

TNO Preventie en Gezondheid

# Aard, omvang en behandeling van ongewild urineverlies in verzorgingshuizen

*aanzet tot een protocol*

10%

35%

50%

5%

Auteurs:

P.G.M. Staats

E. Tak

M. Hopman-Rock





# **AARD, OMVANG EN BEHANDELING VAN ONGEWILD URINEVERLIES IN VERZORGINGSHUIZEN**

*Aanzet tot een protocol*

P.G.M. Staats  
E.Tak  
M. Hopman-Rock

Dit onderzoek is uitgevoerd met financiële steun van de Stichting Looscofonds TNO.

**Uitgave:**

TNO Preventie en Gezondheid  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden  
Telefoon: 071 518 18 18  
Fax: 071 518 19 20

**Ontwerp omslag: Studio B, Den Haag**

© 1998 Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 35,25 (incl. BTW) op gironummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden, onder vermelding van 'Inco-verzorgingshuizen rapport'.

ISBN 90-6743-549-X



# Inhoudsopgave

		pagina
<b>Deel I</b>	<b>Aard, omvang en behandeling van ongewild urineverlies</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
	1.1 Ongewild Urineverlies (OUV)	3
	1.2 Definities	4
<b>2</b>	<b>Doel, vraagstellingen en opzet van het project</b>	<b>7</b>
	2.1 Doel en vraagstellingen van het project	7
	2.2 Opzet en uitvoering van het project	7
	2.3 Opbouw van het rapport	10
<b>3</b>	<b>Resultaten interviewronde contactpersonen</b>	<b>11</b>
	3.1 Selectie en respons verzorgingshuizen	11
	3.2 Achtergrondkenmerken en het percentage urine- incontinentie bewoners	12
	3.3 Registratie	14
	3.4 Soort, vormen en ernst van incontinentie	15
	3.4.1 Soorten incontinentie	15
	3.4.2 Vormen van incontinentie	16
	3.4.3 Ernst van incontinentie	16
	3.5 Het incontinentiebeleid in verzorgingshuizen	17
	3.5.1 Nieuwe bewoners	17
	3.5.2 Ongewild urineverlies bij bewoners	18
	3.5.3 Werken volgens OUV-protocol	18
	3.6 Knelpunten in het incontinentiebeleid	19
	3.7 Hoe ziet de ideale situatie eruit?	20
	3.8 Behandeling en begeleiding van OUV in verzorgings- huizen	20
	3.8.1 Opleiding	22
	3.8.2 Effectiviteit (kosten, inzicht in organisatie etc.) van de behandeling	23
	3.9 OUV-protocol	23
<b>4</b>	<b>Resultaten vragenlijst bewoners</b>	<b>24</b>
	4.1 Inleiding	24
	4.2 Respons	24
	4.3 Kenmerken steekproef vs. onderzoeksgroep	24

	pagina
4.4	Voorkomen van urine- en faecesincontinentie 26
4.5	Behandeling en begeleiding van bewoners met OUV 27
4.6	Ziekten en aandoeningen 28
4.7	Mobiliteit 29
<b>5</b>	<b>Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 31</b>
5.1	Samenvatting en conclusies 31
5.1.1	Algemene gegevens 32
5.1.2	Prevalentie omvang, aard en mate van incontinentie 32
5.1.3	Het incontinentiebeleid in verzorgingshuizen 33
5.1.4	Knelpunten 34
5.1.5	Behandeling en begeleiding van mensen met OUV 35
5.1.6	Ziekten en aandoeningen 35
5.1.7	Mobiliteit 36
5.1.8	Opleiding en OUV-protocol 36
5.1.9	Hoe ziet de ideale situatie eruit? 37
5.1.10	Opstellen van een protocol 38
5.2	Aanbevelingen 38
<b>Literatuur</b>	<b>40</b>
<b>Bijlagen bij deel I</b>	<b>43</b>
Bijlage 1	Schema contactpersoon: algemene gegevens 45
Bijlage 2	Schema contactpersoon: gegevens prevalentie 47
Bijlage 3	Vragenlijst bewoners 51
<b>Deel II</b>	<b>Protocol ongewild urineverlies in verzorgingshuizen: een aanzet 63</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding 65</b>
<b>2</b>	<b>Overzicht stappenplan ongewild urineverlies in verzorgingshuizen 67</b>
<b>Tot slot</b>	<b>79</b>
<b>Adressen</b>	<b>80</b>
<b>Bijlage bij deel II</b>	<b>81</b>
Mictiedagboek	83

## Deel I

# AARD, OMVANG EN BEHANDELING VAN ONGEWILD URINEVERLIES

25%

15%

35%



# 1

## INLEIDING

### 1.1 Ongewild Urineverlies (OUV)

De lichamelijke en geestelijke problematiek van bewoners in verzorgingshuizen neemt steeds ernstiger vormen aan. Over de daaraan inherente daling van de kwaliteit van leven van ouderen in deze huizen en mogelijke problemen die zij ondervinden is echter weinig bekend. Dit geldt met name voor de problematiek rond ongewild urineverlies (OUV). Huisartsen bijvoorbeeld zijn zich vaak niet bewust van OUV-problematiek (Pannill, 1989). Nederlandse prevalentiecijfers gebaseerd op CBS-gegevens geven aan dat 10% tot 30% van de ouderen boven de 65 jaar ongewild urine verliest. Exacte gegevens hierover zijn niet bekend. Verondersteld wordt dat het OUV-probleem in verzorgingshuizen in Nederland groot is.

De huisartsenzorg in de Nederlandse verzorgingshuizen is zo georganiseerd dat er niet één, maar verschillende huisartsen actief zijn voor de bewoners. Vrijwel altijd neemt de bewoner de huisarts uit de vroegere thuissituatie mee. Doordat meerdere huisartsen in één verzorgingshuis actief zijn is het aannemelijk dat het omgaan met en handelen ten aanzien van OUV verschillend van aard kan zijn, zowel binnen één huis als tussen de diverse verzorgingshuizen. Dit kan tot gevolg hebben dat een consistente gedragslijn in de zorg voor bewoners met OUV ontbreekt, wat weer zijn neerslag vindt in de uiteindelijke behandeling en begeleiding. Over het vóórkomen van ongewild urineverlies en toegepaste behandelingsmethoden in verzorgingshuizen zijn geen landelijke cijfers bekend. OUV is een complexe problematiek die een geprotocolleerde aanpak van diagnose en behandeling vereist. Er zijn in Nederland geen OUV-protocollen beschikbaar die speciaal ontwikkeld zijn voor verzorgingshuizen.

Het ontbreken van een duidelijk overzicht over aard, omvang en behandeling van OUV was de aanleiding voor dit onderzoek. De gegevens verkregen uit het onderzoek dienen als basis voor het ontwikkelen van een OUV-protocol dat gebruikt kan worden in de dagelijkse praktijk. In onderhavig onderzoeksverslag zullen de resultaten beschreven worden van een prevalentiestudie en zal een

aanzet worden gegeven tot een gebruikersprotocol met betrekking tot OUV in verzorgingshuizen.

## 1.2 Definities

Zowel in de literatuur als in de dagelijkse praktijk worden verschillende definities gehanteerd met betrekking tot het begrip urine-incontinentie. In veel publicaties hanteert men de definitie van Thomas (1980) waarin incontinentie wordt omschreven als *twee of meer keer per maand onwillekeurig verlies van urine op onregelmatige plaatsen en momenten, ongeacht de hoeveelheid van de verloren urine.*

Vaak bestaat verwarring over de termen incontinentie en ongewild urineverlies, deze worden nogal eens door elkaar gebruikt. De verschillende begrippen krijgen een plaats in het onderstaand schema waarin een bewerkte indeling wordt gehanteerd van de ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. WHO, 1980).

Tabel 1.1 Classificatie van incontinentie aan de hand van een bewerkte indeling van de ICDH waar het gaat om ziekte/aandoening, stoornis, beperking en handicap

ziekte, aandoening	⇔ stoornis	⇔ beperking	⇔ handicap
diverse ziekten, aangeboren aandoeningen en ongevallen	urine-incontinentie, bedplassen en andere stoornissen van de urinelozing	ongewenst verlies van urine en/of ontlasting	handicap in: oriëntatievermogen
	ontlastingsincontinentie, constipatie en diarree	andere beperkingen in het plassen en ontlasten	fysieke onafhankelijkheid
	dubbele incontinentie		mobilititeit
	stomata		bezigheden
	andere stoornissen, zoals in het bewegingsapparaat, cognitieve en andere psychische functies		sociale integratie
			economische zelfstandigheid
			andere handicaps

Bron: M.W. de Kleijn- de Vrankrijker, H.W. Becker. Classificatie van incontinentie en aanverwante problemen TNO-PG; Leiden 1996. Publ.nr. 96022.

Uit het schema is op te merken dat urine-incontinentie een stoornis is veelal ten gevolge van een ziekte of aandoening. Ongewild urineverlies of verlies van ontlasting is een beperking die vanuit verschillende stoornissen kan ontstaan.



Verschillende oorzaken kunnen ten grondslag liggen aan ongewenst verlies van urine (OUV) (de Kleijn e.a., 1996):

- a) cognitieve stoornissen of andere psychische stoornissen;
- b) functiestoornissen van nieren of urinewegen (urine-incontinentie);
- c) stoornissen van het bewegingsapparaat.

Zo kan het zijn dat mensen door mobiliteitsproblemen niet op tijd het toilet kunnen bereiken en hierdoor ongewenst urine verliezen, van incontinentie is dan echter geen sprake.

De veronderstelling is dat in verzorgingshuizen alle drie bovengenoemde stoornissen voorkomen. In het onderzoek zal aandacht worden besteed aan de aard en omvang van ongewenst urineverlies (OUV) in verzorgingshuizen.

Omdat in verzorgingshuizen de term 'incontinentie' vaker gehanteerd wordt dan 'OUV' zal gemakshalve bij de bespreking van de gegevens die bij de verzorgenden zijn verzameld, de term 'incontinentie' gebruikt worden.



## 2

# DOEL, VRAAGSTELLINGEN EN OPZET VAN HET PROJECT

## 2.1 Doel en vraagstellingen van het project

Het doel van het project was tweeledig:

1. Inzicht krijgen in de omvang, aard en mate van ongewild urineverlies in verzorgingshuizen/zorgcentra alsmede in de verschillende toegepaste behandelingsmethoden.
2. Het op grond van verzamelde gegevens, opstellen van een OUV-protocol dat gebruikt kan worden voor diverse beroepsgroepen binnen verzorgingshuizen/zorgcentra.

Vraagstellingen:

- Wat is de omvang, aard en mate van OUV in verzorgingshuizen?
- Welke behandelingsmethoden worden er toegepast?
- Welke elementen moeten in het OUV-protocol worden opgenomen zodat het een praktisch bruikbaar hulpmiddel wordt?
- Op welke wijze kan het OUV-protocol in de Nederlandse verzorgingshuizen worden gehanteerd en geïntroduceerd?

