niet goed ledigen van de blaas tot gevolg dat patiënten vaker naar het toilet gaan, waardoor de blaas kleiner wordt en een grotere kans bestaat op aandrangincontinentie.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is geen literatuurstudie gedaan naar toilethouding omdat de verwachting was dat dit weinig zou opleveren. De informatie die hier gegeven wordt, is gebaseerd op hetgeen er over gezegd wordt op websites van fysiotherapiepraktijken en incontinentiecentra, aangevuld met de ervaringen van de experts.

Een goede toilethouding

De cliënt moet

- rechtop zitten (zie afbeelding)
- goed op de bril zitten, dus niet op het voorste puntje en ook niet hangen boven het toilet
- met de voeten plat op de grond steunen (als het toilet te hoog is, dan kan gebruik gemaakt worden van een voetenbankje of opstapje)
- de benen iets uit elkaar plaatsen
- de kleding tot op de enkels laten zakken
- de handen op de bovenbenen plaatsen en

- de tijd nemen en in één keer rustig en volledig uitplassen, zonder te persen.



Overige opmerkingen

Cliënten kunnen door verzorgenden, verpleegkundigen en continëntieverpleegkundigen getraind worden in het aannemen van een goede toilethouding en het goed uitplassen. Ook de fysiotherapeut, huisarts of specialist ouderengeneeskunde kunnen deze training verzorgen. Voorlichting over een goede toilethouding moet bij iedere cliënt gebeuren wanneer informatie en voorlichting gegeven wordt over incontinentie. Training in goede toilethouding moet plaatsvinden voordat eventueel een behandeling wordt ingezet. Daarnaast moet men blijven oefenen. Om de ouderen te herinneren aan een goede toilethouding, zou een plaatje van een goede toilethouding (met instructies in grote letters) op het toilet gehangen kunnen worden. Als mensen een eigen toilet hebben (heeft de voorkeur), dan verdient het aanbeveling dat deze aangepast wordt op het individu. Hiervoor kan een ergotherapeut benaderd worden.

Bij gebruik van een voetenbankje moet rekening gehouden worden met het risico op vallen.

Met name wanneer cliënten hulp krijgen bij de toiletgang, voelen ze zich soms gehaast. Dan moet benadrukt worden dat ze de rust kunnen nemen en moeten ontspannen.

Cliënten moeten rustig kunnen plassen en dus privacy hebben op het toilet. De deur is dicht bij de toiletgang. De cliënt wordt in principe niet gestoord. Als dit toch nodig is, dan moet in ieder geval eerst aangeklopt worden.

Aanbevelingen

Doen	<p>Train de oudere in het aannemen van een goede toilethouding en het goed uitplassen voordat eventueel een behandeling wordt ingezet. Dit moet bij iedere cliënt gebeuren wanneer informatie en voorlichting gegeven wordt over urine-incontinentie. Men moet bovendien blijven oefenen. Deze training kan verzorgd worden door verzorgenden, verpleegkundigen, continetieverpleegkundigen en fysiotherapeuten maar ook door de huisarts of specialist ouderengeneeskunde.</p> <p>De oudere wordt herinnerd aan een goede toilethouding en het belang van goed uitplassen door het ophangen van een plaatje in de toiletruimte waarop een goede toilethouding is afgebeeld en met tips over toilethouding en goed uitplassen.</p> <p>In de toiletruimte moet een opstapje of voetenbankje aanwezig zijn, zodat ook kleinere personen hun voeten plat op een ondergrond kunnen plaatsen. Daarbij moet rekening gehouden worden met het risico op vallen. Voor het aanpassen van een toilet aan het individu, kan een ergotherapeut benaderd worden.</p> <p>De oudere moet rustig kunnen plassen en privacy hebben op het toilet. De oudere moet zich niet gehaast voelen. Er moet dus aangegeven worden dat de zorgvrager de tijd kan nemen en moet ontspannen.</p>
------	---

6 Incontinentie-absorptiemateriaal en huidverzorging

6.1 Incontinentie -absorptiemateriaal

Incontinentie-absorptiemateriaal wordt gebruikt wanneer complete genezing van incontinentie niet mogelijk is, of bij tijdelijke incontinentie bijvoorbeeld in afwachting van een behandeling voor urine-incontinentie (Fader et al. 2007; ICS, 2009). In deze paragraaf worden aanbevelingen gegeven met betrekking tot het gebruik bij kwetsbare ouderen van incontinentie-absorptiemateriaal dat op het lichaam gedragen wordt,.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn twee reviews geïnccludeerd waarin de kwaliteit van verschillende incontinentie-absorptiematerialen met elkaar wordt vergeleken (Fader et al., 2007; Fader et al., 2008). De eerstgenoemde review is gericht op patiënten met lichte urine-incontinentie en de laatstgenoemde op patiënten met matige tot zware urine-incontinentie.

De verschillende producten die in de reviews benoemd worden zijn niet allemaal (onder dezelfde naam) bekend in de Nederlandse praktijk. Daarom is een vertaalslag van de literatuur naar de Nederlandse praktijk gemaakt. Dit is gedaan door informatie te vergaren bij bedrijven die aangesloten zijn bij www.incontinentie.net en bij enkele experts. Deze vertaalslag staat in bijlage 4 van de verantwoording beschreven. In dit stuk worden alleen de producten uit de review beschreven die ook gangbaar zijn in de Nederlandse praktijk.

Lichte urine-incontinentie

In de review van Fader et al. (2007) is 1 RCT geïnccludeerd. In deze RCT werden bij 85 vrouwen met lichte urine-incontinentie verschillende incontinentie-absorptiematerialen met elkaar vergeleken. Onder lichte urine-incontinentie wordt verstaan dat het urineverlies met klein absorberend materiaal (50 tot 500 ml absorptievermogen) opgevangen kan worden. Dit is het geval bij het verliezen van enkele druppeltjes of scheutjes urine per keer (vaak het geval bij stressincontinentie). De leeftijd en de vorm van urine-incontinentie van de vrouwen wordt niet beschreven en het is onduidelijk in hoeverre de participanten

hulpbehoevend waren. Er werden uiteenlopende uitkomstmaten gehanteerd, waarbij de mate waarin lekkage met het product wordt voorkomen, de acceptatie van het product en de mate waarin het product de voorkeur van de patiënt geniet, de nadruk kregen. Er is ook gekeken naar de kosten van het product. De RCT was van goede kwaliteit. Wegwerpinlegverband en wegwerpmaandverband werden met elkaar vergeleken. De resultaten staan in bijlage 5 van de verantwoording weergegeven. Hieronder staan alleen de in het oog springende zaken beschreven.

Het wegwerpinlegverband scoorde bij vrouwen met lichte urine-incontinentie beter dan het wegwerpmaandverband, als gekeken wordt naar lekkage, acceptatie en voorkeur patiënt. Het wegwerpinlegverband was echter ook duurder.

Matige tot zware urine-incontinentie

In de review van Fader et al. (2008) worden 2 RCT's beschreven, waarin bij 109 vrouwen en 76 mannen absorberende producten werden vergeleken. De participanten woonden thuis of in een verpleeghuis en hadden matige tot zware urine-incontinentie en/of faecale incontinentie. Er is sprake van matige tot zware urine-incontinentie als een groter absorberend materiaal nodig is om de urine in op te vangen (vaak met een absorptievermogen van 2000 tot 3000 ml). Dit is het geval wanneer flinke scheuten urine per keer verloren wordt, of zelfs bijna de hele of de gehele blaasinhoud (dit is vaak het geval bij aandrangincontinentie). De leeftijd en de vorm van urine-incontinentie van de participanten worden niet benoemd. Het is onduidelijk in hoeverre participanten hulpbehoevend waren. Er werden uiteenlopende uitkomstmaten gehanteerd, waarbij de mate waarin een product de voorkeur van de patiënt geniet, de algehele mening van de patiënt over het product, en de mate van lekkage, de nadruk kregen. Bovendien werden de kosten van het product beschreven. De 2 trials waren van goede kwaliteit. In deze studie werd wegwerpinlegverband getest, alsmede de T-vorm, wegwerp elastische broekjes en het 1-delige systeem met plakstrip.

T-vorm:



Elastisch broekje



1-delig systeem met plakstrip



In verschillende vergelijkingen werden de verschillende producten tijdens gebruik overdag en 's nachts met elkaar vergeleken. De resultaten staan in bijlage 5 van de verantwoording weergegeven. Hieronder staan alleen de in het oog springende zaken beschreven.

De resultaten voor wat betreft de kosten van de producten:

De resultaten wat betreft kosten waren in volgorde van duur naar goedkoop: de elastische broekjes, de T-vorm, het inlegverband en het 1-delige systeem met plakstrip. Het inlegverband bleek overdag het goedkoopste en het 1-delige systeem met plakstrip 's nachts.

De scores van de producten die getest werden bij de man, op voorkeur, acceptatie en lekkage:

Voor mannen in het verpleeghuis verschilden bij gebruik overdag de scores op acceptatie, voorkeur en lekkage niet significant van elkaar voor de verschillende producten. Verder scoorde het 1-delige systeem met plakstrip vaak het beste op voorkeur en acceptatie.

Op lekkage scoorde bij mannen thuis overdag de T-vorm het beste, bij mannen in verpleeghuizen tijdens de nacht het 1-delige systeem met plakstrip en de T-vorm. Opvallend is dat het wegwerp inlegverband erg slecht scoort op zowel voorkeur, acceptatie als lekkage, onafhankelijk van het tijdstip van gebruik en of de producten thuis of in het verpleeghuis werden getest.

De scores van de producten die getest werden bij de vrouw, op voorkeur, acceptatie en lekkage:

Opvallend is dat het elastische broekje bij vrouwen thuis het beste scoort op lekkage. Het elastische broekje en het 1-delige systeem met plakstrip scoort het beste bij gebruik overdag in het verpleeghuis. Verder werden geen verschillen gevonden in de scores op lekkage.

Op acceptatie scoorde het elastische broekje bij thuisgebruik het beste. Bij vrouwen in verpleeghuizen werden voor wat betreft acceptatie van de producten, geen significante verschillen gevonden.

Het elastische broekje kreeg de meeste voorkeur in de thuissituatie en bovendien in het verpleeghuis bij gebruik overdag. In het verpleeghuis tijdens de nacht kregen het 1-delige systeem met plakstrip, de T-vorm en het elastische broekje de meeste voorkeur.