## 2.2 Opzet en uitvoering van het project

*Omvang, aard en mate van OUV*

Om gegevens over de omvang, aard en mate van OUV in verzorgingshuizen te krijgen is de volgende onderzoeksmethode gehanteerd:

Aan 30 verzorgingshuizen in Nederland is gevraagd deel te nemen aan het onderzoek.

In totaal zijn er in Nederland ruim 1400 verzorgingshuizen. Om te komen tot een selectie van verzorgingshuizen is om praktische redenen gebruik gemaakt van een bestand dat in het kader van een reeds eerder uitgevoerd TNO-project is opgebouwd (Hopman-Rock, 1997). Dit is een bestand van ruim 700 huizen die in principe hadden toegezegd mee te willen doen aan toekomstige onderzoeken die door TNO uitgevoerd worden.

Aan de hand van een gerandomiseerde steekproef uit het bestand moesten uiteindelijk 30 huizen overblijven. Bij de selectie is rekening gehouden met een geografische spreiding van de deelnemende verzorgingshuizen.

Aan de deelnemende verzorgingshuizen is gevraagd namen van één of twee medewerkers door te geven die (mede)verantwoordelijk zijn voor het incontinentiebeleid in hun instelling. Deze medewerkers traden op als contactpersoon tijdens het onderzoek.

Met deze contactpersonen (maximaal 60) is in de periode oktober 1997 - januari 1998 een gestructureerd interview van ongeveer twee uur gehouden. Om praktische redenen is voorafgaand aan het interview aan de contactpersonen gevraagd om cijfermateriaal te verzamelen en deze in reeds eerder toegestuurde schema's te noteren. Het ging hierbij om het noteren van gegevens over het voorkomen van incontinentie in het betreffende huis, de soort incontinentie, het aantal toegepaste behandelingen in verband met incontinentie etc. Wat betreft de prevalentie van urine- en faecesincontinentie worden de volgende definities gehanteerd:

1. **Urine-incontinentie:** ongewild verlies van urine, ten minste twee keer per maand.
2. **Faeces-incontinentie:** ongewild verlies van ontlasting, ten minste twee keer per maand.

Voor wat betreft de definitie met betrekking tot de vormen van incontinentie wordt voor een groot deel aansluiting gezocht bij de definitie volgens de NHG-Standaard Incontinentie voor Urine (NHG, 1995).

1. *Urge-incontinentie:* een voortdurende aandrang tot plassen, die moeilijk op te houden is, meestal gepaard gaand met verlies van grote hoeveelheden urine.
2. *Stress-incontinentie:* verlies van (meestal kleine hoeveelheden) urine bij krachtsinspanningen zoals hoesten, niezen, lachen, plotselinge bewegingen, sporten enz. zonder dat men een aandrang voelt.
3. *Gemengde vorm van incontinentie:* een combinatie van stress- en urge-incontinentie.
4. *Druppel-incontinentie:* urineverlies door langdurig nadruppelen na de urinelozing.

5. *Overloop-incontinentie*: verlies van enkele druppels urine door overvol raken van de blaas doordat men niet vaak genoeg naar het toilet gaat.

Naast het bespreken van de schema's werd in het interview meer kwalitatieve informatie verzameld over het incontinentiebeleid in de instelling, de aanwezigheid van behandelplannen en registratiesystemen etc. Op deze manier is zowel kwalitatief als kwantitatief inzicht verkregen in het voorkomen van incontinentie en het incontinentiebeleid in verzorgingshuizen.

Daar ouderen in verzorgingshuizen in zelfstandige woonunits verblijven, kan het zijn dat niet alle gegevens rondom ongewild urineverlies bekend zijn of worden doorgegeven aan de verzorging. Dit was een van de redenen om naast verzorgenden tevens de bewoners te vragen aan het onderzoek mee te werken. Daarnaast waren we ook geïnteresseerd in speciale aspecten van elke bewoner zoals tevredenheid, mobiliteit etc. De volgende procedure werd voorgesteld:

Aan de contactpersonen uit de geselecteerde huizen is gevraagd alle bewoners, uitgezonderd deelnemers aan substitutieprojecten (dit zijn groepsverzorgingsprojecten waar mensen verblijven die veelal een verpleeghuiszorgindicatie hebben), een korte vragenlijst te overhandigen. Uitgaande van een gemiddeld aantal bewoners van 100 per huis, gaat het om maximaal 3000 bewoners. Deze vragenlijst kon door de bewoners zelf, of in samenwerking met een familielid of verzorgende worden ingevuld.

De vragen hadden betrekking op het vóórkomen en de aard van incontinentie, hoe de bewoners en/of verzorging met incontinentie omgaan etc. Tevens werden enkele achtergrondgegevens gevraagd zoals de leeftijd van de bewoner, het geslacht, de mogelijke aan- of afwezigheid van ziekten en mobiliteitsproblemen. De deelname van de bewoners was anoniem. Ingevulde vragenlijsten konden in gesloten envelop bij de verzorging worden ingeleverd die de vragenlijsten verzamelde en vervolgens in bulk naar TNO stuurde. De bewoner had ook de mogelijkheid de vragenlijst direct naar TNO terug te sturen door de antwoordenvelop te gebruiken.

#### *Het opstellen van een praktisch bruikbaar OUV-protocol*

Gebruik makend van de gegevens verzameld met betrekking tot de prevalentie van OUV in verzorgingshuizen kan gekomen worden tot een aanzet voor een OUV-protocol.

Zo zijn tijdens het interview met de contactpersonen diverse soorten behandelingsmethoden met betrekking tot OUV aan de orde gekomen, evenals de ervaringen van de bewoners over de (on)tevredenheid met de verkregen behandeling. De veronderstelling was dat door systematisch inventariseren problemen aan het licht komen en succesformules ten aanzien van behandeling van OUV kunnen worden opgespoord.

Feitelijke gegevens, wensen en verwachtingen van bewoners en professionals, literatuurgegevens en toekomstige ontwikkelingen zijn samengevoegd tot een ontwerp OUV-protocol.

In het protocol worden de verschillende behandelings(mogelijkheden) van diagnose tot daadwerkelijk toegepaste interventie zoals bijvoorbeeld training, medicijngebruik, absorptiemateriaal etc. beschreven. Het protocol geeft gebruikers, familieleden en de verschillende beroepsgroepen een handvat om op een gestructureerde manier om te gaan met OUV, zodat in het gehele traject gerichte keuzes gemaakt kunnen worden.

### **2.3 Opbouw van het rapport**

Kenmerken van de geselecteerde huizen en de resultaten van de interviewronde met de contactpersonen zullen in hoofdstuk 3 worden beschreven. Aan de resultaten van de bewonersenquête zal in hoofdstuk 4 aandacht worden besteed.

In hoofdstuk 5 zullen conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd ten aanzien van de aard, omvang en behandeling van OUV in verzorgingshuizen.

De gegevens uit de eerste vijf hoofdstukken worden gebruikt ter onderbouwing van een eerste aanzet voor een OUV-protocol. De beschrijving van het OUV-protocol komt in deel II aan de orde.



## 3

## RESULTATEN INTERVIEWRONDE CONTACTPERSONEN

### 3.1 Selectie en respons verzorgingshuizen

Vanuit eerder onderzoek uitgevoerd door TNO was bekend welke huizen in principe bereid waren aan TNO-onderzoek mee te doen. Van de 702 huizen uit het TNO-bestand, dit is ongeveer de helft van het totaal aantal verzorgingshuizen in Nederland, is nagegaan wat de verspreidingsgraad over de provincies in Nederland is. Analoog aan deze verdeling is het aantal huizen bepaald dat in elke provincie zou worden aangeschreven. Vervolgens zijn, uitgaande van de geografische verdeling van verzorgingshuizen over Nederland, in twee rondes at random 85 verzorgingshuizen geselecteerd en aangeschreven voor deelname aan het onderzoek. In onderstaande tabel worden de gegevens gepresenteerd:

Tabel 3.1: De verspreidingsgraad in percentages en het aantal geselecteerde- en deelnemende huizen naar provincie.

Provincie	verspreidingsgraad*	aantal geselecteerde verzorgingshuizen	aantal deelnemende verzorgingshuizen	(%)**
Noord-Brabant	14.9	12	5	(15.6)
Zuid- Holland	18.3	16	3	(9.4)
Utrecht	7.0	6	2	(6.3)
Gelderland	13.8	12	5	(15.6)
Friesland	4.5	4	2	(6.3)
Limburg	7.3	6	3	(9.4)
Zeeland	3.2	2	0	(0.0)
Overijssel	6.4	6	3	(9.4)
Drenthe	3.0	2	1	(3.1)
Noord-Holland	16.7	14	6	(18.8)
Flevoland	0.7	2	1	(3.1)
Groningen	4.2	4	1	(3.1)
Nederland	100	85	32	100

\*Verspreidingsgraad= totaal aantal verzorgingshuizen per provincie/ totaal aantal verzorgingshuizen in Nederland (n= +/- 1400)

\*\*Verspreidingsgraad deelnemende verzorgingshuizen in percentages

Met uitzondering van de provincies Zuid-Holland en Zeeland kan geconcludeerd worden dat de verspreidingsgraad in de steekproef overeenkomt met de verspreidingsgraad in Nederland.

In twee rondes zijn in totaal 85 verzorgingshuizen geselecteerd waarvan uiteindelijk 32 huizen bereid waren aan het onderzoek mee te doen. In onderstaande tabel wordt een verantwoording gegeven van de twee selectierondes.

Tabel 3.2: De respons na de 1e en 2e selectieronde in aantallen.

Selectie	Aanmelding	Afmelding	Non-respons
1e ronde (n=43)	19	17	7
2e ronde (n=42)	13	7	22
Totaal (n=85)	32	24	29

In totaal hebben 32 huizen, verspreid over Nederland, zich aangemeld voor deelname aan het project. Twee huizen zijn op de reservelijst geplaatst. In verband met personeelwisseling konden er door een huis geen gegevens geleverd worden. Dit betekent dat in totaal 29 verzorgingshuizen aan het project hebben deelgenomen en gegevens hebben geleverd.

### 3.2 Achtergrondkenmerken en het percentage urine-incontinenten bewoners

In de deelnemende huizen zijn één of meerdere sleutelfiguren geïnterviewd. Het gesprek werd gevoerd met: het hoofd van de verzorging (46%), met een zorgmanager (35%) een teamleider (14%) of andere hulpverleners (5%). De interviews duurden gemiddeld anderhalf uur. Voorafgaand aan het interview zijn schema's opgestuurd waarin feitelijke gegevens genoteerd konden worden. De gegevens uit deze schema's zijn uitgebreid aan bod gekomen tijdens het interview. De huizen waar de interviews plaatsvonden bestaan gemiddeld 32 jaar. Het 'jongste' deelnemende huis bestaat 10 jaar, het 'oudste' huis 80 jaar. Het gemiddeld aantal bewoners in de deelnemende verzorgingshuizen is 87.

Om een indruk te krijgen van de personele bezetting is er gevraagd of er voldoende verzorgend personeel is om de zorgvraag aan te kunnen. Iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat er onvoldoende personele bezetting is, zowel structureel als tijdens de spitsuren in de ochtend en avond. Voldoende of onvoldoende personele bezetting hangt nogal eens af van de hoogte van het ziekteverzuim. Tekorten worden door de huizen veelal opgevangen door uitzendkrachten of oproepkrachten in te zetten. Zeven huizen geven concreet aan extra formatieplaatsen erbij te willen hebben. Het tekort aan formatieplaatsen varieert van 1 tot 6.

Daar waar men aangeeft voldoende personeel te hebben (46%) wordt door praktisch iedereen de kanttekening gemaakt dat het gaat om voldoende personeel voor de *primaire* zorgvraag. Er is echter geen tijd voor extra dingen. Volgens de verzorgenden komen zaken als de grote werkdruk, de hoogte van het ziekteverzuim en het niet optimaal kunnen inzetten van voldoende krachten, de kwaliteit van de zorg niet ten goede.

Naast 'leeftijd van het huis' en de 'personele bezetting' is nog naar een aantal andere kenmerken gevraagd. In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste achtergrondkenmerken per huis. Gevraagd is in de schema's (zie bijlage 1) gegevens in te vullen over het aantal bewoners in het huis, de gemiddelde leeftijd van de bewoner en het aantal psychogeriatrische bewoners. Daar de prevalentie van ongewild urineverlies een hoofdvraag is in het onderzoek, is gevraagd in een schema aan te geven het aantal of het percentage urine-incontinente bewoners (zie bijlage 2) voor het desbetreffende huis.

Ruim een kwart van de bewoners heeft psychogeriatrische problemen. Met uitzondering van de mensen die in substitutieprojecten worden opgevangen en begeleid is dit een vijfde van de totale onderzoekspopulatie. Ongeveer 20% van het aantal verzorgingshuisbewoners in de onderzoekspopulatie is man, de gemiddelde leeftijd is 85,2 jaar.

Vergeleken met landelijke cijfers lopen de percentages van de steekproef in de pas. Het aantal mannen in verzorgingshuizen is 21% (CBS, 1995) en de gemiddelde leeftijd 85 jaar (WZF, 1997).

Wat betreft het voorkomen van **alleen** ongewild urineverlies gaat het om een percentage van ruim 44% van de totale verzorgingshuispopulatie exclusief deelnemers aan substitutieprojecten. Het merendeel van de verzorgenden heeft de schema's ingevuld aan de hand van beschikbare gegevens uit zorgdossiers en bestellijsten van incontinentie-materialen. In vijf situaties is een schatting gegeven van het percentage incontinente bewoners.

Over het algemeen wordt in zorgplannen en zorgdossiers geregistreerd of iemand ongewild urine verliest, op deze wijze heeft men per afdeling een overzicht van het aantal incontinente bewoners. Over de verdeling naar de vorm en ernst van incontinentie is in verzorgingshuizen weinig bekend. Als men al een inschatting kan maken gebeurt deze inschatting veelal op grond van het huidige verbandgebruik in de huizen. Grote verbanden betekent voor praktisch alle huizen: ernstig incontinent; kleine verbanden betekent licht incontinent.

Om een indruk te geven van het totale aantal teruggestuurde enquêtes is in de laatste kolom de respons van de bewoners aangegeven. In totaal is de respons bijna 60%. De respons per huis heeft sterk te maken met de motivatie, tijd en capaciteit van het deelnemende huis. De percentages lopen uiteen van deelname van 5,6% tot een respons van 94,4%.

Tabel 3.3 Achtergrond kenmerken, het percentage urine-incontinentie bewoners per huis en het aantal ingevulde bewonersenquêtes

nr huis	aantal bewoners* (%pg)	totaal aantal bewoners excl. substitutie*	% mannen	gem. leeftijd	%-urine-inco	aantal ingevulde enquêtes bewoners(%)
1	60 (33)	59 (32)	25.0	87.5	30.0	27 (45.8)
2	78 (23)	68 (12)	19.2	85.4	51.3	41 (60.3)
3	73 (-)	73 (-)	19.1	84.3	39.7	39 (53.4)
4	90 (15)	80 (5)	25.6	87.0	38.9	50 (62.5)
5	45 (33)	32 (19)	35.6	84.5	60.0	23 (71.9)
6	76 (80)	61 (75)	26.3	82.5	57.9	15 (24.6)
7	61 (20)	51 (4)	23.0	85.0	57.4	39 (76.5)
8	139 (27)	131 (23)	27.3	83.9	41.7	62 (47.3)
9	32 (25)	27 (11)	6.3	84.5	28.8	8 (29.6)
10	90 (100)	90 (100)	5.6	83.0	52.2	85 (94.4)
11	69 (13)	55 (15)	23.2	84.7	43.5	46 (83.6)
12	35 (8.6)	35 (8.6)	17.1	82.0	42.8	25 (71.4)
13	60 (35)	50 (22)	10.0	-	38.3	39 (78.0)
14	54 (15)	54 (15)	25.9	85.0	40.8	18 (33.3)
15	76 (10)	68 (11)	18.4	84.8	40.0	41 (77.4)
16	138 (22)	123 (25)	21.7	85.0	50.0	108 (87.8)
17	69 (36)	62 (29)	21.7	84.0	58.0	25 (78.1)
18	51 (27)	51 (27)	11.8	86.0	52.9	24 (47.1)
19	80 (16)	72 (6)	16.3	85.7	60.0	38 (52.8)
20	160 (40)	150 (36)	24.4	83.6	-	0 (-)
21	89 (19)	85 (20)	18.0	87.0	40.2	42 (49.4)
22	169 (16)	155 (8)	23.7	87.2	56.8	82 (52.9)
23	67 (26)	57 (14)	22.4	81.6	37.3	25 (46.3)
24	137 (25)	124 (27)	20.4	85.0	40.2	68 (54.8)
25	41 (24)	41 (24)	12.2	84.5	43.9	17 (41.5)
26	115 (10)	103 (2)	18.3	83.0	26.1	23 (26.7)
27	120 (12)	106 (0)	16.7	86.3	21.7	63 (59.4)
28	120 (40)	90 (20)	11.7	83.5	49.2	5 (5.6)
29	118 (25)	105 (29)	-	-	39.0	24 (22.9)
Tot	2510 (25.4)	2257(21.4)	19.6 (7.0)	85.2 (3.1)	44.2 (10.6)	1329** (58.9)

\* tussen haakjes het percentage psycho geriatrische bewoners van de betreffende groep

\*\* Naast de 1102 bewonersvragenlijsten geretourneerd via de huizen zijn er ook nog 227 vragenlijsten direct van bewoners binnengekomen waarvan niet duidelijk was uit welk huis deze afkomstig waren.

### 3.3 Registratie

Op de vraag of incontinentie centraal geregistreerd wordt, geeft tweederde van de huizen aan dat de bestellijsten van incontinentiemateriaal de belangrijkste registratiemogelijkheid is. Zeven huizen hebben geen enkele vorm van centrale registratie, één huis heeft een eigen vorm van registratie ontwikkeld. Wordt men tijdens het verblijf incontinent of komt men nieuw binnen met inconti-

nentieproblemen, dan wordt dit genoteerd in het zorgdossier en worden de gegevens aan de bestellijsten voor incontinentiemateriaal toegevoegd.

Verder wordt er met de gegevens uit de centrale registratie, veelal in de vorm van bestellijsten, nagenoeg niets gedaan. Eén van de huizen geeft aan dat het cijfermateriaal gebruikt wordt om inzicht te krijgen in de zorgzwaarte en één huis geeft aan de bestellijst te gebruiken om na te gaan of men wel het goede materiaal gebruikt. Daar waar fabrikanten het incontinentiegebeuren begeleiden worden de bestellijsten gebruikt als terugkoppelingsinstrument naar de fabrikanten.

In de zeven verzorgingshuizen waar geen centrale registratie is, geeft men als reden op dat men pas recentelijk de zogenaamde 'zorgdossiers' heeft ingevoerd, of dat men het niet nodig vindt c.q. geen behoefte heeft aan centrale registratie omdat men op dit moment deze centrale gegevens voor de primaire zorg nog niet nodig heeft. Men geeft aan dat bij overheveling naar de AWBZ men wel meer gecentraliseerd zal moeten gaan werken.

### 3.4 Soort, vormen en ernst van incontinentie

#### 3.4.1 Soorten incontinentie

De gegeven percentages urine-incontinentie zijn exclusief de bewoners die deelnemen aan een substitutieproject. In tabel 3.4 wordt een overzicht gegeven van de verschillende **soorten** incontinentie in verzorgingshuizen.

Tabel 3.4 De prevalentie van de verschillende soorten van incontinentie in percentages

soort *	gem. prevalentie % (sd)	range
Urine	44.3 (10.6)	21.6 - 60.0
Faeces	2.6 (2.9)	0.0 - 9.8
Beiden (urine en faeces)	4.5 (3.4)	0.0 - 13.9
Totaal	51.4 (11.1)	27.5 - 69.7

\* hierbij gaat het om gegevens van 28 huizen (23 huizen op basis van registratie, 5 huizen maakten een schatting)

Het gemiddelde percentage **alleen** urine-incontinentie bewoners is 44,3%. Wat betreft faeces- en dubbele incontinentie ligt het percentage beduidend lager, respectievelijk 2,65% en 4,5%. Het totaal aantal urine-incontinentie bewoners is 48,8%, dit is een optelsom van het percentage urine-incontinentie personen (44,3%) en het percentage 'beide' (4,5%).

Driekwart van de contactpersonen vindt dat er in de loop der jaren sprake is van een toename van het aantal mensen met urineverlies. Als redenen worden genoemd de steeds hogere leeftijd en de toenemende psychogeriatrische problema-

tiek. In zes huizen geeft men als reden aan dat de aangemelde bewoners door de (late) indicatiestelling meer lichamelijke en psychische problemen hebben dan voorheen. Bovendien wordt men bij opname steeds vaker al met incontinentieproblemen geconfronteerd en vindt doorstroming naar het verpleeghuis niet of in een veel later stadium plaats.

Door de toenemende begeleiding en zorg en het feit dat ongewild urineverlies beter bespreekbaar is geworden, wordt incontinentie door de verzorgenden sneller onderkend.

### 3.4.2 Vormen van incontinentie

Er is aan de contactpersoon gevraagd of men de bewoners aan de hand van de verschillende **vormen** van incontinentie kon indelen (NHG-Standaard).

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de gerapporteerde vormen van incontinentie in de deelnemende huizen.

Tabel 3.5 De prevalentie van de verschillende vormen van incontinentie in percentages

vorm *	gem. Prevalentie % (sd)	range
Stress	37.2 (24.8)	0.0 - 88.9
Urge	23.8 (19.2)	0.0 - 71.4
Gemengd	16.7 (16.9)	0.0 - 60.0
Druppel	12.9 (9.5)	0.0 - 88.9
Overloop	9.5 (10.2)	0.0 - 40.4

\* hierbij gaat het om gegevens van 24 huizen (11 registratie en 13 schattingen)

De meest voorkomende vorm van incontinentie is volgens de verzorgenden stress-incontinentie, ruim 37%. In een kwart van de situaties rapporteert men urge-incontinentie. Gemengde, druppel- en overloopincontinentie komen respectievelijk 17%, 13% en 10% voor.