Conclusies

Niveau 3	<p>Er is enige reden om aan te nemen dat wegwerpinlegverband bij <u>vrouwen met lichte urine-incontinentie</u> beter scoort op lekkage, acceptatie, en voorkeur patiënt dan wegwerp maandverband. Het wegwerpinlegverband is ook duurder.</p> <p>Fader, 2007</p>
----------	--

Niveau 2	<p>Er is enige reden om aan te nemen dat bij <u>mannen met matige tot zware urine-incontinentie</u> het inlegverband (het goedkoopste product) het slechtste scoort op voorkeur, acceptatie en lekkage, ongeacht setting en tijdstip van de dag. Het 1-delige systeem met plakstrip (het op een na goedkoopste product) scoort afhankelijk van setting en tijdstip van de dag vaak goed, echter ook de T-vorm en soms het elastische broekje (de 2 duurste producten).</p> <p>Op lekkage, voorkeur en acceptatie scoort bij de <u>vrouwen met matige tot zware urine-incontinentie</u> het elastische broekje (het duurste product) vaak het beste. Afhankelijk van setting en tijdstip van de dag, echter ook het 1-delige systeem met plakstrip (een na goedkoopste product) en een enkele keer de T-vorm (en het inlegmateriaal).</p> <p>Fader, 2008</p>
----------	---

Overige overwegingen

De experts geven aan dat de ervaring leert dat bij wegwerpmaandverband eerder sprake kan zijn van lekkage en van huidirritatie dan bij wegwerpinlegverband. Ze geven aan dat maandverband niet gebruikt moet worden voor urine-incontinentie.

Over mannen met lichte urine-incontinentie zijn geen reviews gevonden.

Er is echter wel wegwerpinlegverband voor licht urineverlies specifiek voor mannen verkrijgbaar. De experts geven aan dat dit gebruikt kan worden voor oudere mannen met licht urineverlies.

De experts geven aan dat in de praktijk voor zowel vrouwen als mannen met matige tot zware urine-incontinentie, zowel het 1-delige systeem met plakstrip, het elastische broekjes als de T-vorm goed gebruikt kunnen worden.

Het inlegverband wordt in dit kader niet genoemd. Dit komt overeen met de resultaten van de review.

De experts geven bovendien aan dat in de groep kwetsbare ouderen veel verschil in voorkeur en gebruikersgemak bestaat. Onder andere omdat sprake kan zijn van uiteenlopende moeilijkheden, bijvoorbeeld niet meer mobiel zijn, een slechte handcoördinatie hebben en cognitieve problemen hebben waardoor niet meer begrepen wordt hoe de producten aangebracht moeten worden. Dit, tezamen met het feit dat in de review voor verschillende settings en op verschillende tijdstippen van de dag uiteenlopende scores werden gemeten voor de producten, maakt dat ze geen uitspraak doen over welke van de 3 producten, namelijk T-vorm, het 1-delige systeem met plakstrip of het elastische broekje, met name aangeraden moet worden voor de kwetsbare oudere man en vrouw met matige tot zware urine-incontinentie. De experts geven aan dat zowel de T-vorm, het 1-delige systeem met plakstrip, als de elastische broekjes aangeraden kunnen worden voor de kwetsbare oudere, met dien verstande dat de keuze hiertussen met name afhankelijk is van de mate waarin iemand hulpbehoevend is en hoe zich dit uit, en de mate waarin hulp aanwezig is. Deze zaken, en niet de kosten van het product, zijn doorslaggevend voor de keuze die gemaakt wordt.

De experts geven aan dat voor de nacht bij zowel lichte als matig tot zware incontinentie, een zwaarder product (met groter absorptievermogen) noodzakelijk kan zijn dan overdag en dat bovendien gebruik gemaakt kan worden van een onderlegger.

In voorgaande wordt duidelijk dat aan oudere mannen en vrouwen met lichte urine-incontinentie (het verliezen van druppeltjes tot aan kleine scheutjes urine per keer) inlegverband voor urineverlies aangeraden wordt. Aan mannen bovendien de condoomkatheter. Voor oudere mannen en vrouwen met matige tot zware urine-incontinentie, worden de T-vorm, het 1-delige systeem met plakstrip en de elastische broekjes aangeraden. Binnen deze keuzemogelijkheden, moet nog een aantal zaken in overweging genomen worden, namelijk:

1) De heupomvang/maat van de patiënt. De verschillende producten zijn in verschillende maten verkrijgbaar. De juiste maat moet uitgekozen worden, zodat het product zo goed en comfortabel mogelijk zit en huidirritatie en lekkage zoveel als mogelijk wordt vermeden.

2) Binnen de productcategorieën zijn verschillende zwaartes (absorptievermogen) te verkrijgen. Hiertussen moet het juiste gekozen worden. Hierbij kan voor de nacht soms een zwaarder product nodig zijn en is het soms wenselijk om een extra onderlegger te gebruiken.

2) Gebruikersgemak en zelfredzaamheid van de patiënt. Met name bij de groep kwetsbare ouderen kunnen uiteenlopende problemen bestaan. Patiënten kunnen bijvoorbeeld niet mobiel zijn, een slechte handcoördinatie hebben, of cognitieve problemen hebben waardoor ze niet meer begrijpen hoe de producten aangebracht moeten worden. Voor mensen die niet goed weten hoe ze materiaal moeten verwisselen, kunnen de broekjes handig zijn omdat deze op gewoon ondergoed lijken. Echter, bij het verwisselen van het broekje dient de patiënt zich voor een deel uit te kleden. Dit is niet voor iedere patiënt mogelijk. Een T-vorm kan dan bijvoorbeeld weer handiger zijn. Het 1-delige systeem met plakstrip kan problemen geven als de patiënt problemen heeft met de handcoördinatie. De keuze voor een bepaald product kan bovendien afhankelijk zijn van de mate waarin hulp aanwezig is.

3) Soms kan irritatie van de huid optreden door het materiaal van een product. Het is dan verstandig om hetzelfde product van een andere fabrikant uit te proberen.

4) Als meerdere producten even geschikt blijken, dan kunnen de kosten van een product de doorslag geven.

5) De productkaarten van fabrikanten kunnen geraadpleegd worden voor gedetailleerdere informatie bij het maken van een keuze. Hierop staat bijvoorbeeld vaak door middel van druppeltjes of kleuren aangegeven hoe groot het absorptievermogen van de verschillende producten is en welke producten specifiek voor de man of de vrouw ontworpen zijn.

6) Als patiënten een keuze tussen producten aangeboden krijgen, dan is het goed als ze de verschillende producten kunnen uitproberen, alvorens een 'definitieve' keuze te maken.

Deze keuze kan door middel van een individueel gesprek tussen patiënt en continëntieverpleegkundige of aandachtsvelder continëntiezorg gemaakt worden.

7) Het is van belang om inlegverband goed te fixeren, met behulp van fixatiebroekjes of goed sluitend ondergoed.

8) Bovendien is van belang dat altijd maar één product tegelijk wordt gebruikt.

Voor wat betreft de organisatie van de inkoop van producten en het aanbrenge van de producten:

1) Het is voor instellingen aan te raden om een uitgebreid assortiment van incontinentie-absorptiemateriaal te hebben. Dit kan betekenen dat van verschillende fabrikanten ingekocht wordt. Ook kan er bijvoorbeeld om financiële redenen voor gekozen worden


om bij 1 fabrikant in te kopen en bij uitzondering en ter aanvulling in te kopen bij een apotheek. In beide gevallen is het doel om aan alle patiënten een gepast product aan te kunnen bieden. Om te voorkomen dat onnodig de zwaardere en duurdere producten gebruikt worden, is het van belang dat de keuzemogelijkheden voor de patiënt voldoende zijn, hetgeen door een continëntieverpleegkundige of aandachtsvelder continëntiezorg moet worden vastgesteld.

2) Als het aanbrengen/aantrekken van de producten niet goed gebeurt dan kan dit ervoor zorgen dat het product niet comfortabel zit. Bovendien kan huidletsel ontstaan. Informatie over de wijze waarop producten aangetrokken dan wel aangebracht moeten worden, kan verkregen worden bij een continëntieverpleegkundige, aandachtsvelder continëntiezorg of de fabrikant. Bij een deel van de fabrikanten staan instructies bovendien op de productkaart beschreven. Waar mogelijk kan een instelling ervoor kiezen om medewerkers te scholen in het aanbrengen van de producten.

3) Extra aandachtspunt is dat bij dubbele incontinentie (ook faecale incontinentie) meer kans is op huidirritatie. Dan is nog meer van belang dat meteen na incontinentie, verschoond wordt.

Aanbevelingen

Doen	Gebruik voor oudere vrouwen met lichte urine-incontinentie inlegverband en bij oudere mannen met lichte urine-incontinentie inlegverband of een condoomkatheter. Het materiaal moet geschikt zijn voor het verlies van enkele kleine druppeltjes of scheutjes per keer. Gebruik geen maandverband.
------	--

Doen	<p>Gebruik voor ouderen met matige tot zware urine-incontinentie de T-vorm, het 1-delige systeem met plakstrip of het elastische broekje.</p> <p>T-vorm: Elastisch broekje 1-delig systeem met plakstrip</p>  <p>Deze moeten geschikt zijn voor het verlies van flinke scheuten urine per keer, of zelfs bijna de hele of de gehele blaasinhoud (dit is vaak het geval bij aandrangincontinentie).</p>
------	--

Doen	<p>Stel de keuze voor incontinentie-absorptiemateriaal vast door middel van een informatief gesprek tussen patiënt en continëntieverpleegkundige of aandachtsvelder continëntiezorg. Ga periodiek een gesprek aan om te bekijken of er zaken veranderd zijn waardoor ander materiaal (bijvoorbeeld groter of kleiner absorptievermogen) gebruikt moet gaan worden of waardoor er wellicht minder of meer frequent verschoond hoeft te worden. Ga ook een gesprek aan als er sprake is van huidletsel of lekkages.</p> <p>Laat de patiënt verschillende producten uitproberen en denk daarbij in ieder geval aan het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De meest geschikte maat van het product - Het meest geschikte absorptievermogen - De vraag of het geschikt materiaal is voor de patiënt (denk aan allergieën/huidirritatie door bepaald materiaal) - Producten speciaal voor de man of voor de vrouw - Het draagcomfort - De mate waarin de patiënt mobiel is - De activiteiten van de patiënt - De mate waarin de patiënt cognitieve problemen heeft (is de patiënt bijvoorbeeld in staat het product zelf aan te doen?) - De handcoördinatie van de patiënt (is de patiënt in staat om het product zelf aan te doen?) - De mate waarin de patiënt in staat is zichzelf uit te kleden - De mate waarin hulp aanwezig is om de patiënt wanneer nodig te ondersteunen - Het tijdstip van de dag: 's nachts is soms een zwaarder product nodig, en wellicht ook een onderlegger - Bij gebruik van een inlegger is soms een fixatiebroekje of strak aansluitend ondergoed nodig om het absorptiemateriaal op z'n plek te houden <p>Voor de thuissituatie geldt dat een eerste uitgave van proefmateriaal door een apotheker(sassistent) gedaan kan worden, gevolgd door een uitgebreidere anamnese door een continëntieverpleegkundige.</p>
------	--