Het merendeel van de huizen baseert de indeling op schattingen als het gaat om de vorm van incontinentie. In veel gevallen zijn geen concrete gegevens aanwezig, vijf huizen konden in het geheel geen schatting geven (zie de range-getallen).

### 3.4.3 Ernst van incontinentie

Naast de soort en vorm van incontinentie is het van belang inzicht te krijgen in de **ernst** van incontinentie.

Hoewel niet precies in woorden te omschrijven valt waar de grenzen liggen tus-



sen lichte, matige en zware incontinentie, is onderstaand schema als referentiekader aangeboden aan de contactpersonen.

De ernst van de incontinentie wordt bepaald door met name de frequentie en hoeveelheid verloren urine.

Tabel 3.6 Referentiekader indeling in frequentie en hoeveelheid verloren urine = ernst van incontinentie

frequentie	Hoeveelheid		
	paar druppeltjes	beetje	hele plas
maandelijks (1-3 x per mnd)	licht	licht	matig
wekelijks (1 -5 x per week)	licht	matig	matig
dagelijks (1 x per dag)	matig	matig	zwaar
meerdere keren per dag	matig	zwaar	zwaar

De categorieën licht-, matig- en zwaar incontinent zijn als volgt verdeeld:

Tabel 3.7 De verdeling van de ernst van incontinentie in percentages

ernst *	gem. % voorkomen (sd)	range
Zwaar	40.7 (22.1)	11.1- 92.5
Matig	33.6 (24.5)	0.0 - 88.9
Licht	27.1 (22.7)	0.0 - 74.1

\* hierbij gaat het om gegevens van 27 huizen (16 registratie (veelal bestellijsten)-11 schatting)

In ruim 40% van de gevallen wordt ‘zwaar’ aangegeven. ‘Zwaar’ betekent veelal dat er aan de desbetreffende bewoners materiaal wordt verstrekt voor zwaar-incontinentie personen. Lichte en matige incontinentie (of incontinentieverbanden hiervoor) komen bij respectievelijk 27% en 34% van de bewoners voor.

Uit de gesprekken met de contactpersonen werd, zoals eerder aangegeven, duidelijk dat de opgegeven percentages over de ernst van de incontinentie veelal gebaseerd zijn op het gebruikte en/of bestelde incontinentiemateriaal (‘incomateriaal’). Hierbij wordt aangesloten bij de indeling zoals het door de fabrikanten wordt voorgesteld: licht, matig en zwaar incontinentiemateriaal.

## 3.5 Het incontinentiebeleid in verzorgingshuizen

### 3.5.1 Nieuwe bewoners

In praktisch alle verzorgingshuizen hanteert men, op enkele nuanceverschillen na, dezelfde procedure als het gaat om incontinentie bij nieuwe bewoners.

In een intakegesprek wordt door een medewerker van het huis nagegaan of er sprake is van incontinentie en welke toiletgewoontes iemand heeft. Bij gerapporteerd urine- danwel faecesverlies wordt gevraagd naar hulp bij naar het toilet gaan en het huidige gebruikte inco-materiaal. Het eigen materiaal kan men veelal ook in het verzorgingshuis blijven gebruiken, in sommige situaties wordt door de huizen iets vergelijkbaars aangeboden in verband met afspraken over standaardpakketten. In drie verzorgingshuizen geeft men aan gericht de toiletgang te observeren en in overleg met de bewoners na te gaan welke behandelingsmethoden van toepassing zijn, zoals: blaastraining, medicatie, etc. Eén huis voert standaard overleg met de desbetreffende huisarts over mogelijke oorzaken van incontinentie en de bijbehorende behandeling.

Het uitsluiten van urineweginfectie, door urineonderzoek, wordt in enkele huizen als standaardprocedure uitgevoerd. Het is veelal de verpleging die dit aankaart en regelt.

### **3.5.2 Ongewild urineverlies bij bewoners**

Door verzorgenden zijn diverse signalen genoemd die doen vermoeden dat een bewoner incontinent is. De geur en natte kleding van de bewoner worden het meest frequent genoemd, maar ook het veelvuldig gebruik van toiletpapier en extra veel was kunnen signalen zijn.

Soms is het de verzorgende die de vermoedelijke incontinentie bespreekbaar maakt, soms is het de bewoner zelf die ongewild urineverlies aangeeft. De contactpersonen geven aan dat hoe meer hulp en begeleiding de bewoner nodig heeft, des te sneller incontinentie kan worden gesignaleerd. Er zijn echter bewoners die weinig tot geen hulp nodig hebben en van wie de verzorgenden niet weten of zij incontinent zijn.

Door bovenstaande redenen wordt de vraag of men op tijd ongewild urineverlies signaleert wisselend beantwoord, dit loopt van 'vrij snel' bij hulpbehoevende bewoners tot 'veel te laat' in verband met het respect voor eigen privacy en verantwoordelijkheid van de bewoner.

### **3.5.3 Werken volgens OUV-protocol**

Aan de contactpersonen is gevraagd of er gewerkt wordt volgens een vast OUV-protocol. Vier verzorgenden geven aan volgens een vast OUV-protocol te werken. Navraag leert dat het in twee huizen gaat om een mondelinge overdracht en het bespreken van de ernst van het probleem, één huis heeft een protocol 'huisarts inschakelen voor infecties' en een ander huis besteedt uitsluitend aandacht aan de verantwoordelijkheden en de beslissingsbevoegdheden van de verschil-

lende hulpverleners. In het merendeel van de huizen bestaat echter geen protocol over wat te doen bij OUV.

Verzorgingshuisbewoners hebben veelal hun eigen huisarts. Het gemiddeld aantal huisartsen per verzorgingshuis is 10 (bereik is van 1 tot 30).

De rol die de huisarts speelt in de incontinentieproblematiek wordt als minimaal ervaren. Men noemt drie taken die door de huisarts worden uitgevoerd:

- diagnostiseren en behandelen van een urineweginfectie;
- schrijven recept en tekenen machtiging incontinentiemateriaal;
- overleg over het al dan niet catheteriseren.

Een enkel huis noemt het voorschrijven van incontinentiemedicijnen en het doorverwijzen naar een specialist als taak van de huisarts. De contacten met de huisartsen zijn er veelal in de beginfase en tussentijds als er grote problemen zijn. Vaste afspraken met huisartsen over diagnosestelling, behandeling etc. zijn er niet; indien nodig regelt de verzorging de contacten met de huisarts.

Voor het niet maken van vaste afspraken met de huisarts worden verschillende redenen aangegeven zoals: “het contact is zo gegroeid”, “incontinentie hoort bij het ouder worden en is niet interessant voor huisartsen”, “de huisarts is niet betrokken bij de bewoner”, “de bewoners zijn zelf weinig assertief”, “de verzorgenden doen alles”, “de huisarts wordt ingeschakeld als hij/zij nodig is”, “het is wel makkelijk zo voor de huisarts” etc.

De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de behandeling/begeleiding van de patiënt met ongewenst urineverlies wordt door de contactpersonen verschillend beoordeeld. Eenderde van de contactpersonen geeft de huisarts, en eenderde geeft de verzorging/verpleging aan als uiteindelijk verantwoordelijke.

In ruim 20% van de situaties vindt men de bewoner zelf verantwoordelijk voor de behandeling van incontinentie.

### **3.6 Knelpunten in het incontinentiebeleid**

De contactpersonen zijn over het algemeen genomen redelijk positief over de huidige gang van zaken in hun huis. Ondanks deze tevredenheid worden er toch enkele knelpunten genoemd.

Doordat er weinig tot geen structuur is in het incontinentiebeleid, is de wens uitgesproken bijvoorbeeld volgens een protocol te gaan werken. Dit begint bij de medewerking van de huisarts, lichamelijk onderzoek, diagnostisering, en vervolgens een (aanbevolen) gerichte behandeling en/of begeleiding. Te weinig actie, kennis, informatie en inzicht in de mogelijkheden, worden als knelpunt ervaren. Tot op heden worden niet alle mogelijkheden voor een bewoner onderzocht, de bewoner zou beter geobserveerd moeten worden en er zou meer naar de bewoner geluisterd moeten worden. Op dit moment is men in de huizen erg gericht op het gebruik van incontinentiemateriaal.

Verder worden er nog knelpunten genoemd in de administratieve sfeer zoals: het bijhouden van inco-lijsten, het doen van bestellingen, het verzorgen van machtigingen, het maken van bulkafspraken etc. In het merendeel van de huizen is er voor het opslaan en bewerken van deze gegevens geen computer beschikbaar. In een aantal huizen wordt door de leidinggevendenden actie ondernomen om de kosten met betrekking tot het gebruik te verlagen. In dit kader wordt als knelpunt genoemd het onnodig veel of het verkeerde materiaal gebruiken. De begeleiding en feed-back vanuit de fabrikanten op dit punt wordt als zeer verschillend ervaren.

### **3.7 Hoe ziet de ideale situatie eruit?**

Aan de contactpersonen is gevraagd wat zij een ideale situatie vinden met betrekking tot incontinentie (beleid) in verzorgingshuizen. De antwoorden worden op verschillende niveaus gegeven.

De opheffing van de Wet op de Bejaardenoorden en de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ zal volgens de verzorgenden belangrijke consequenties hebben. In het werken met een vast budgetteringssysteem zien de contactpersonen zeker voordelen. Vooral in het terugdringen van de administratieve handelingen en het doen van centrale bulkinkopen. Als één van de nadelen wordt de onbekendheid en onzekerheid genoemd over hoe men met deze veranderingen om moet gaan. Wat en waar moet er ingekocht worden en tegen welke prijs? Kan iedereen krijgen wat hij/zij nodig heeft? Hoe zorgvuldig moet ermee omgegaan worden? etc. Tot nu toe is er weinig financiële prikkel om het juiste materiaal voor de juiste persoon vast te stellen. Het materiaal zal regelmatig geëvalueerd moeten worden.

De rol van de (huis)arts dient versterkt te worden als het gaat om: zoeken naar de oorzaken van incontinentie, het vaststellen van het soort incontinentie en het aangeven van behandelingsmogelijkheden.

Het werken volgens een vast protocol wordt door een aantal huizen als ideaal gezien. Aan echte behandeling wordt op dit moment nog weinig gedaan. Hierbij is het wel van belang dat verzorgenden voldoende tijd hebben om adequate zorg en begeleiding te geven. Randvoorwaarden zoals: voldoende personeel, een computer, werken met contactverpleegkundigen, goede afspraken over bestellen en beheren van het materiaal en tijd voor evaluatie moeten goed geregeld zijn.

### **3.8 Behandeling en begeleiding van OUV in verzorgingshuizen**

In de literatuur zijn diverse behandelingsmethoden beschreven die intramuraal

kunnen worden uitgevoerd of toegepast. De gevonden behandelingsmethoden van OUV zijn op een lijst vermeld en voorgelegd aan de contactpersonen met de vraag in hoeverre deze methoden toegepast werden in hun huis. Tabel 3.8 geeft de resultaten weer van de inventarisatie, op volgorde van frequentie.

Tabel 3.8 Overzicht van het aantal toegepaste behandelingsmethoden in de deelnemende huizen

Behandeling <u>ongewenst urineverlies</u>	aantal huizen waarin de behandeling wordt toegepast (%)	Totaal aantal bewoners	gem % bewoners (sd) over alle huizen	aantal huizen die gegevens hebben ingevuld
incontinentiemateriaal (luiers ,lakens)	29 (100)	944	99,5 (27,5)	24
hulp bij toiletbezoek	29 (100)	402	38,3 (23,4)	25
regelmatige verschoning	29 (100)	393	36,9 (25,5)	24
behandeling infecties urinewegen	29 (100)	79	8,0 (6,6)	21
vaste toiletrondes (bv. elke 2 uur)	27 (93,1)	255	24,7 (23,4)	26
regelmatige controle op 'droogzijn'	24 (82,8)	293	24,7 (23,0)	25
controle op vocht-inname	23 (79,3)	129	11,4(23,2)	26
medicijnen	23 (79,3)	44	5,6 (5,5)	24
vaste catheter ingebracht	23 (79,3)	49	5,0 (5,0)	27
(verwijzing naar) specialist	12 (42,9)	12	< 1	22
blaastraining	10 (34,5)	47	6,5 (16,7)	26
pessarium/tampons	9 (31,0)	14	1,6 (2,9)	25
operatieve ingreep	5 (17,2)	5	< 1	26
eigen behandeling bewoner	4 (13,8)	5	< 1	25
bekkenbodemspieroefeningen	4 (13,8)	2	<1	26
anders	3 (10,3)	0	0	26
fysiotherapie	1 (3,4)	1	< 1	25
<b>Totaal</b>	<b>29</b>	<b>1100</b>		<b>28</b>

Niet alle huizen konden gedetailleerde gegevens leveren over het exacte aantal bewoners in relatie tot de uitgevoerde behandeling. Verder lopen de opgegeven aantallen of geschatte aantallen niet altijd synchroon met de eerdere prevalentiegegevens. Deze discrepantie bestaat doordat er niet systematisch bijgehouden wordt wie welke behandeling krijgt. Hierdoor ontstaat er per behandeling ook een verschil in aantal huizen waarvan de gegevens zijn verkregen. Verder is het zo dat bij het invullen van de schema's de verzorgenden uitgegaan zijn van het aantal behandelde personen, wat niet wil zeggen dat het hier altijd gaat om incontinentie bewoners. Bij de interpretatie van de gegevens zal met deze verschillen rekening gehouden moeten worden.

Praktisch alle incontinentie personen in verzorgingshuizen gebruiken incontinentiemateriaal (99,5%). Om een idee te krijgen van het aantal merken dat in verzorgingshuizen gebruikt wordt is aan de contactpersonen gevraagd hier een overzicht van te geven. Praktisch alle merken worden in verzorgingshuizen

gebruikt, waarvan twee het meest frequent. Een overzicht van de hoeveelheid verschillende merken per huis is weergegeven in tabel 3.9.

Tabel 3.9 Overzicht van de hoeveelheid verschillende merken per huis

aantal verschillende merken incontinentiemateriaal	aantal huizen die een of meer merken incontinentiematerialen in huis hebben
1 merk	5
2 merken	5
3 merken	6
4 merken	3
5 merken	1
7 merken	1
niet bekend	7

Hulp bij het toiletbezoek en regelmatig verschonen wordt door alle huizen gedaan bij gemiddeld ruimeenderde van de bewoners. Vaste toiletrondes en regelmatige controle op droogzijn worden praktisch in alle huizen uitgevoerd, bij gemiddeld een kwart van de incontinentie bewoners.

Blaastraining wordt aan 6,5% van de bewoners geboden. Bij navraag blijkt echter dat men het 'blaastraining' noemt als bewoners regelmatig naar het toilet gebracht worden. Dit is een bredere definitie dan in de literatuur gehanteerd wordt. Opvallend is dat bekkenbodem-, blaastraining (in de engere definitie) of ander vormen van oefening en training, gegeven door een fysiotherapeut, maar in een enkel geval voorkomt.

Redenen om voor een behandeling te kiezen hebben veelal te maken met een inschatting door de verzorgenden van de ernst van de incontinentie en van fysieke mogelijkheden zoals bijvoorbeeld de mobiliteit, en de mogelijkheden die het huis biedt. Het wordt belangrijk gevonden om bewonersgericht naar de incontinentie-problematiek te kijken, liefst ondersteund door de huisarts en in overleg met de betreffende bewoners en in sommige situaties met hun familie.

### 3.8.1 Opleiding

Aan de contactpersonen is gevraagd of de (na)scholing van de verzorgenden met betrekking tot OUV problematiek voldoende is.

Over het algemeen vindt men dat er in de opleiding onvoldoende aandacht besteed wordt aan incontinentie terwijl men dit wel nodig vindt. Men geeft aan dat er op dit gebied te weinig aandacht is voor nascholing.

Een van de contactpersonen geeft aan dat er in de opleiding wel aandacht aan wordt besteed, maar dat het niet in verhouding staat tot de mate waarin men in de praktijk met incontinentie wordt geconfronteerd.

In de huizen waar men wel vindt dat er voldoende aandacht aan wordt geschon-



ken, organiseert men klinische lessen, belegt men informatieavonden en laat men zich informeren en begeleiden door daarvoor opgeleide medewerkers in dienst van fabrikanten van incontinentiemateriaal.

### **3.8.2 Effectiviteit (kosten, inzicht in organisatie etc.) van de behandeling**

Over het algemeen kan gezegd worden dat er geen inzicht bestaat in de kosten van de uitgevoerde behandeling (veelal incontinentiemateriaal). In een aantal huizen meet men de tevredenheid af aan het aantal klachten dat men krijgt. Heeft men een goed verband dan zullen er ook minder klachten komen. Verder worden er zowel voordelen (bijvoorbeeld makkelijk, tijdbesparend) als nadelen (duur, moeilijk te organiseren, geen begeleiding) genoemd van de verschillende behandelingsmethoden waaronder medicatie, toiletrondes, mobiliteitstraining en verschoneren van incontinentiemateriaal etc.

In het merendeel van de huizen wordt op regelmatige tijden de stand van zaken rondom de bewoners in een team besproken; incontinentieproblematiek is een belangrijk onderdeel van deze besprekingen.

In 90% van de huizen geeft men aan geen preventieve maatregelen met betrekking tot incontinentie te nemen. Op tijd naar het toilet brengen, standaard bij iedereen een po-stoel in de kamer naast het bed neerzetten, overleg, en blaas-training zijn de preventieve maatregelen die door een enkeling genoemd worden.

## **3.9 OUV-protocol**

Alle contactpersonen geven aan behoefte te hebben aan een OUV-protocol. Men is in verzorgingshuizen gewend om volgens protocollen te werken en men staat er welwillend tegenover. Wel moet het protocol aan een aantal voorwaarden voldoen. Zo wordt een protocol gezien als een stappenplan dat zo concreet mogelijk de acties beschrijft die van toepassing zijn (boomstructuur). Het definiëren van een aantal begrippen wordt eveneens op prijs gesteld.

De ervaringen die zijn opgedaan aan de hand van de inventarisatie zullen betrokken worden bij het opstellen van een OUV-protocol voor incontinentie in verzorgingshuizen, het protocol zal in deel II van de rapportage aan de orde komen.

## 4

# RESULTATEN VRAGENLIJST BEWONERS

### 4.1 Inleiding

In aanvulling op de gegevens verkregen van de verzorgenden (zie hoofdstuk 3) is in alle deelnemende huizen aan de bewoners gevraagd een vragenlijst in te vullen. De veronderstelling is dat de gegevens van de bewoners aanvullende informatie kunnen opleveren over het voorkomen en behandelen van incontinentie in verzorgingshuizen. Gegevens van de bewoners kunnen evenals de informatie van de verzorgenden worden gebruikt bij het opstellen van het OUV-protocol. In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste resultaten beschreven van het vragenlijst-onderzoek bij de bewoners van 29 verzorgingshuizen in Nederland. De vragenlijst voor de bewoners is als bijlage 3 in het rapport opgenomen.

### 4.2 Respons

In totaal zijn in 29 huizen 2257 vragenlijsten uitgereikt. Na invulling kon men de anonieme vragenlijst in een envelop centraal bij de verzorgenden weer inleveren. Diverse mensen hebben van de mogelijkheid gebruik gemaakt de vragenlijst direct naar TNO terug te sturen, waardoor niet exact te traceren viel hoeveel vragenlijsten er per afzonderlijk huis binnen kwamen. Uiteindelijk zijn er 1329 ingevulde vragenlijsten geretourneerd, dit is een respons van 60%.

### 4.3 Kenmerken steekproef vs. onderzoeksgroep

De ingevulde geretourneerde vragenlijsten (1329) waren niet altijd volledig of consistent ingevuld. Redenen hiervoor kunnen zijn bijvoorbeeld het hoge aantal psychogeriatrische ouderen in verzorgingshuizen, en het niet gewend zijn om vragenlijsten in te vullen. Om te komen tot een zinvolle beschrijving van de

resultaten, is op grond van de verkregen informatie ervoor gekozen om vragenlijsten waar zes of meer vragen niet zijn ingevuld uit te sluiten bij verdere analyses. Door het hanteren van deze ondergrens viel ongeveer eenderde van de vragenlijsten af en kon tweederde van de vragenlijsten (982) verder worden geanalyseerd.

Vervolgens is nagegaan of de steekproef op een aantal kenmerken verschilde van de uiteindelijke onderzoeksgroep. In tabel 4.1 wordt een aantal kenmerken onderling vergeleken.

Tabel 4.1 Vergelijking tussen een aantal kenmerken van de steekproef en de uiteindelijke onderzoeksgroep, voor en na uitval.

	aantal	verdeling geslacht (v-m)	gemiddelde leeftijd	% pg	duur verblijf
bewoners uit 29 verz.huizen (opgaven verzorgenden)	2257 (100%) <sup>1</sup>	80.4 - 19.6	85.2	21.4	-
bewoners -enquête	1329 (58.9%) <sup>1</sup>	79.6 - 20.4	84.7	13.7	4.4 jaar
uitval	347 (19.1%) <sup>1</sup>	74.9 - 25.1	84.1	6.2	4.7 jaar
uiteindelijke onderzoeksgroep	982 (43.5%) <sup>1</sup>	80.3 - 19.7	84.8	17.6	4.3 jaar

<sup>1</sup> percentage van de totale steekproef (n=2257)

Uit de informatie die via de contactpersonen uit 29 verzorgingshuizen is verkregen, blijkt een duidelijke ondervetegenwoordiging van het aantal pg-bewoners in de uiteindelijke onderzoeksgroep. Dit percentage verschilt als enige van een aantal achtergrondkenmerken significant van de groep 'uitval'.

Uiteindelijk bleven er 982 (44% van de totale steekproef) bewoners over die maximaal zes vragen hadden gemist<sup>1</sup>. In vergelijking met de volledige steekproef zijn, buiten het lage percentage pg-bewoners, weinig verschillen. Leeftijd en geslacht van de onderzoeksgroep komen overeen met de hele steekproef. De gemiddelde verblijfsduur in het verzorgingshuis van deze groep is rond de 4,3 jaar.