Doen	Voor degene die het incontinentie-absorptiemateriaal aanbrengt (patiënt, mantelzorger, verzorgende of verpleegkundige) moet duidelijk zijn hoe het betreffende product aangebracht moet worden om huidletsel en ander ongemak te voorkomen. Maak gebruik van de productkaarten van de fabrikant of neem voor informatie contact op met continetieverpleegkundige, aandachtsvelder continetiezorg of de fabrikant. Zorgprofessionals moeten zo nodig geschoold worden.
------	---

Doen	Zorg als instelling voor een zo breed mogelijk aanbod van producten, bijvoorbeeld door afname bij meerdere fabrikanten of incidentele aanvulling via bijvoorbeeld apotheek of drogist. Dit zorgt ervoor dat de patiënt een passend product kan gebruiken en voorkomt onnodig gebruik van te kostbare of te zware producten.
------	---

6.2 Huidverzorging

Tijdens het verouderingsproces doen zich veranderingen voor in de huid. Incontinentie voor urine kan ook tot veranderingen in bijvoorbeeld de pH van de huid leiden. Dit maakt dat de huid minder goed beschermd is tegen irritatie en achteruitgang en bovendien temperatuur en vocht minder goed kan reguleren. Er is een aantal interventies ontworpen om de integriteit van de huid van ouderen te maximaliseren en achteruitgang van de huid te verminderen (Hodgkinson et al., 2005). De effectiviteit van deze interventies bij ouderen met urine-incontinentie, wordt in deze paragraaf behandeld.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is 1 review geïncludeerd die gericht is op interventies met betrekking tot huidverzorging bij ouderen (Hodgkinson et al., 2005). Dit is een review van reviews en gerandomiseerde of niet gerandomiseerde gecontroleerde trials. Er worden interventies in beschreven die er aan kunnen bijdragen dat de conditie van de huid van patiënten met urine-incontinentie, verbeterd of behouden wordt.

De huidverzorgingsproducten die bij deze interventies gebruikt zijn, zijn niet allemaal (onder dezelfde naam) beschikbaar in de Nederlandse praktijk. Per product is daarom gekeken of dit in Nederland beschikbaar is, al dan niet onder een andere naam. Dit is gedaan door informatie te vergaren bij bedrijven die zijn aangesloten bij

www.incontinentie.net en bij een aantal experts. De verantwoording staat in bijlage 4 van de verantwoording beschreven. In dit stuk wordt alleen ingegaan op de producten die ook beschikbaar zijn in de Nederlandse praktijk.

Algemene conditie van de huid

In de review van Hodgkinson et al. (2005) wordt een aantal studies beschreven over de effectiviteit van interventies op de algemene conditie van de huid. In één daarvan, namelijk een systematische review van (niet) gerandomiseerde trials (aantal deelnemers wordt niet benoemd; zowel vrouwen als mannen), werden producten gebruikt die in Nederland beschikbaar zijn.

In deze systematische review (patiënten met urine- en/of faecale incontinentie op verpleegafdelingen in een ziekenhuis) die in de review van Hodgkinson et al. (2005) wordt beschreven, werd de effectiviteit van incontinentie-absorptieproducten bij de preventie van verslechterde conditie van de huid bekeken. Hodgkinson et al. (2005) geven alleen aan dat het aannemelijk is dat het om oudere patiënten ging. Of ze hulpbehoevend waren wordt niet beschreven. Uitkomstmaten waren vermindering in de kwaliteit van de huid en veranderingen in kleur of integriteit van de huid. Hodgkinson et al. (2005) concluderen dat de resultaten van de review laten zien dat bij gebruik van wegwerpabsorptiemateriaal significant minder kans bestaat op vermindering van de kwaliteit van de huid dan bij wasbaar materiaal. De auteurs geven niet aan of in de review gepoolde resultaten werden beschreven.

Dermatitis (uitslag dan wel irritatie van de huid)

In de review van Hodgkinson et al. (2005) worden 1 RCT en 1 gecontroleerde trial beschreven, waarin bij in totaal 82 patiënten het effect van interventies op de preventie van incontinentiegerelateerde dermatitis werd onderzocht. Dermatitis werd gedefinieerd als uitslag of irritatie van de huid. Het geslacht en de vorm van incontinentie van de patiënten worden niet benoemd. De leeftijd is in 1 van de studies onbekend en in de andere 65 tot 105 jaar. Het is onduidelijk of de participanten van de beide studies kwetsbaar waren. In 1 van beide studies waren participanten patiënten van een geriatrische psychiatrische afdeling. De gehanteerde uitkomstmaten in de RCT waren kleur van de huid, veranderingen in de huidcellen en bacteriële kolonisatie, alle drie tekenen van irritatie van de huid (dermatitis). In de gecontroleerde trial werd dermatitis als uitkomstmaat gehanteerd. Follow up wordt niet beschreven. De RCT is van redelijke, en de gecontroleerde trial van lage kwaliteit.

In de RCT (67 participanten van 65 tot 105 jaar die allemaal inlegmateriaal gebruikten) werd het gebruik van Sudocrem® bij verschoning vergeleken met zinkoxide-crème. Op veranderingen in huidcellen of bacteriële kolonisatie werden geen significante verschillen gevonden. Bij gebruik van Sudocrem® was wel significant meer sprake van vermindering van roodheid van de huid dan bij zinkoxide-crème (RR 1.7; 95% CI 1.2 tot 2.6).

In de gecontroleerde trial (bij 15 patiënten van een geriatrische psychiatrische afdeling) werd een gestructureerd huidverzorgingsprotocol ingevoerd. Het protocol hield in dat door personeel na iedere incontinentie-episode een reinigingsproduct, een verzachtende crème en een verzachtende beschermende crème op de huid van bewoners werd aangebracht. Dit gebeurde op een afdeling waar daarvoor geen huidverzorging protocol bestond. Er werd geen verschil gevonden tussen deze interventie en de gewone zorg (zonder huidverzorgingsprotocol) wat betreft de enige uitkomstmaat, namelijk de incidentie van dermatitis (OR 1.0, 95% CI 0.06 tot 13.8).

Niveau 3	Er is bewijs gevonden dat bij het gebruik van wegwerpabsorptiemateriaal (bij ouderen) significant minder kans bestaat op vermindering van de kwaliteit van de huid dan bij wasbaar materiaal. Hodgkinson, 2005
----------	---

Niveau 3	Het gebruik van Sudocrem® vermindert roodheid van de huid (<i>dermatitis</i>) significant meer dan het gebruik van zinkoxide-crème. Op veranderingen in huidcellen of bacteriële kolonisatie werden geen significante verschillen gevonden tussen Sudocrème en zinkoxide-crème. Hodgkinson, 2005
----------	---

Niveau 3	Er is geen bewijs gevonden op basis waarvan geconcludeerd kan worden dat het na iedere incontinentie-episode volgens protocol aanbrengen van een reinigingsproduct, een verzachtende crème en een verzachtende beschermende crème op de huid de incidentie van <i>dermatitis</i> meer vermindert dan reguliere zorg (zonder protocol).
----------	--

Overige overwegingen

Over het incontinentie-absorptiemateriaal merken de experts op dat bij gebruik van wasbare producten vaak meer urine in aanraking komt met de huid dan bij wegwerpproducten, waardoor de huid eerder aangetast kan worden. Ze onderschrijven de conclusie dat gebruik van wegwerpmateriaal daarom de voorkeur verdient. Ze geven daarbij bovendien aan dat in de Nederlandse praktijk al (vrijwel) geen wasbaar materiaal wordt gebruikt en dat het ook steeds minder verkrijgbaar is.

Over de conclusie met betrekking tot zinkoxide-crème en Sudocrem® geven de experts aan dat Sudocrem® in de praktijk inderdaad goed werkt, echter dat zinkoxide, en meer specifiek zinkoxide-crème, soms toch de voorkeur krijgt. Ze geven aan dat dit komt doordat dit een neutrale zalf is en dat in Sudocrem® parfum verwerkt is. Ze geven daarom aan dat beide gebruikt kunnen worden na verschoning, maar dat men wel alert moet zijn op eventuele reacties op het parfum in de Sudocrem®.

De conclusie met betrekking tot het huidverzorgingsprotocol is moeilijk te interpreteren, omdat onduidelijk is wat nu precies aan huidverzorging werd gedaan voordat het protocol werd ingevoerd en bovendien niet helder is om welke reinigende, verzachtende en verzachtende beschermende producten het nu precies gaat.

De experts geven daarbij aan dat voor wat betreft huidverzorging de ervaring positief is met het goed schoonhouden van de huid, zonder zeep of met pH-neutrale zeep. Bovendien zijn ze positief over het gebruik van een zinkoxide-crème of een barrièrecrème na iedere incontinentie-episode, bij een intacte huid of een lichte tot felrode huid. Een barrièrecrème is een crème waarin vaak dimeticon (silicon) zit, of zinkoxide-crème en soms ook glycerine. Het rode van de huid moet eerst weggewerkt worden met een zinkoxide-crème. Daarna kan preventief barrièrecrème toe worden gepast.

Er bestaat verschil in herkenbaarheid van huidletsel, tussen blanke en donkere mensen. Bij blanke mensen is de geïrriteerde huid vaak rood en als je er op drukt wordt deze lichter. Bij donkere mensen is de geïrriteerde huid vaak lastiger te herkennen. Voelen aan de huid kan daarbij helpen: de huid is op de geïrriteerde plek vaak anders van structuur en temperatuur dan erom heen.

Het is van belang dat de huid goed schoon gemaakt wordt en dat er geen zeepresten achterblijven. Het is bovendien van belang dat de huid na het wassen goed droog gemaakt wordt. Hierbij moet men niet wrijven maar deppen.

Bij roodheid, en om roodheid te voorkomen, is het van belang bij verzadiging van het incontinentie-absorptiemateriaal (af te lezen aan de indicator) direct te verschonen (inclusief wassen, drogen en verzorgen). Gebruik indien nodig incontinentie-absorptiemateriaal met een groter absorptievermogen. Als (ook) sprake is van faecale incontinentie, is het belangrijk om direct na het incontinent zijn te verschonen en niet te wachten tot verzadiging van het materiaal.

Bij blijvende roodheid en ernstig huidletsel (geen geïrriteerde, maar echt kapotte huid), moet een wondconsulent, dermatoloog, dermatologieverpleegkundige, huisarts of specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd worden, afhankelijk van de setting waarin de patiënt zich bevindt.

Aanbevelingen

Doen	<p>Gebruik bij ouderen met urine-incontinentie wegwerp incontinentie-absorptiemateriaal en geen wasbaar incontinentie absorptiemateriaal om vermindering van de kwaliteit van de huid te voorkomen.</p> <p>Verschoon (inclusief wassen, drogen en verzorgen) direct bij verzadiging van het incontinentie-absorptiemateriaal (af te lezen aan de indicator). Gebruik indien nodig incontinentie-absorptiemateriaal met een groter absorptievermogen. Als (ook) sprake is van faecale incontinentie, is het belangrijk om direct na het incontinent zijn te verschonen en niet te wachten tot verzadiging van het materiaal.</p> <p>Bij het schoonhouden van de huid is het van belang dat er geen zeepresten achterblijven. Zorg bovendien dat de huid na het wassen goed droog gemaakt wordt, door middel van deppen en niet door middel van wrijven. Gebruik bij het schoonhouden van de huid geen of een pH neutrale zeep.</p> <p>Gebruik ter preventie van huidletsel na elke verschoning een vochtafstotend middel (bijvoorbeeld barrièrecrème). Gebruik een indrogend en vochtafstotend middel (bijvoorbeeld zinkoxide-crème en</p>
------	---

	<p>barrière crème) bij een licht tot donkerrood gekleurde huid die intact is. De interventie kan worden uitgevoerd door verpleegkundigen, verzorgenden en mantelzorg. Raadpleeg bij blijvende roodheid en ernstig huidletsel (niet intacte huid) een wondconsulent, dermatoloog, dermatologieverpleegkundige, huisarts of specialist ouderengeneeskunde, afhankelijk van de setting waarin de patiënt zich bevindt. Bij donkere mensen is de geïrriteerde rode huid vaak lastiger te herkennen. Voelen aan de huid kan helpen: de geïrriteerde huid is vaak anders van structuur en anders van temperatuur.</p>
--	---

7 Organisatie van zorg

Bij de beschrijving van de aanbevelingen in deze richtlijn, wordt al duidelijk welke rol de verschillende disciplines hebben in de zorg voor urine-incontinentie. Hier wordt nog eens kort aangegeven wat de onderscheidende rol is van deze disciplines en hoe ze elkaar aanvullen.

Onderscheidende rollen van de verschillende disciplines

Verpleegkundige, (eerstverantwoordelijke) verzorgende:

Deze disciplines hebben met name een rol in het signaleren van (het verergeren van) urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. Ze hebben bovendien een uitvoerende, ondersteunende en adviserende taak in hulp bij de toiletgang, zorg rondom incontinentie(materiaal) en leefstijl. Zo nodig wordt door hen de totale dagelijkse zorg rondom toiletgang en incontinentie overgenomen. Bij de diagnostische onderzoeken voeren zij (in opdracht van de arts) de volgende taken uit: bijhouden mictiedagboek, uitvoeren urine-onderzoek, afnemen vragenlijsten.

Aandachtsvelder continenzorg

Aandachtsvelders continenzorg hebben naast bovenstaande taken tevens de taak om deskundigheidsbevordering met betrekking tot incontinentie bij collega-verpleegkundigen en –verzorgenden te bevorderen. Zij zien ook toe op naleving van protocolafspraken op een unit of afdeling (onder andere meldingen van nieuwe of verergerde incontinentie aan een arts) en geven advies over gebruik van incontinentie-absorptiemateriaal en huidbeschermingsmiddelen aan de cliënt en hulpverlener. De aandachtsvelder kan een anamnese afnemen van de cliënt en op basis daarvan een advies geven. In complexe situaties en voor feedback op gegeven advies kan de aandachtsvelder een continenzieverpleegkundige, huisarts, specialist ouderengeneeskunde en/of fysiotherapeut consulteren.

Continentieverpleegkundige

Continentieverpleegkundigen hebben een rol in het verkrijgen van duidelijkheid over hoe binnen de zorgsetting met incontinentieproblematiek wordt omgegaan. Hierbij spelen de volgende vragen een rol. Zijn verantwoordelijkheden helder en zijn goede transferhulpmiddelen aanwezig? Wordt systematisch gewerkt aan de toiletgang en zijn er goede afspraken gemaakt met artsen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten? Continentieverpleegkundigen hebben bovendien een rol in het maken van instellingsbeleid en de invoering van richtlijnen omtrent de zorg voor urine-incontinentie. Ze zijn een vraagbaak voor collega's, mantelzorgers en patiënt en hebben een rol in het opleiden van onder andere aandachtsvelders continenzorg, over bijvoorbeeld continentiemateriaal. Ze signaleren problematiek, stellen probleemanalyses op en reiken strategieën aan de patiënt aan om met incontinentie om te gaan, incontinentie te verminderen of om continentie te behouden. Ze schrijven continentiemateriaal voor en geven uitleg over hoe dit aan te brengen. Ze bieden bovendien ondersteuning en motiveren bij het volhouden van bijvoorbeeld blaastraining of bekkenbodemspiertraining, ook in de thuissituatie. Ze hebben een rol in het bevorderen van de zelfstandigheid van de patiënt, bijvoorbeeld door het inschakelen van ergotherapeuten en fysiotherapeuten.

Een patiënt kan doorverwezen worden naar een continetieverpleegkundige, bijvoorbeeld door een huisarts, een fysiotherapeut of een collega-verpleegkundige of -verzorgende. Er kan ook consultatie plaatsvinden zonder verwijzing.

Master opgeleide verpleegkundige (verpleegkundig specialist/nurse practitioner)

Dit is een zorgprofessional die naast de algemene opleiding tot verpleegkundige een tweejarige opleiding op masterniveau heeft gevolgd. De functie van verpleegkundig specialist/nurse practitioner is onlosmakelijk verbonden met taakherschikking: structurele herverdeling van taken tussen verschillende beroepen. Verpleegkundig specialisten/nurse practitioners diagnosticeren en behandelen patiënten met enkelvoudige, veel voorkomende gezondheidsproblemen of, binnen een beperkt gebied, ook met gecompliceerde problemen. Klinisch handelen is het centrale taakgebied van verpleegkundig specialisten/nurse practitioners. Daarbij maken ze gebruik van wetenschappelijke kennis, klinische vaardigheden en een professionele attitude om binnen hun specialisme patiëntgerichte zorg te verlenen (VBOC, 2008).

Huisarts en specialist ouderengeneeskunde:

De huisarts en specialist ouderengeneeskunde hebben met name een rol in de diagnostiek en het voorschrijven van behandelingen bij de kwetsbare oudere met urine-incontinentie. Ook geven zij advies met betrekking tot het gebruik van incontinentie-absorptiemateriaal en met betrekking tot huidverzorging. De huisarts en specialist ouderenzorg kunnen de patiënt verwijzen naar o.a. de fysiotherapeut, continëntieverpleegkundige en/of specialist (uroloog of gynaecoloog) zie ook de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) (Faber et al., 2007).

Apotheker

De apotheker heeft een rol bij de medicatiebewaking en -begeleiding voor urine-incontinentie en let daarbij op wisselwerking met andere geneesmiddelen. Bij polyfarmacie evalueren ze regelmatig de medicatie in overleg met huisarts/specialist ouderengeneeskunde. Ze letten daarbij ook op geneesmiddelen die mogelijk urine-incontinentie verergeren of bewegingsvrijheid kunnen beperken (denk bijvoorbeeld aan middelen met versuffing als bijwerking). Daarnaast heeft de apotheker(assistent) een rol in de voorlichting over incontinentie-absorptiemateriaal en kan de apotheker zo nodig de continëntieverpleegkundige inschakelen.

(Bekken) fysiotherapeut

Voor de fysiotherapie wordt er onderscheid gemaakt in een algemeen fysiotherapeut en een bekkenfysiotherapeut. Een bekkenfysiotherapeut is een fysiotherapeut die is opgenomen in het register bekkenfysiotherapeuten. De belangrijkste rol van de (bekken)fysiotherapeut in de zorg voor vrouwen met urine-incontinentie ligt op het gebied van fysiotherapeutische diagnostiek en behandeling. De (bekken)fysiotherapeut dient te beschikken over aantoonbare specifieke kennis van, attitude tot en inzicht in vrouwen met urine-incontinentie. Het is van belang dat elke algemeen fysiotherapeut, niet zijnde een geregistreerd bekkenfysiotherapeut, bij elke aanmelding van een cliënt met symptomen behorend bij het gezondheidsprobleem urine-incontinentie, zich afvraagt of en in hoeverre hij deskundig is en in staat om de juiste en adequate zorg te verlenen. Hierbij dient de algemeen fysiotherapeut zich te spiegelen aan de deskundigheidseisen van de bekkenfysiotherapeut (zie KNGF richtlijn Stress urine-incontinentie, in ontwikkeling). Alleen een geregistreerd bekkenfysiotherapeut kan de patiënt *inwendig* onderzoeken en behandelen. Een patiënt kan verwezen worden naar de (bekken)fysiotherapeut, door bijvoorbeeld de huisarts, maar een patiënt kan (sinds januari 2006) ook zonder verwijzing naar de (bekken)fysiotherapeut in het kader van Directe Toegankelijkheid

Fysiotherapeuten (DTF).

In bijlage 6 wordt omschreven volgens welke stappen de zorg voor urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen volgens de experts georganiseerd zou moeten zijn.

8 Implementatie

In deze richtlijn wordt antwoord gegeven op een aantal uitgangsvragen (zie paragraaf 1.5) die zijn opgesteld op basis van ervaren knelpunten in de praktijk. De richtlijn geeft een overzicht van de effectiviteit van interventies op het gebied van diagnostiek, behandeling en de toiletgang. Op basis hiervan zijn in samenspraak met de expertgroep aanbevelingen geformuleerd. Van aantal aanbevelingen is door de expertgroep aangegeven dat die de meest essentiële zijn. Dit zijn de zogenaamde kernaanbevelingen (zie 'Kernaanbevelingen'). In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan een aantal aspecten met betrekking tot implementatie, te weten verspreiding van de richtlijn, voorwaarden voor implementatie, de implementatie zelf en criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.

Verspreiding

De richtlijn zal zijn te downloaden van de website van het LEVV en zal ook worden opgenomen in de databank van het LEVV. Ook zal de richtlijn te downloaden zijn van de websites van V&VN en V&VN Continentie Verpleegkundigen en Verzorgenden. Daarnaast zal in nieuwsbrieven aandacht worden besteed aan de richtlijn, evenals op congressen en symposia. Ook het schrijven van artikelen behoort tot de mogelijkheden om de richtlijn onder de aandacht te brengen.