De hierna gerapporteerde gegevens hebben betrekking op de onderzoeksgroep (n=982).

<sup>1</sup> Voor één huis is een uitzondering gemaakt. Het betreft hier een huis waarvan alle bewoners (n=85) geholpen moesten worden met het invullen. Omdat dit de verzorging te zwaar zou belasten is er in onderling overleg besloten om slechts de belangrijkste vragen in te vullen, hierdoor zijn dus veel vragen overgeslagen (in ieder geval meer dan 6) maar levert dit genoeg informatie op voor verdere analyses.

## 4.4 Voorkomen van urine- en faecesincontinentie

Onderstaande tabel geeft de percentages weer van bewoners met ongewenst urineverlies, faecesincontinentie, en urine- en faecesincontinentie ('beide').

Tabel 4.2 Het voorkomen van de verschillende soorten van incontinentie (in percentages), gerapporteerd door de bewoners (n= 982)

soort	% voorkomen
Urine	50.7
Faeces	1.8
Beiden	7.5
Totaal	52.5

In totaal geeft 52,5% van de bewoners aan, ongewenst urine of faeces te verliezen. Hiervan verliest 7,5% zowel urine als faeces ('dubbel incontinent'). Van het totaal aantal incontinentie bewoners heeft 83% al langere tijd last, met een gemiddelde duur van 4,5 jaar. Van degenen die geen last hadden gaf 10% aan wel eens eerder last te hebben gehad, gemiddeld zo'n drie jaar geleden.

Door de combinatie van de antwoorden op de vragen naar frequentie en de hoeveelheid urineverlies (zie tabel 3.6) is een verdeling gemaakt van de ernst van incontinentie in licht-, matig- of zwaar- incontinent. In onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven.

Tabel 4.3 Verdeling naar de ernst van incontinentie (in percentages) volgens de incontinentie bewoners (n=516)

ernst	% voorkomen
matig	42.1
zwaar	36.4
licht	21.5

De bewoners geven 'matige' incontinentie aan als meest voorkomende ernst van incontinentie. Lichte incontinentie wordt met 21% als de minst voorkomende categorie aangegeven.

Het was vrijwel onmogelijk om één unieke vorm of diagnose van OUV uit de antwoorden te isoleren, zoals gepresenteerd wordt in tabel 3.5. Wel is gevraagd naar de omstandigheden waarin men ongewild urine verliest. Meerdere redenen per persoon konden worden aangegeven, hierdoor ontstaan elkaar niet-uitsluitende categorieën.

De volgende verdeling van antwoorden werd verkregen:.

Tabel 4.4 Redenen voor OUV aangegeven door bewoners (n=558)

redenen ongewenst urineverlies bij:	Aantal bewoners (%)
plotselinge aandrang en niet op tijd toilet bereiken	323 (58.2)
flink hoesten, niezen, sporten of tillen	274 (49.4)
een overvolle blaas	224 (40.4)
zonder aandrang	198 (35.5)
nadruppelen na toiletgang	128 (23.0)
lichte alledaagse bewegingen	127 (22.8)

De belangrijkste oorzaak van ongewild urineverlies lijkt te zijn: bij plotselinge aandrang te laat het toilet bereiken, tweederde van het aantal bewoners geeft dit als belangrijke reden op. Op de tweede plaats worden redenen aangegeven die onder de categorie stress-incontinentie vallen, zoals verlies bij flink hoesten, niezen, tillen, lichte alledaagse bewegingen etc. Op de derde plaats gaat het om de bewoners die een overvolle blaas hebben en bewoners die in zijn geheel geen aandrang voelen (n=198). Nadruppelen is de minst voorkomende oorzaak.

#### 4.5 Behandeling en begeleiding van bewoners met OUV

Van de 558 bewoners met onvrijwillig verlies van urine geven ruim 100 bewoners aan hiervoor geen specifieke behandeling te krijgen. De overige 450 bewoners krijgen per persoon gemiddeld twee soorten behandelingen.

Praktisch alle bewoners met incontinentieproblemen die verzorging nodig hebben gebruiken incontinentiemateriaal. Hulp bij toiletbezoek en regelmatige verschoningsrondes staan na het gebruik van incontinentiemateriaal bovenaan. Behandeling van urineweginfecties worden vaak genoemd door de bewoners (door 23%).

De minst voorkomende (incidentele) behandelingen zijn: catheterisatie, bekkenbodemspieroefeningen en fysiotherapie.

Om inzicht te krijgen in de betrokkenheid van deskundigen bij de OUV-problematiek van de bewoner, is gevraagd naar concrete betrokken disciplines. In tabel 4.5 wordt een overzicht gegeven van betrokken hulpverleners c.q. zelfhulp.

Tabel 4.5 overzicht van betrokken zorgverleners bij de OUV-klachten, inclusief de bewoner zelf.

Zorgverlener	aantal ontvangers (%)
Verzorgend personeel verzorgingshuis	332 (59.5)
Bewoner zelf	174 (31.2)
Huisarts	124 (22.2)
Specialist <sup>1</sup>	33 (5.9)
Anders (m.n. familie)	15 (2.7)
Fysiotherapeut	6 (1.1)

<sup>1</sup> Als specialisten waar men onder behandeling staat worden genoemd uroloog (n=14), neuroloog(n=1) en gynaecoloog (n=3).

Zoals eerder is aangegeven hebben ruim honderd bewoners geen behandeling/begeleiding door wie dan ook voor hun OUV-klachten. Ruim de helft van de behandelde bewoners heeft één zorgverlener, in het merendeel van de gevallen wordt hierbij het verzorgend personeel genoemd. Eenderde geeft aan twee zorgverleners te hebben.

Ongeveer tweederde van de bewoners met OUV geeft aan zorg van het verzorgingshuispersoneel te ontvangen. Eenderde helpt zichzelf, al dan niet met behulp van de verzorging. De huisarts wordt in een vijfde van de gevallen als betrokken zorgverlener of behandelaar genoemd.

Er zijn geen gegevens bekend over de inhoudelijke betrokkenheid en kwaliteiten van de genoemde deskundigen.

Van de 450 incontinent bewoners die een behandeling danwel begeleiding krijgen, is 60% tevreden. Slechts 5% (27 mensen) is uitgesproken ontevreden. Een veelgenoemde opmerking bij de tevreden bewoners is dat de verzorgenden ondanks de werkdruk, toch hun best doen.

Specifieke klachten van bewoners hebben veelal betrekking op het in gebruik zijnde incontinentiemateriaal.

## 4.6 Ziekten en aandoeningen

Ongewild urine- of faecesverlies kan mogelijk samenhangen met een aantal ziekten of aandoeningen (inclusief stoornissen). Aan de bewoners is gevraagd de ziekten/aandoeningen van het afgelopen half jaar te noteren.

Van de 982 bewoners had 11% geen ziekte of aandoening ten tijde van het onderzoek. De overige 875 bewoners hebben gemiddeld per persoon twee aandoeningen. Vier mensen hadden last van zes aandoeningen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het voorkomen van ziekten en aandoeningen bij de bewoners.

Tabel 4.6 Gerapporteerde ziekten en aandoeningen (n=982)

Ziekte/aandoening	Voorkomen ( n,%)
Slechtziendheid ( met bril/contactlenzen)	503 (52.0)
Ademhalingsmoeilijkheden (kortademig, benauwdheid, astma)	273 (28.2)
Hartziekte	225 (23.3)
Suikerziekte	181 (18.7)
Dementie	171 (17.6)
Hoge bloeddruk	164 (16.7)
Hersensbloeding	102 (10.5)
Incontinentie voor de ontlasting	90 (9.3)
Anders <sup>1</sup>	78 (8.0)
Kanker	45 (4.6)
Ziekte van Parkinson	44 (4.5)
Prostaatklachten	38 (3.9)
Multiple sclerose	2 (0.2)

<sup>1</sup>Hieronder vallen reuma (n=8), doofheid/gehoorstoornis (n=7), vergeetachtigheid, psychiatrische aandoeningen (n=5), evenwichtsstoornis, osteoporose (n=4), chronische blaasontsteking, artrose (n=3), blindheid, epilepsie, halfzijdige verlamming (n=2) en ziekte van Crohn, Korsakow syndroom, ziekte van Huntington (n=1).

Slechtziendheid is de meest voorkomende aandoening onder de bewoners van het verzorgingshuis. Meer dan de helft heeft hier last van. Een kwart van de bewoners heeft last van een hartziekte en/of ademhalingsmoeilijkheden. Ongeveer een zesde van de bewonersgroep rapporteert dementie, suikerziekte en/of een hoge bloeddruk. Tien procent heeft last van de gevolgen van een hersensbloeding.

Om inzicht te krijgen in de relatie tussen ongewenst urineverlies en verschillende aandoeningen is gekeken welke aandoeningen significant vaker voorkomen bij mensen met urineverlies. Deze relatie is gevonden voor hersensbloedingen, ademhalingsmoeilijkheden, suikerziekte, ziekte van Parkinson prostaatklachten, dementie en incontinentie voor de ontlasting .

## 4.7 Mobiliteit

Bijna de helft van de bewoners (45,6%) heeft moeite met het opstaan uit of gaan zitten in een stoel, iets minder mensen (42,2%) heeft deze problemen bij het in en uit bed stappen. Tweederde van de bewoners heeft moeite met het voortbewegen binnenshuis. Van het totaal aantal bewoners geeft bijna 60% aan bij het voortbewegen binnenshuis hulp of een hulpmiddel nodig te hebben. Gemiddeld gebruikt men meestal maar één hulpmiddel om zich binnenshuis voort te bewegen.

Bijna de helft (45,3%) geeft aan altijd zonder problemen op tijd het toilet te bereiken, eenderde lukt dit soms wel/soms niet en een zesde heeft hier zeker

hulp van anderen of hulpmiddelen voor nodig. Vier procent van de bewoners lukt het nooit op tijd het toilet te bereiken.

Tweederde van de bewoners maakt gebruik van een hulpmiddel. Meer dan de helft gebruikt een rollator (ruim 52% van de bewoners), een kwart gebruikt een stok of een rolstoel.

Voor vrijwel alle hierboven genoemde mobiliteitsproblemen bestaat er een relatie met ongewenst urineverlies. Zo hebben bewoners die moeite hebben met het opstaan/gaan zitten in een stoel significant vaker problemen met OUV. Drie keer zoveel bewoners met problemen met in en uit bed stappen hebben OUV-klachten als bewoners zonder deze problemen. Drie keer zoveel mensen die een rolstoel gebruiken ten opzichte van hen die geen rolstoel gebruiken hebben OUV-problemen. Een iets lagere kans hebben rollatorgebruikers, maar nog wel significant. Andere hulpmiddelen (schraag/looprek, krukken, stok, beugel/speciaal schoeisel, kunstbeen/voet) lieten geen verband zien met ongewenst urineverlies. Bewoners die hulp nodig hadden bij het voortbewegen binnenshuis hadden twee maal zo vaak last van OUV als bewoners zonder problemen.