Voorwaarden voor implementatie

Voordat wordt begonnen met de daadwerkelijke implementatie is een aantal zaken van belang. Het is belangrijk dat aan deze zaken aandacht wordt besteed om het implementeren zo succesvol mogelijk te laten verlopen. Allereerst is het belang dat alle betrokkenen inzien dat het implementeren van de richtlijn noodzakelijk is. Bijvoorbeeld omdat er veel cliënten zijn met urine-incontinentie of omdat één of meer aanbevelingen uit de richtlijn nog niet wordt toegepast. Met de betrokkenen worden zowel de verschillende disciplines bedoeld, zoals verzorgenden, verpleegkundigen, artsen, fysiotherapeuten, als het management. Verder is het van belang dat aan een aantal voorwaarden wordt voldaan voordat men begint met de daadwerkelijke implementatie:

- directie/management heeft goedkeuring gegeven om richtlijn te implementeren
- alle betrokken disciplines hebben zich uitgesproken om mee te werken
- er is voldoende budget
- er is voldoende personeel
- er is een voortrekker die inhoudelijk (met betrekking tot urine-incontinentie) goed op de hoogte is
- er is een zo breed mogelijk aanbod van incontinentie absorptiemateriaal
- er is voldoende tijd om interventies uit te voeren (onder andere 'toiletgang na attenderen' kost meer tijd)
- er is aansluiting bij het zorgleefplan

Eén van de interventies betreft 'toiletgang na attenderen'. Om deze interventie (vooral intramuraal) toe te kunnen passen is het van belang dat:

- er overdag voldoende personeel is om de interventie toe te passen
- er (afdelings)beleid wordt gemaakt hoe de interventie wordt toegepast. Dit betreft ook het geven van positieve feedback, geduld tonen, motiveren van de cliënt en de cliënt de mogelijkheid geven tussendoor naar het toilet te gaan als dat de cliënt aangeeft naar het toilet te moeten
- (toepassing van) de interventie regelmatig op afdelingsniveau geëvalueerd wordt, bijvoorbeeld tijdens werkoverleg
- het toilet voldoende is toegerust om hulp bij de toiletgang te bieden
- de interventie consequent wordt volgehouden

Het implementeren van de richtlijn

Voor het implementeren van de (kern)aanbevelingen uit de richtlijn is het van belang dat planmatig wordt gewerkt door een plan van aanpak te maken waarin alle implementatiestappen worden doorlopen. Het stellen van doelen en het opnemen van evaluatie- en communicatiemomenten zijn belangrijke onderdelen. Ook is het van belang dat iemand de implementatie coördineert. Dit is bij voorkeur iemand die vakinhoudelijke kennis heeft en kennis en vaardigheden met betrekking tot implementeren.

De eerste stap in het proces van implementeren is het uitvoeren van een contextanalyse. Hiermee wordt in kaart gebracht welke bevorderende en belemmerende factoren een rol spelen bij de implementatie van de richtlijn. Er kan bijvoorbeeld in kaart worden gebracht of er voldoende kennis aanwezig is over urine-incontinentie en de interventies die moeten worden toegepast. Is deze kennis aanwezig dan zal dit de implementatie bevorderen, is er onvoldoende kennis aanwezig dan kan dit de implementatie belemmeren. De volgende

stap is dat er activiteiten worden ingepland en uitgevoerd die zijn afgestemd op de gevonden bevorderende en belemmerende factoren. Komt bijvoorbeeld uit de contextanalyse dat er onvoldoende kennis is, dan is scholing van belang. Is er voldoende kennis aanwezig, dan heeft scholing minder zin. Het is ook van belang om meerdere activiteiten te plannen om de richtlijn te implementeren, alleen scholing is onvoldoende om de implementatie succesvol te laten zijn. Na verloop van tijd kan worden geëvalueerd of de doelstelling(en) gehaald is/zijn en moet zo nodig het plan van aanpak worden aangepast. Tijdens alle stappen is communicatie naar de medewerkers erg belangrijk. Voor de extramurale setting kan worden begonnen met implementeren in een werkgebied waar al goede samenwerking is tussen huisarts, bekkenfysiotherapeut, apotheek en continetieverpleegkundige.

Toetsen of de richtlijn wordt gevolgd

Zoals hierboven beschreven, moet worden geëvalueerd in hoeverre de richtlijn is geïmplementeerd, oftewel in hoeverre de aanbevelingen in de richtlijn worden uitgevoerd. Dit kan het meest eenvoudig door gebruik te maken van indicatoren. Er zijn al diverse indicatoren beschikbaar voor urine-incontinentie, te weten in het Verbeterd toetsingskader VV&T (Zichtbare zorg, 2010) en de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit van Maastricht. Momenteel zijn er indicatoren in ontwikkeling voor de richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen (LEV/CBO, in ontwikkeling), die deels ook van toepassing zijn op deze richtlijn.

Referenties

Abrams P, Freeman R, Anderstrom C, et al. Tolterodine, a new antimuscarinic agent: as effective but better tolerated than oxybutynin in patients with an overactive bladder. *British Journal of Urology* 1998;81(6):801-10.

Abrams P, Malone-Lee J, Jacquetin B, et al. Twelve-month treatment of overactive bladder: efficacy and tolerability of tolterodine. *Drugs and Aging* 2001;18(7):551-60.

Al Badr A, Ross S, Soroka D, et al. What is the available evidence for hormone replacement therapy in women with stress urinary incontinence? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC* 2003;25(7):567-74.

Alhasso AA, McKinlay J, Patrick K, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, issue 4. Art. No.: CD 003193. DOI: 10.1002/14651858.CD003193.pub3.

Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2004;291(14):1701-12.

Cardozo L, Lisek M, Millard R, et al. Randomized, double-blind placebo controlled trial of the once daily antimuscarinic agent solifenacin succinate in patients with overactive bladder. *Journal of Urology* 2004a;172(5 Part 1):1919-24.

Cardozo L, Lose G, McClish D, et al. A systematic review of the effects of estrogens for symptoms suggestive of overactive bladder. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004b;83(10):892-7.

Cardozo L, Rekers H, Tapp A, Barnick C, Sheperd A, Schussler B, Kerr-Wilson R, van Geelan J, Barlebo H, Walter S. Oestriol in the treatment of postmenopausal urgency: a multicentre study. *Maturitas* 1993;18(1): 47-53.

CBO. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007 (www.cbo.nl).

Chancellor M, Freedman S, Mitcheson HD, et al. Tolterodine, an effective and well tolerated treatment for urge incontinence and other overactive bladder symptoms. *Clinical Drug Investigation* 2000;19(2):83-91.

Chapple CR, Arano P, Bosch JL, et al. Solifenacin appears effective and well tolerated in patients with symptomatic idiopathic detrusor overactivity in a placebo- and tolterodine-controlled phase 2 dose-finding study.[erratum appears in *BJU Int.* 2004a May;93(7):1135]. *BJU International* 2004a;93(1):71-7.

Chapple CR, Martinez-Garcia R, Selvaggi L, et al. A comparison of the efficacy and tolerability of solifenacin succinate and extended release tolterodine at treating overactive bladder syndrome: Results of the STAR trial. *European Urology* 2005;48(3):464-70.

Chapple CR, Rechberger T, Al Shukri S, et al. Randomized, double-blind placebo- and tolterodine-controlled trial of the once-daily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder. *BJU International* 2004b;93(3):303-10.

Choi H, Palmer MH, Park J. Meta-analysis of Pelvic Floor Muscle Training. *Randomised Controlled Trials in Incontinent Women. Nursing Research* 2007 juli/august; 56(4): 226-234.

Davila GW, Daugherty CA, Sanders SW, et al. A short-term, multicenter, randomized double-blind dose titration study of the efficacy and anticholinergic side effects of transdermal compared to immediate release oral oxybutynin treatment of patients with urge urinary incontinence. *Journal of Urology* 2001;166(1):140-5.

Deskundigencommissie Incontinentie (DINC). *Attentie voor incontinentie*. 2006.

Dmochowski RR, Davila GW, Zinner NR, et al. Efficacy and safety of transdermal oxybutynin in patients with urge and mixed urinary incontinence. *Journal of Urology* 2002;168(2):580-6.

Dmochowski RR, Sand PK, Zinner NR, et al. Comparative efficacy and safety of transdermal oxybutynin and oral tolterodine versus placebo in previously treated patients with urge and mixed urinary incontinence. *Urology* 2003;62(2):237-42.

Drutz HP, Appell RA, Gleason D, et al. Clinical efficacy and safety of tolterodine compared to oxybutynin and placebo in patients with overactive bladder. *International Urogynecology Journal* 1999;10(5):283-9.

Du Moulin MFMT. *Urinary incontinence in primary care. Diagnosis and interventions.* Maastricht: Universitaire Pers Maastricht: 2008.

Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, et al. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause* 2004;11(1):49-56.

Eriksen PS; Rasmussen H. Low-dose 17 beta-estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a double-blind placebo controlled study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 1992;44(2):137-44.

Ersser SJK, Getliffe D, Voegeli, Regan S. A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing interventions. *Int. J. Nurs. Stud* 2005; 42 (7): 823-835.

Faber E, Custers JWH, Berghmans LCM, Van Dongen JJAM, Van Groeningen COM, Gruppig-Morel MHM, Hogen Esch FHA, Lagro-Janssen LM, Van Pinxteren B, Verstappen WHJM.. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Incontinentie voor urine. *Huisarts & Wetenschap* 2007;50(5):S9-S12

Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for light urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD001406. DOI: 10.1002/14651858.CD001406.pub2.

Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, issue 4. Art. No.: CD007408. DOI: 10.1002/14651858.CD007408.

Fantl JA, Bump RC, Robinson D, et al. Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. The Continence Program for Women Research Group. *Obstetrics and Gynecology* 1996;88(5):745-9.

Fantl JA, Cardozo L, McClish DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta analysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstetrics and Gynecology* 1994;83(1):12-18.

Gezondheidsraad van Nederland. Urine-incontinentie. Den Haag. Gezondheidsraad van Nederland. 2001.

Giannitsas K, Perimenis P, Athanasopoulos A, et al. Comparison of the efficacy of tolterodine and oxybutynin in different urodynamic severity grades of idiopathic detrusor overactivity. *European Urology* 2004;46(6):776-82.

Goldstein SR, Johnson S, Watts NB, et al. Incidence of urinary incontinence in postmenopausal women treated with raloxifene or estrogen. *Menopause* 2005;12(2):160-4.

Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, et al. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstetrics and Gynecology* 2001;97(1):116-20.

Haab F, Cardozo L, Chapple C, et al. Long-term open-label solifenacin treatment associated with persistence with therapy in patients with overactive bladder syndrome. *European Urology* 2005;47(3):376-84.

Haab F, Stewart L, Dwyer P. Darifenacin, an M3 selective receptor antagonist, is an effective and well-tolerated once-daily treatment for overactive bladder. *European Urology* 2004;45(4):420-9.

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. IUGLA/ICS, 2009.

Hay Smith EJC, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.

Henalla SM, Hutchins CJ, Robinson P, et al. Non-operative methods in the treatment of female genuine stress incontinence of urine. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1989;9(3):222-5.

Hendriks EJM, Bernards A, Staal B, de Vet H, de Bie R. Factorial validity and internal consistency of the PRAFAB questionnaire in women with stress urinary incontinence. *BMC Urology* 2008; 8:1.

Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2005;293(8):935-48.

Hodgkinsons B, Nay R, Wilson J. A systematic review of topical skin care in aged care facilities. *Journal of Clinical Nursing* 2006 april; 16: 129-136.

Homma Y, Paick JS, Lee JG, et al. Clinical efficacy and tolerability of extended-release tolterodine and immediate-release oxybutynin in Japanese and Korean patients with an overactive bladder: a randomized, placebo-controlled trial. *BJU International* 2003;92(7):741-7.

Houten van P. The relationship between incontinence, toileting skills and morbidity in nursing homes. *Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam*, 2008.

Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *Heart and*

Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA: the journal of the American Medical Association 1998;280(7):605–13.

Hunter KF, Moore KN, Glazener CMA. Conservative management for prostatectomy urinary incontinence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD001843. DOI: 10.1002/14651858. CD001843.pub3.

International Continence Society (ICS). ICI book, 2009.

Jackson S, Shepherd A, Brookes S, et al. The effect of oestrogen supplementation on post-menopausal urinary stress incontinence: a double-blind placebo-controlled trial. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999;106(7):711–18.

Jacquetin B and Wyndaele J. Tolterodine reduces the number of urge incontinence episodes in patients with an overactive bladder. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 2001;98(1):97-102.

Jeong GL, Jae YH, Myung-Soo C, et al. Tolterodine: As effective but better tolerated than oxybutynin in Asian patients with symptoms of overactive bladder. International Journal of Urology 2002;9(5):247-52.

Jonas U, Hofner K, Madersbacher H, et al. Efficacy and safety of two doses of tolterodine versus placebo in patients with detrusor overactivity and symptoms of frequency, urge incontinence, and urgency: urodynamic evaluation. The International Study Group.[erratum appears in World J Urol 1997;15(3):210]. World Journal of Urology 1997;15(2):144-51.

Kelleher CJ, Kreder KJ, Pleil AM, et al. Long-term health-related quality of life of patients receiving extended-release tolterodine for overactive bladder. American Journal of Managed Care 2002;8(19):S608-S615.

Khullar V, Hill S, Laval KU, et al. Treatment of urge-predominant mixed urinary incontinence with tolterodine extended release: a randomized, placebo-controlled trial. Urology 2004;64(2):269-74.

Kok RM, Verhey FRJ, Schmand B. Meetinstrumenten bij cognitieve stoornissen. 2004. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46 (10): 665-670.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Stress Urine-incontinentie. In druk.

Kreder K, Mayne C, Jonas U. Long-term safety, tolerability and efficacy of extended-release tolterodine in the treatment of overactive bladder. European Urology 2002;41(6):588-95.

Landis JR, Kaplan S, Swift S, et al. Efficacy of antimuscarinic therapy for overactive bladder with varying degrees of incontinence severity. Journal of Urology 2004;171(2 Part 1):752-6.

Latthe PM, Foon R, Khan K. Nonsurgical treatment of stress urinary incontinence (SUI): grading of evidence in systematic reviews. An international journal of obstetrics and gynaecology 2008; 115: 435- 444.

Leung HY, Yip SK, Cheon C, et al. A randomized controlled trial of tolterodine and oxybutynin on tolerability and clinical efficacy for treating Chinese women with an overactive bladder. BJU International 2002;90(4):375-80.

LEVV/CBO. Richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen. Utrecht, in ontwikkeling

Lose G, Jorgensen L, Thunedborg P. 24-hour home pad weighing test versus 1-hour ward test in the assessment of mild stress incontinence. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1989;68(3):211-15.

Lose G, Englev E. Oestradiol-releasing vaginal ring versus oestriol vaginal pessaries in the treatment of bothersome lower urinary tract symptoms. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000;107(8):1029-34.

MacDonald R, Fink HA, Huckabay C, Monga M, Wilt TJ. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy. A systematic review of effectiveness. *BJU International* 2007 januari; 100: 76-81.

Malone-Lee J, Shaffu B, Anand C, et al. Tolterodine: superior tolerability than and comparable efficacy to oxybutynin in individuals 50#years old or older with overactive bladder: a randomized controlled trial. *Journal of Urology* 2001b;165(5):1452-6.

Malone-Lee JG, Walsh JB, Maugourd MF. Tolterodine: a safe and effective treatment for older patients with overactive bladder. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001a;49(6):700-5.

Meyhoff HH, Gerstenberg TC, Nordling J. Placebo--the drug of choice in female motor urge incontinence? *British Journal of Urology* 1983;55(1):34-7.

Milani R, Scalabrino S, Carrera S, et al. Comparison of flavoxate hydrochloride in daily dosages of 600 versus 1200#mg for the treatment of urgency and urge incontinence. *Journal of International Medical Research* 1988;16(3):244-8.

Milani R, Scalabrino S, Milia R, et al. Double-blind crossover comparison of flavoxate and oxybutynin in women affected by urinary urge syndrome. *International Urogynecology Journal* 1993;4(1):3-8.

Millard R, Tuttle J, Moore K, et al. Clinical efficacy and safety of tolterodine compared to placebo in detrusor overactivity. *Journal of Urology* 1999;161(5):1551-5.

Ministry of Health (MOH). *Nursing Management of Patients with Urinary Incontinence*, 2003.

Moehrer B, Hextall A, Jackson S. Oestrogens for urinary incontinence in women. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software

Molander U, Milsom I, Ekelund P, et al. Effect of oral oestriol on vaginal flora and cytology and urogenital symptoms in the postmenopause. *Maturitas* 1990;12(2):113–20.

Nabi G, Cody JD, Ellis G, Herbison P, Hay-Smith J. Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003781. DOI: 10.1002/14651858.CD003781.pub2

Nahon U, Dorey G, Waddington G, Adams R. Systematic Review of the Treatment of Prost-Prostatectomy Incontinence. *Urologic Nursing* 2006 december; 26 (6): 461-482.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women, 2006.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standaard Incontinentie voor urine. M46. 2006.

Nederlandse Vereniging Verpleeghuisartsen (NVVA). Richtlijn urineweginfecties, 2006.

Ostaszkiwicz J, Chestneay T, Roe B. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004b, Issue 2. Art. No.: CD002801. DOI: 10.1002/14651858. CD002801.pub2.

Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004a, Issue 1. Art. No.:CD002802. DOI: 10.1002/14651858.CD002802.pub2.

Ostaszkiwicz J, Roe B, Johnston L. Effects of timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. A systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2005 april; 52 (4): 420-431.

Ouslander JG, Greendale GA, Uman G, et al. Effects of oral estrogen and progestin on the lower urinary tract among female nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49(6):803–7.

Ouslander JG, Griffiths PC, McConnell E, Riolo L, Kutner M, Schnelle J. Functional incidental training: a randomized, controlled, crossover trial in Veterans Affairs nursing

homes. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(7):1091-1100.

Ouslander JG, Griffiths P, McConnell E, Riolo L, Schnelle J. Functional Incidental Training: applicability and feasibility in the Veterans Affairs nursing home patient population. *J Am Med Dir Assoc* 2005; 6(2):121-127.

Pleil AM, Reese PR, Kelleher CJ, et al. Health-related quality of life of patients with overactive bladder receiving immediate-release tolterodine. *Hepac: Health Economics in Prevention and Care* 2001;2(2):69-75.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting continence using prompted voiding, 2005.

Roe B, Milne J, Ostaszkievicz J, Wallace S. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults. A synopsis of findings on theory and methods using metastudy techniques. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 57 (1): 15-31.

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2002;288(3):321-33.

Roxburgh C, Cook J, Dublin N. Anticholinergic drugs versus other medications for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003190. DOI: 10.1002/14651858.CD003190.pub4.

Rufford J, Hextall A, Cardozo L, et al. A double-blind placebo-controlled trial on the effects of 25 mg estradiol implants on the urge syndrome in postmenopausal women. *International Urogynecology Journal* 2003;14(2):78-83.

Samsioe G, Jansson I, Mellstrom D, et al. Occurrence, nature and treatment of urinary incontinence in a 70-year-old female population. *Maturitas* 1985;7(4):335-42.

Schnelle JF, MacRae PG, Ouslander JG, Simmons SF, Nitta M. Functional Incidental Training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(12):1356-1362.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline, 2004.

Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic Review. Randomized, Controlled Trials of Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women. *Annals of Internal Medicine* 2008 March; 48 (6): 459-475.

Simunic V, Banovic I, Ciglar S, et al. Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003;82(2):187-97.

Steers W, Corcos J, Foote J, et al. An investigation of dose titration with darifenacin, an M3-selective receptor antagonist. *BJU International* 2005;95(4):580-6.

Swift S, Garely A, Dimpfl T, et al. A new once-daily formulation of tolterodine provides superior efficacy and is well tolerated in women with overactive bladder. *International Urogynecology Journal* 2003;14(1):50-4.

Teunissen TAM, de Jonge A, van Weel C, Lagro-Janssen ALM. Treating urinary incontinence in the elderly. Conservative measures that work. A systematic review. *The Journal of Family Practice* 2004 januari; 53 (1): 25- 32).

Thomas LH, Barrett J, French B, Leathley M, Sutton CJ, Watkins C. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008. Issue 1. Art. No.: CD004462. DOI: 10.1002/14651858. CD004462.pub3.

The AGREE Collaboration. 2001. Appraisal of guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org.

TNO. Ontwikkeling en evaluatie van het incontinentie trainingsprogramma INCOnditie voor vrouwen in verzorgingshuizen. TNO, 2004.

Universiteit Maastricht, Department of Health Care and Nursin Science. Landelijke Prevalentiemeting zorgproblemen. Rapportage resultaten 2008. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2008.