Mobiliteitsproblemen vertonen een sterke samenhang met OUV-klachten. Vooral bewoners die van anderen of hulpmiddelen afhankelijk zijn voor hun mobiliteit hebben vaker een kans op ongewenst urineverlies.



## 5

# SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt puntsgewijs een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten en worden enkele conclusies geformuleerd. Vervolgens worden enkele aanbevelingen gedaan die in de vorm van verdere concrete acties danwel onderzoek kunnen worden uitgewerkt.

### 5.1 Samenvatting en conclusies

Om zicht te krijgen op de aard, omvang en behandeling van ongewild urineverlies in verzorgingshuizen zijn, zowel mondeling als schriftelijk, gegevens verzameld bij contactpersonen van 29 verzorgingshuizen. Aan alle bewoners uit deze huizen is door de verzorging een vragenlijst over incontinentie overhandigd. De deelname aan het onderzoek van zowel contactpersonen als bewoners is goed te noemen. Dat niet alle vragenlijsten van de bewoners volledig waren ingevuld heeft onder andere te maken met de opbouw van de bewonerspopulatie: de gemiddelde leeftijd is ruim 85 jaar en het aantal psychogeriatrische bewoners wordt geschat op rond de 25%. Door de hoge werkdruk van het personeel was men niet altijd in staat hulp te verlenen bij het invullen van de vragenlijst voor de bewoners.

In de onderzoeksgroep was het aantal deelnemende pg-bewoners significant ondervertegenwoordigd ten opzichte van de totale bewonerspopulatie. Bij de overige kenmerken zoals leeftijd, geslacht en duur van het verblijf zijn geen significante verschillen gevonden. Door de ondervertegenwoordiging van een belangrijke groep pg-bewoners, zijn indien nodig, de gegevens die zijn verkregen via de contactpersonen als uitgangspunt genomen.

### 5.1.1 Algemene gegevens

- Binnen verzorgingshuizen worden begrippen als incontinentie en ongewild urine- of faecesverlies veelal onder de vlag van incontinentie bijeengebracht;
- 60% van het totaal aantal uitgezette bewonersvragenlijsten is geretourneerd;
- Door onvolledig ingevulde bewonersvragenlijsten uit te sluiten, is uiteindelijk tweederde van het totale aantal geretourneerde vragenlijsten geanalyseerd;
- Met uitzondering van de provincies Zuid-Holland en Zeeland is de verspreidingsgraad van de deelnemende huizen overeenkomstig de verspreidingsgraad van verzorgingshuizen in Nederland;
- Geschat wordt dat een vijfde van de onderzochte bewonerspopulatie psychogeriatrische problemen heeft, hiervan is het percentage mannen 20% en de gemiddelde leeftijd 85,2 jaar. In vergelijking met landelijke cijfers over leeftijd en geslacht (CBS en WZF) ontlopen de percentages elkaar niet veel.

#### Conclusie

*Met enige voorzichtigheid kan geconcludeerd worden dat de gepresenteerde gegevens generaliseerbaar zijn voor de verzorgingshuizen in Nederland.*

### 5.1.2 Prevalentie, omvang, aard en mate van incontinentie

De eerste onderzoeksvraag die beantwoord diende te worden was de vraag naar de omvang, aard en mate van OUV in verzorgingshuizen. Voor het beantwoorden van deze vraag is gekozen voor een brede aanpak, waarbij het huidige incontinentiebeleid in verzorgingshuizen een belangrijke rol speelt.

Samengevat betekent dit:

- Het gemiddeld percentage **alleen** urine-incontinente bewoners (exclusief de bewoners die deelnemen aan substitutieprojecten) is *volgens de contactpersonen* 44,3%, het aantal faeces-incontinente bewoners schatten zij op 2,6% en dubbel incontinente op 4,5%.
- De prevalentiecijfers verkregen van de *bewoners*, liggen over het algemeen hoger dan de percentages aangegeven door de contactpersonen. Zo is het percentage bewoners dat urine-incontinentie aangeeft 50,7%, faecesincontinentie 1,8% en beide 7,5%.

#### Conclusie:

*Geconcludeerd kan worden dat ongeveer de helft van het totaal aantal bewoners ongewild urine danwel faeces verliest; dit betekent in de verzorgingshuizen extra aandacht en begeleiding door verzorgenden en leidinggevenden*

*voor deze problematiek.*

*De verschillen die er bestaan tussen de rapportage van de verzorgenden en de bewoners kunnen te maken hebben met een onderrapportage door de verzorgenden, die niet van alle bewoners weten of ze incontinent zijn, of met een selectieve respons van de bewoners. Geconcludeerd kan worden dat bij eventueel toekomstig onderzoek rekening gehouden wordt met het hoge percentage psychogeriatrische ouderen (Dit in verband met response en inschakelen proxie).*

De contactpersonen gebruiken zorgdossiers en bestellijsten van incontinentiemateriaal om te inventariseren hoeveel mensen in huis incontinent zijn. Over de vorm en ernst van incontinentie is in verzorgingshuizen weinig bekend. Indelingen met betrekking tot de vorm en ernst van incontinentie worden veelal gebaseerd op het huidige verbandgebruik van de bewoners zoals: een groot verband is ernstig- en een licht verband betekent licht incontinent.

Hier volgen de belangrijkste resultaten over de vorm en de ernst van incontinentie:

- De meest voorkomende vorm van incontinentie is volgens de contactpersonen stress-incontinentie (ruim 37% van de incontinentie bewoners) en urge-incontinentie (25%). Een gemengde vorm van incontinentie wordt in 16% van de gevallen gerapporteerd. Veelal is deze indeling gebaseerd op schattingen.
- Wat betreft de ernst van de incontinentie geven de contactpersonen voornamelijk zware incontinentie aan (40,7%) als de meest voorkomende ernst-categorie, de bewoners geven zelf echter matige incontinentie (42,1%) aan als de meest voorkomende categorie.

Conclusie:

*In verzorgingshuizen zijn weinig exacte gegevens bekend over de vorm en inhoud van OUV.*

*Daar er geen feitelijke gegevens bekend zijn en/of geregistreerd worden, is het niet verwonderlijk dat de cijfers nogal uiteenlopen. Beide groepen zijn het er wel over eens dat lichte incontinentie het minst voorkomt (schatting verzorgenden 21% en bewoners 27%).*

### **5.1.3 Het incontinentiebeleid in verzorgingshuizen**

Incontinentiebeleid en incontinentiemateriaal worden in verzorgingshuizen veelal in één adem genoemd. Bij nieuwe bewoners wordt specifiek door medewerkers aandacht geschonken aan het voorkomen van incontinentie en toiletgewoontes. Men kan doorgaans het eigen incontinentiemateriaal blijven gebruiken.

Een samenvatting van enkele opvallende resultaten:

- Bij bewoners die al langer in het verzorgingshuis wonen signaleert de verzorging de ene keer in een vroeg en de andere keer in een laat stadium ongewild urineverlies. Als verklaring voor het laat signaleren worden genoemd: respect voor eigen privacy en eigen verantwoordelijkheid van de bewoner.
- Alle contactpersonen geven aan belang te hechten aan een goed OUV-protocol.
- Over het algemeen hebben verzorgingshuisbewoners hun eigen huisarts, gemiddeld 10 huisartsen per huis, dit komt de overzichtelijkheid voor de verzorging niet ten goede. De werkzaamheden van de huisarts op het gebied van behandeling/begeleiding hebben veelal te maken met het diagnostiseren en behandelen van urineweginfecties, het schrijven van recepten, het tekenen van machtigingen en overleg over al dan niet catheteriseren.
- De rol die de huisarts speelt in het gehele traject van diagnostiseren, behandelen en begeleiden van incontinentie is 'minimaal'.
- Vaste afspraken tussen huisartsen en verzorging over diagnosestelling en (soort) behandeling zijn niet aanwezig, indien nodig regelt de verzorging de contacten met de huisarts.
- De geringe bemoeienis van de huisarts wordt door de contactpersonen ervaren als een belangrijk knelpunt. Wil men gaan werken volgens een vast OUV-protocol dan wordt het van belang gevonden dat de huisarts in het gehele traject van diagnostiseren tot behandelen intensiever betrokken raakt.

**Conclusie:**

*De rol van de huisarts zal geïntensiveerd moeten worden. De behoefte bij verzorgenden om gebruik te kunnen maken van een OUV-protocol is groot.*

### **5.1.4 Knelpunten**

Rond het huidige incontinentiebeleid in het verzorgingshuis bestaan de volgende knelpunten:

- Specifieke klachten van bewoners (5% is echt ontevreden) hebben veelal te maken met niet goede incontinentie-materialen. 60% van het aantal respondenten geeft aan tevreden te zijn over de gang van zaken rond incontinentie.
- De inbreng van de huisartsen, met name met betrekking tot diagnosestelling en advisering, behandeling en begeleiding vindt men minimaal en zou verbetering behoeven.
- Er wordt te weinig gedaan met betrekking tot het zoeken naar adequate behandelingsmogelijkheden; tot op heden staat het gebruik van incontinentiemateriaal centraal.
- Er gaat nog veel tijd zitten in administratieve handelingen rond het bestel-

len van incontinentiemateriaal, verzorgen van machtingen etc. Computers en geschikte programma's voor centrale opslag zijn niet beschikbaar, verbetering is gewenst.

Conclusie:

*Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat de bewoners in verzorgingshuizen tevreden zijn over de huidige gang van zaken rondom incontinentie. Meer structuur in het gehele incontinentiebeleid waarbij verzorgers, bewoners en hulpverleners betrokken zijn is van belang.*

### **5.1.5 Behandeling en begeleiding van mensen met OUV**

Het tweede doel van het onderzoek was inzicht te krijgen in de verschillende behandelingsmethoden voor OUV in verzorgingshuizen. Hierbij is een kanttekening op zijn plaats. De brede definitie van behandeling en begeleiding en de verschillen in interpretatie en onbekendheid van de afzonderlijke begrippen, kan geleid hebben tot enkele verschillen tussen de resultaten van contactpersonen en bewoners.

Samenvattend:

- Praktisch alle personen met ongewild urineverlies gebruiken incontinentiemateriaal (99,5%).
- Naast het gebruik van incontinentiemateriaal, staan hulp bij toiletbezoek en regelmatige verschoningsrondes bij de contactpersonen bovenaan de lijst.
- Over de behandeling van urineweginfecties lopen de percentages tussen contactpersonen en bewoners nogal uiteen (8% vs 23 %).
- Specifieke trainingen van zowel de blaas als de bekkenbodemp komen weinig voor.
- Tweederde van de incontinentie bewoners geeft aan hulp te ontvangen bij de verzorging.
- 60% van de bewoners is tevreden over de behandeling/zorg die men op dit gebied krijgt.

Conclusie:

*Er bestaat een eenzijdige manier van 'behandelen' en begeleiden in verzorgingshuizen, hierbij gaat het voornamelijk om het gebruik van incontinentiemateriaal. Veelal worden behandelingen niet systematisch vastgelegd en werkt men daar waar het gaat om behandelen met geschatte gegevens.*

### **5.1.6 Ziekten en aandoeningen**

Om na te gaan welke aandoeningen significant vaker voorkomen bij mensen met ongewild urineverlies is bij bewoners gevraagd naar diverse aandoeningen en ziekten.