Universitair Netwerk Ouderen-VUmc. UNCO-MOB. 2008. Beschikbaar via www.vumc.nl/afdelingen/UNO.

Van Kerrebroeck P, Kreder K, Jonas U, et al. Tolterodine once-daily: superior efficacy and tolerability in the treatment of the overactive bladder. *Urology* 2001;57(3):414-21.

Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer K. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art.No.: CD001308. DOI:10.1002/14651858.CD001308.pub2.

Walter S, Wolf H, Barlebo H, et al. Urinary incontinence in postmenopausal women treated with oestrogens. *Urologia Internationalis* 1978;33:135-43.

Wilson PD, Faragher B, Butler B, et al. Treatment with oral piperazine oestrone sulphate for genuine stress incontinence in postmenopausal women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1987;94(6):568-74.

Zinner NR, Mattiasson A, Stanton SL. Efficacy, safety, and tolerability of extended-release once-daily tolterodine treatment for overactive bladder in older versus younger patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002;50(5):799-807.

Zinner N, Susset J, Gittelman M, et al. Efficacy, tolerability and safety of darifenacin, an M(3) selective receptor antagonist: an investigation of warning time in patients with OAB. *International Journal of Clinical Practice* 2006;60(1):119-26.

Zichtbare zorg. Kwaliteitskader verantwoorde zorg. Den Haag: Stuurgroep kwaliteitskader VV&T, 2010

Bijlagen

Bijlage 1 Factoren losstaand van de functie van de blaas, die kunnen bijdragen aan incontinentie

Tabel 1 Beperkte functie en omgevingsfactoren

Conditie	Opmerking	Implicaties voor management
<u>Beperkte functie:</u> Beperkte mobiliteit dan wel beperkte cognitie	Beperkte mobiliteit dan wel cognitie kan interfereren met de mogelijkheid om onafhankelijk naar het toilet te gaan en incontinentie veroorzaken dan wel verergeren. (zie paragraaf 2.6 voor meetinstrumenten)	Reguliere toiletondersteuning is essentieel voor de patiënten die te maken hebben met ernstig beperkte mobiliteit of cognitie.
<u>Omgevingsfactoren</u> - Niet toegankelijkheid van het toilet, dan wel onveilige toiletfaciliteiten - Kleding met bijvoorbeeld knopen en ritsen. - Niet beschikbaar zijn van zorgverleners of ondersteuning bij de toiletgang, of niet de mogelijkheden hebben om gemakkelijk hulp in te roepen.	- Kwetsbare, functioneel beperkte patiënten, hebben toegankelijke, veilige toiletfaciliteiten nodig. - Met name bij mensen die zelfstandig naar het toilet gaan, kan bepaalde kleding (bijvoorbeeld met knopen en ritsen) de toiletgang bemoeilijken. - In veel gevallen is assistentie van anderen nodig, om continent te kunnen zijn. Daarbij kan te weinig kracht om hulp in te roepen, bijvoorbeeld door middel van het drukken op een knop of het trekken aan een touwtje, problemen opleveren.	- Aanpassingen in de omgeving kunnen noodzakelijk zijn. - Aanpassingen in de kleding kunnen noodzakelijk zijn. - Tijdige ondersteuning bij de toiletgang is van essentieel belang. Evenals de mogelijkheid voor de patiënt om hulp te kunnen invoeren.

Tabel 2 Mogelijke aandoeningen bij kwetsbare ouderen met urine-incontinentie en de implicaties ervan

Aandoening	Opmerking	Implicatie voor behandeling
Diabetes	Slechte behandeling van de ziekte kan polyuria veroorzaken en incontinentie verergeren. Therapietrouw en juiste instelling van diabetesmedicatie is belangrijk.	Goede beheersing van diabetes vermindert osmotische diurese en daarmee samenhangende polyuria waardoor incontinentie verbetert.
Reuma	Kan pijn veroorzaken en de mobiliteit verminderen.	Optimaal medicamenteus- en niet medicamenteus pijnmanagement kan de mobiliteit en daarmee de mogelijkheid tot toiletgang vergroten.
COPD en astma	Kan mobiliteit verminderen. Kan bovendien hoesten veroorzaken.	Juiste behandeling vergroot mobiliteit en vermindert hoesten.
Hartfalen	Verhoogde productie van urine tijdens de nacht, door o.a. diuretica gebruik, kan bijdragen aan nachtplassen en incontinentie. (Bij gebruik van furosemide begint de urineproductie na 30-60 min en houdt 4-8 uur aan.) Tevens kan hartfalen immobiliteit in de hand werken en de conditie verminderen, waardoor de gang naar de toilet beperkt wordt.	Het optimaliseren van medicamenteus management van hartfalen, restrictie van natrium, ondersteunende broekjes, het omhoog houden van de benen, en in de ochtend een dosis snel werkende diureticum, kan polyuria tijdens de nacht en het daarmee samenhangende nachtplassen en incontinentie tijdens de nacht verminderen. Bij de behandeling van de incontinentie moet rekening gehouden worden met een verminderde conditie.
Slaap apneu	Dit kan de urine productie tijdens de nacht vergroten door de productie van atrial natriuretisch peptide te verhogen.	Diagnose en behandeling van slaap apneu, vaak met hulpmiddelen voor continue positieve luchtwegdruk, kan de conditie verbeteren en polyuria tijdens de nacht en het daarmee samenhangende nachtplassen en incontinentie verminderen.
Ernstige constipatie en faecale impactie	Dit hangt samen met urine-incontinentie.	Gebruik wanneer noodzakelijk middelen die de feces verzachten en laxerende middelen. Adequate vochtinname en oefeningen zijn van belang. Wanneer noodzakelijk impactie wegnemen.
Beroerte	Kan aandrangincontinentie veroorzaken en in mindere mate urine retentie; kan ook de mobiliteit beperken.	Incontinentie na een acute beroerte verdwijnt vaak met revalidatie; bij aanhoudende incontinentie moet verder geëvalueerd worden. Reguliere hulp bij de toiletgang is essentieel voor de mensen met aanhoudende beperkte mobiliteit.

Parkinson	Hangt samen met aandrangincontinentie; kan ook beperkte mobiliteit en cognitieve veroorzaken.	Het optimaliseren van de beheersing van de ziekte kan de mobiliteit genoeg verbeteren om ook verbeteringen in de incontinentie te veroorzaken.
Normal Pressure Hydrogethalus (NPH)	Kan samengaan met incontinentie; door beperkte cognitieve en loopstoornissen.	Bij patiënten die te maken hebben met deze symptomen, zouden beeldvormende technieken overwogen moeten worden om deze aandoening uit te sluiten. Soms is het met een ventriculo peritoneale shunt te behandelen.
Dementie	Dit hangt samen met aandrangincontinentie, beperkte cognitieve apraxie, en apathie; interfereert met de toiletgang en hygiëne.	Reguliere hulp bij de toiletgang is essentieel voor mensen met beperkte mobiliteit en cognitieve.
Depressie	Dit kan de motivatie van de patiënt om continent te worden verminderen; het kan echter ook een consequentie zijn van incontinentie.	Het optimaliseren van medicamenteus- en niet medicamenteus beheersen van depressie kan incontinentie verbeteren.
Delier	Bij plotselinge verwardheidstoestand, is men zich vaak niet meer bewust van wat men moet doen, waardoor men niet (tijdig) naar de toilet gaat.	Medicatie kan delier doen verbleken, waardoor urine-incontinentie ook verbetert.
Fracturen	Deze beperken de mobiliteit waardoor de toiletgang wordt bemoeilijkt.	Wanneer fracturen behandeld worden, kan de mobiliteit worden verbeterd, wat de toiletgang ten goede komt.

Tabel 3 Medicatie die incontinentie kan veroorzaken of verergeren

Medicatie met een parasympatholytisch effect	Effect op incontinentie
<i>Tricyclische antidepressiva</i> amitriptyline, clomipramine, desipramine, imipramine, maprotiline, nortriptyline	Zorgen voor relaxatie van de blaas, wat urineretentie kan veroorzaken. Bovendien kan het geheugen- en concentratiestoornissen en verwardheid tot gevolg hebben, waardoor de gang naar de toilet wordt belemmerd.
<i>Antihistaminica</i> alimemazine, cinnarizine, clemastine, cyclizine, cyproheptadine, dexchlorfeniramine, dimentindeen, hydroxyzine, ketotifen, mebhydroline, meclozine, oxomemazine, promethazine, triplennamine	Kan zorgen voor relaxatie van de blaas, wat urineretentie kan veroorzaken. Bovendien kan het geheugen- en concentratiestoornissen en verwardheid tot gevolg hebben, waardoor de gang naar de toilet wordt belemmerd.
<i>Parasympatholytische parkinsonmiddelen</i> biperideen, dextimide, orfenadrine, trihexyfenidyl	Kan zorgen voor relaxatie van de blaas, wat urineretentie kan veroorzaken. Bovendien kan het geheugen- en concentratiestoornissen en verwardheid tot gevolg hebben, waardoor de gang naar de toilet wordt belemmerd.
<i>Antipsychotica</i> chloorpromazine, chloorprotixeen, clozapine, dosulepine, doxepine, levomepromazine, olanzapine, perfenazine,	Kan zorgen voor relaxatie van de blaas, wat urineretentie kan veroorzaken. Bovendien kan het geheugen- en concentratiestoornissen en verwardheid tot gevolg

sulpiride, thioridazine, tiapride	hebben. Tenslotte beperkte mobiliteit. Dit alles kan de gang naar de toilet belemmeren.
<i>Urologische parasymphaticolytica</i> darifenacine, fesoterodine, flavoxaat, oxybutynine, solifenacine, tolterodine	In sommige gevallen worden deze medicijnen op indicatie gebruikt voor de behandeling van urine-incontinentie. Deze medicijnen kunnen echter ook urine retentie veroorzaken en invloed hebben op de cognitie, waardoor urine-incontinentie kan worden veroorzaakt.
<i>Overige middelen met parasymphaticolytische (bij)werking</i> atropine, belladonna, cyclopentolaat, depropine, disopyramide, glycopyrronium, homatropine, ipratropium, papaverine, thiazinamium, tropicamide	Kan zorgen voor relaxatie van de blaas, wat urineretentie kan veroorzaken. Bovendien kan het geheugen- en concentratiestoornissen en verwardheid tot gevolg hebben, waardoor de gang naar het toilet wordt belemmerd.
Andere medicatie	Effect op incontinentie
<i>Diuretica</i> o.a. furosemide, bumetanide	Kan polyuria (verhoogde urineproductie) veroorzaken. Dient niet vlak voor de nacht ingenomen te worden.
<i>Alfa-symphaticomimetica</i> fenylefrine, midodrine, nafazoline, oxymetazoline, xylomethazoline	Kan urineretentie veroorzaken.
<i>Betasymphaticomimetica</i> (glaucoomduppels)	Deze kunnen urineretentie veroorzaken.
<i>Alfa sympatholytica</i> alfuzosine, doxazosine, prazosine, tamsulosine, terazosine, urapidil	Verlagen tonus interne sfincter, kan resulteren in een kleine blaasvulling en kan stressincontinentie veroorzaken.
<i>Sedativa en hypnotica</i> alprazolam, bromazepam, brotizolam, chloordiazepoxide, clobazam, clonazepam, clorapinezuur, diazepam, flunitrazepam, flurazepam, lopraxolam, lorazepam, lormetazepam, midazolam, nitrazepam, oxazepam, prazepam, temazepam, zolpidem, zopiclon	Kan verwardheid en sufheid veroorzaken. Bovendien beperkte mobiliteit, waardoor de gang naar het toilet wordt belemmerd.
<i>Calciumantagonisten (* itt parasymphatholytica treden problemen in veel mindere mate op, maar het kan een oorzaak zijn van incontinentie)</i> amlodipine, barnidipine, diltiazem, felodipine, irsapidine, lacidipine, lercanidipine, nicardipine, nifedipine, nimodipine, nitrendipine, verapamil	Kan verlaagde contractie van de blaas veroorzaken waardoor urineretentie kan ontstaan. Kan bovendien constipatie veroorzaken.
<i>Opioiden (* itt parasymphatholytica treden problemen in veel mindere mate op, maar het kan een oorzaak zijn van incontinentie)</i> alfentanil, buprenorfine, codeïne, dextromoramide, dextropropoxyfeen, fentanyl, hydromorfon, methadone, mofrine, nalbufine, nicomorfine, oxycodon, pentazocine, pethidine, piritramide, remifentanil, sufentanil, tramadol	Verlagen contractie blaaspijper, waardoor urine retentie kan ontstaan. Ook kan het constipatie, verwarring en beperkte mobiliteit veroorzaken. Ook kan het sedatie (verminderd bewustzijn) veroorzaken. De gang naar het toilet kan worden belemmerd.
<i>ACE-remmers (A-II-remmers veroorzaken minder hoesten)</i> benazepril, captopril, cilazapril, enalapril, fosinopril, lisonopril, perindopril, quinapril, ramipril, trandolapril, zofenapril	Kan hoesten veroorzaken en stressincontinentie verergeren.

Bijlage 2 Voorbeeld van een mictiedagboek (TNO, 2004)

	Toiletbezoek (TIJDSTIP)	Vochtgebruik (hoeveelheid keer soort)*	Urine verlies		Absorptiemateriaal (Verschoning)***
			Hoeveelheid (1,2,3)**	Oorzaak (1-6)***	
1 uur					
2 uur					
3 uur					
4 uur					
5 uur					
6 uur					
7 uur					
8 uur					
9 uur					
10 uur					
11 uur					
12 uur					
13 uur					
14 uur					
15 uur					
16 uur					
17 uur					
18 uur					
19 uur					
20 uur					
21 uur					
22 uur					
23 uur					
24 uur					

* Vochtgebruik:Bijvoorbeeld 1 kop thee, 1 mok melk, 1 soepkom soep, 1 glas wijn, 1 stuk fruit,1 toetje.

** Hoeveelheid urine verlies: 1=weinig (enkele druppeltjes), 2= een beetje (bijvoorbeeld vochtig ondergoed), 3= behoorlijk (bijvoorbeeld kleding verwisselen noodzakelijk

*** Oorzaak verlies: 1=geen controle over plas, 2= plotselinge activiteit (opstaan, niezen, hoesten), 3= plotseling oncontroleerbare aandrang, 4= te laat bij toilet, 5= anders, namelijk 6, weet ik niet.

**** Absorptiemateriaal: geef het met een kruisje aan als op een bepaald uur van de dag materiaal verschoond is.

Eventuele opmerkingen:

Bijlage 3 Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination
 (Bron: www.hulpgids.nl www.hulpgids.nl) © RM Kok, FRJ Verhey, 2002)

Naam patiënt :

Datum invullen:

Naam invullen:

Ik ga u nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijke antwoorden te geven.

	noteer antwoord	Score
1.	a. Welk jaar is het? b. Welke seizoen is het? c. Welke maand van het jaar is het? d. Wat is de datum vandaag? e. Welke dag van de week is het?	(0-5)
2	a. In welke provincie zijn we nu? b. In welke plaats zijn we nu? c. Wat is de naam van dit ziekenhuis? d. Wat is de naam van deze afdeling? e. Op welke verdieping zijn we nu?	(0-5)
3	Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen. (Noem "appel, sleutel, tafel", neem 1 seconde per woord) (1 punt voor elk goed antwoord, herhaal maximaal 5 keer tot de patiënt de drie woorden weet)	(0-3)
4	Wilt u van de 100, zeven aftrekken en van wat overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? (Herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd) Noteer hier het antwoord. of Wilt u het woord "worst" achterstevoren spellen? Noteer hier het antwoord.	(0-5)
5.	Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist. (Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-3)
6	Wat is dit? En wat is dat? (Wijs een pen en een horloge aan. Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-2)
7	Wilt u de volgende zin herhalen: " Nu eens dit en dan weer dat ". (Eén punt als de complete zin goed is)	(0-1)
8	Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat? (papier met daarop in grote letters: "Sluit uw ogen")	(0-1)

9	Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? (Eén punt voor iedere goede handeling).	(0-3)
10	Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? (Eén punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde heeft en betekenis heeft).	(0-1)
11	Wilt u deze figuur natekenen? (Figuur achterop dit papier. Eén punt als figuur geheel correct is nagetekend. Er moet een vierhoek te zien zijn tussen de twee vijfhoeken)	(0-1)
Totale score*		0-30

* een score van 24 of minder geeft aan dat er sprake kan zijn van cognitieve problemen.

Bijlage 4 Vragenlijsten met de status 'sterk aanbevolen'

Gecombineerde lijst symptoomscore urine-incontinentie en impact ervan op kwaliteit van leven

Mannen en vrouwen: ICIQ
Vrouwen: Bristol Female LUTS- SF
SUIQQ
Mannen: ICS male SF

Gecombineerde lijst symptoomscore OAB en impact ervan op kwaliteit van leven

Mannen en vrouwen: OAB-q

Symptomen van urine-incontinentie

Vrouwen: UDI
UDI-6
ISI
BFLUTS
Mannen: ICS male- voornamelijk LUTS
DAN-PSS-voornamelijk LUTS

De impact van urine-incontinentie op de kwaliteit van leven

Mannen en vrouwen: I-QOL
SEAPI- QMM
Vrouwen: KHQ
IIQ
IIQ-7
UISS
CONTILIFE

Bijlage 5 PRAFAB

	Score	
Bescherming (PROTECTION) 1 Voor mijn urineverlies gebruik ik nooit verband. 2 Af en toe gebruik ik verband of moet ik mijn ondergoed verschonen. 3 Als regel draag ik verband of verschoon ik mijn ondergoed meermalen per dag. 4 Ik moet altijd verband gebruiken voor mijn incontinentie.	<input type="checkbox"/>	
Hoeveelheid (AMOUNT) 1 Het urineverlies is slechts een druppeltje. 2 Ik verlies ook wel eens een scheutje. 3 Het urineverlies is zo groot dat het mijn verband en/of kleren flink nat maakt. 4 Het urineverlies is zo groot dat het verband doorweekt raakt en/of er doorheen lekt.	<input type="checkbox"/>	
Frequentie (FREQUENCY) onvrijwillig urineverlies treedt bij mij op: 1 Eens per week of minder. 2 Meer dan eens maar minder dan drie keer per week. 3 Elke dag.	<input type="checkbox"/>	
Subscore "urineverlies" =PROTECTION+ AMOUNT+ FREQUENCY		<input type="checkbox"/>
Aanpassing (ADJUSTMENT) door mijn urineverlies: 1 Laat ik mij niet hinderen in mijn dagelijkse leven. 2 Ben ik gestopt met sommige activiteiten, zoals sport en andere zware lichamelijke activiteiten. 3 Ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die onvrijwillige urineverlies veroorzaken. 4 Kom ik de deur bijna niet meer uit.	<input type="checkbox"/>	

Lichaamsbeeld (BODY IMAGE)		
1 Mijn urineverlies kan me eigenlijk niets schelen.		
2 Ik vind het vervelend en lastig, maar ik zit er niet echt mee.	<input type="checkbox"/>	
3 Ik vind mijn urineverlies vies.		
4 Ik walg van mezelf door mij urineverlies.		
Subscore "impact" = ADJUSTMENT+ BODY IMAGE		<input type="checkbox"/>
Totaal score PRAFAB= subscore 'urineverlies'+ subscore 'impact'		<input type="checkbox"/>

Toelichting:

Voor ieder onderdeel (PROTECTION, AMOUNT, FREQUENCY, ADJUSTMENT en BODY IMAGE) is een score van 1 tot 4 mogelijk. Vul achter ieder onderdeel een score van 1, 2, 3 of 4 in, afhankelijk van welke stelling het meeste van toepassing is op u. De totale score is de som van de scores op de 5 onderdelen. De minimum score is dan 5 en de maximale 20. Een hoge PRAFAB-score (>14 punten) lijkt een redelijk betrouwbare indicatie te zijn voor een ernstig urineverlies. Een lagere score sluit echter een ernstig urineverlies niet uit.

Bijlage 6 Stappenplan zorg rondom urine-incontinentie

Diagnostiek/anamnese

Wanneer:

- bij opname
- bij ontstaan UI
- bij verslechtering UI (inclusief overgang naar dubbele incontinentie)

Altijd doen:

- Anamnese gericht op UI
- Mictiedagboek
- Nagaan factoren die van invloed zijn op UI: lichamelijke en cognitieve beperkingen, omgeving, aandoeningen, medicatie
à zie bijlage 1 in richtlijn
- Nagaan ernst en impact UI
- Urine onderzoek

Afhankelijk van klachten

- Urinekweek
- Meten residu na plassen

Behandeling

Altijd doen:

- Geven van leefstijladviezen

Afhankelijk van diagnostiek/anamnese en soort UI

- Bekkenbodemspiertraining (bij SUI)
- Blaastraining (bij UUI)
- Behandeling d.m.v. medicatie (bij UUI)

Interventies gericht op de toiletgang

Altijd doen:

- Toiletgang na attenderen
- Instructies over toilethouding en uitplassen
- (Advies over) gebruik incontinentie absorptiemateriaal
- Huidverzorging