Conclusie:

*Verschillende ziekten en aandoeningen zoals hersenbloeding, ademhalingsmoeilijkheden, suikerziekte, ziekte van Parkinson, prostaatklachten en dementie komen significant vaker voor bij mensen met OUV.*

### **5.1.7 Mobiliteit**

Verondersteld wordt dat mobiliteitsproblemen een belangrijke rol kunnen spelen bij ongewild urineverlies.

Onderstaand de belangrijkste resultaten op een rij:

- Tweederde van de bewoners heeft moeite met het zich voortbewegen binnenshuis en 60% maakt gebruik van een hulpmiddel bij het zich verplaatsen.
- Iets minder dan de helft van de bewoners heeft geen problemen met op tijd het toilet bereiken, een derde lukt het soms wel en soms niet, 15% heeft hulp van anderen of hulpmiddelen nodig en 4% lukt het nooit om op tijd het toilet te bereiken.
- Bij de opgegeven redenen van OUV wordt 'plotselinge aandrang en niet op tijd het toilet kunnen bereiken' als belangrijkste reden aangegeven.
- Bewoners die moeite hebben met zitten/opstaan uit een stoel, die moeilijk in en uit bed kunnen stappen, rolstoel- of rollatorgebruikers zijn, hebben vaker problemen met OUV dan mensen die deze problemen niet hebben.

Conclusie:

*Immobiliteit speelt een belangrijke intermediaire rol bij OUV in verzorgingshuizen.*

### **5.1.8 Opleiding en OUV-protocol**

OUV neemt binnen het verzorgingshuis een belangrijke plaats in. Het bijhouden van ontwikkelingen op dit gebied zou in de lijn van de verwachtingen liggen.

Samenvattend:

- In de opleiding van verzorgenden wordt onvoldoende aandacht besteed aan incontinentie.
- Er wordt weinig aandacht geschonken aan bij- en nascholing op dit gebied.
- Als hier wel aandacht aan wordt besteed, is dit vaak intern georganiseerd is zoals bijvoorbeeld klinische lessen of informatieavonden.
- Er bestaat een uitgesproken belangstelling voor een OUV-protocol.

Conclusie:

*Er is volgens de verzorgenden in verzorgingshuizen onvoldoende aandacht voor scholing en nascholing voor onderwerpen die met OUV te maken hebben.*

*Wat betreft het in de toekomst gaan werken met een OUV-protocol kan geconcludeerd worden dat de bereidwilligheid groot is. Duidelijke en toegankelijke protocollen worden op prijs gesteld, waarbij het gaat om een zogenaamd 'stappenplan' met concreet omschreven acties.*

### **5.1.9 Hoe ziet de ideale situatie eruit?**

De opheffing van de Wet op de bejaardenoorden en de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ zal voor het te voeren incontinentiebeleid belangrijke consequenties hebben.

Samenvattend:

- Er is een positieve houding vanuit de contactpersonen met betrekking tot centraliseren van de inkoop van incontinentiematerialen waardoor minder administratieve handelingen hoeven te worden verricht.
- Ondanks de te verwachten toekomstige voordelen (één financieringssysteem, centrale inkoop etc.), overheerst de tendens van onbekendheid en onzekerheid over de invulling van het toekomstige beleid zoals: keuze van het materiaal, vergoedingen, financiering, wat te doen met mensen die nu preventief materiaal gebruiken, diagnosestelling en behandeling etc.
- Een duidelijke plaats en invulling zal moeten worden gegeven aan de rol van de huisarts.
- Voor een (toekomstig) goed incontinentiebeleid zijn afspraken over randvoorwaarden van belang, zoals voldoende personeel, tijd, materiële faciliteiten, afspraken en het regelen van verantwoordelijkheden.

Conclusie:

*Over het algemeen heerst onzekerheid over de toekomst en kan geconcludeerd worden dat ondersteuning en begeleiding van personeel in verzorgingshuizen, inclusief management bij toekomstige ontwikkelingen, keuzes en afwegingen van groot belang is.*

### **5.1.10 Opstellen van een protocol**

Voor het opstellen van een praktisch bruikbaar protocol moeten keuzes worden gemaakt (zie vraagstelling 3 van het onderzoek).

Conclusie:

*De in deze rapportage beschreven prevalentiecijfers en inzicht in het incontinentiebeleid in verzorgingshuizen kunnen dienen ter onderbouwing van het op te stellen OUV-protocol.*

*Het protocol is als deel II aan de rapportage toegevoegd.*

## **5.2 Aanbevelingen**

Op grond van voorgaande gegevens kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd:

1. Aanbevolen wordt om OUV een centrale plaats te geven in het zorgbeleid van verzorgingshuizen. Dit betreft signalering, behandeling en begeleiding waarbij tevens aandacht is voor organisatorische randvoorwaarden, zoals voldoende personeel, tijd, afspraken over verantwoordelijkheden en materiële faciliteiten.
2. Aanbevolen wordt om centrale registratiesystemen op te zetten die beleids-ondersteunende gegevens kunnen leveren zoals bijvoorbeeld aantallen bewoners met OUV, soort, mate en ernst, medicatie, contacten etc.
3. Er moet meer aandacht komen voor opleiding en na- en bijscholing van verzorgenden over signaleren, begeleiden en behandelen van OUV.
4. Aanbevolen wordt om de rol van de huisartsen in het gehele incontinentietraject te intensiveren. Eveneens is het van belang aandacht te besteden aan structurele afspraken tussen huisartsen en verzorgenden/staf van het verzorgingshuis. De uitkomsten van deze studie kunnen onder de aandacht gebracht worden van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap.
5. Aanbevolen wordt om verzorgingshuizen, met het oog op toekomstige ontwikkelingen, wat betreft het te voeren OUV-beleid te ondersteunen. Hierbij gaat het om informatie- en kennisoverdracht. De informatie zal zich moeten richten op de keuze van het incontinentiemateriaal, bulkinkopen, ver-



goeden van behandelingsmethoden, automatisering in relatie tot registratie, inkoop en daarmee het opheffen van arbeidsintensieve administratieve handelingen. Het instellen van een centraal informatienummer over OUV, danwel het gebruik kunnen maken van externe adviseurs wordt aanbevolen.

6. Bekkenbodemspiertraining en blaastraining worden in verzorgingshuizen als behandeling nog weinig toegepast. Onderzoek naar de effecten van deze behandelingsmethoden bij mensen in verzorgingshuizen wordt aanbevolen. Hierbij zal aandacht dienen te worden besteed aan de inpasbaarheid van deze trainingen in een meer algemeen trainingsprogramma voor bewoners, zie aanbeveling 7.
7. Immobiliteit speelt een belangrijke rol bij OUV in verzorgingshuizen. Het bevorderen van de mobiliteit bij mensen met OUV wordt dan ook aanbevolen, waarbij gedacht wordt aan het opzetten van een experiment waarbij een trainingsprogramma ontwikkeld, geëvalueerd en uitgevoerd wordt. Het trainingsprogramma kan naast activiteiten gericht op mobiliteit, elementen bevatten die genoemd zijn onder aanbeveling 6 en het gebruik van en het omgaan met hulpmiddelen.
8. Aanbevolen wordt te werken volgens het voor verzorgingshuizen ontwikkelde OUV-protocol. Er kan worden nagegaan in hoeverre het opgestelde protocol in de praktijk voldoet, of bijstelling noodzakelijk is en hoe het begeleid ingevoerd kan worden in verzorgingshuizen opdat een zo groot mogelijk rendement verkregen kan worden. Het hierbij aangeven van financiële consequenties van deze geprotocolleerde aanpak is van belang.

## LITERATUUR

HOPMAN-ROCK M, STAATS PGM, VERRIJN STUART EP. Activiteiten in de avonden: Evaluatie van een experiment in een zorgcentrum. Leiden:NIPG, 1993. Publ. nr. 93.080.

KLEIJN-DE VRANKRIJKER MW. DE , BECKER, HW. Classificatie van incontinentie en verwante problemen, maart Leiden 1996, Publ. nr. 96.022.

LAGRO-JANSSEN ALM, BREEDVELDT BOER HP, DONGEN JJAM VAN, LEMAIN TJJ, STEENEKEN F, DIJKSTRA RH, WIERSMA TJ. NHG-Standaard Incontinentie voor Urine. Huisarts Wet 1995; 38(2): 71-80.

LAGRO-JANSSEN T. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartsenpraktijk. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.

PANNILL FC. Practical Mangement of urinary incontinence. Med. Clin. North Am. 1989; 73 (6): 1423-1439.

THOMAS TM, PLAUNAT KR, BLANNIN J, MEADE TW. Prevalence of urinary incontinence. BMJ. 1980; 281: 1243-5.

WORLD HEALTH ORGANISATION. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH). A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO, 1980 en 1993.

WZF (WOONZORG FEDERATIE). Jaarverslag 95. Zeist, 1996.

# BIJLAGEN BIJ DEEL 1

		pagina
BIJLAGE 1	Schema contactpersoon: algemene gegevens	43
BIJLAGE 2	Schema contactpersoon: gegevens prevalentie	47
BIJLAGE 3	Vragenlijst bewoners	51



# BIJLAGE 1

## Schema contactpersoon: algemene gegevens



## Bijlage 1: Overzicht algemene gegevens

**Tabel 1a: omvang (speciale) opvang in verzorgingshuis**

In onderstaande tabel kunt u aangeven hoeveel bewoners uw huis heeft, en de grootte van de verschillende vormen speciale opvang, indien van toepassing. In de tweede kolom kunt u voor elk van deze groepen en het totale aantal bewoners het aantal of percentage ouderen met psychogeriatrische problemen<sup>1</sup> aangeven. Mocht u geen precieze informatie hierover hebben dan kunt u ze ook schatten, dit kunt u dan in de twee rechterkolommen aan te geven, onder het kopje schatting.

	Registratie		Schatting	
	Aantal	waarvan met psychogeriatrische problemen (%)	Aantal	waarvan met psychogeriatrische problemen (%)
aantal bewoners*				

Gemiddelde leeftijd bewoners	Aantal mannelijke bewoners
------------------------------	----------------------------

Vormen van groepsverzorging				
	Registratie		Schatting	
	Aantal	waarvan met psychogeriatrische problemen (%)	Aantal	waarvan met psychogeriatrische problemen (%)
groepsverzorging				
dagopvang				
huiskamerproject				
substitutieproject				
anders				
totale omvang				
speciale opvang				
totaal instelling**				

\* hiermee wordt bedoeld het aantal bewoners *exclusief* de groepsverzorgingsprojecten

\*\* hiermee wordt bedoeld het totale aantal bewoners *inclusief* de groepsverzorging

<sup>1</sup> Hierbij gaat het om psychische problemen die op hoge leeftijd aanwezig zijn. Voorbeelden zijn: depressie en dementie van het type alzheimer.





# **BIJLAGE 2**

## **Schema contactpersoon gegevens prevalentie**



## Bijlage 2: overzicht gegevens prevalentie

Tabel 2: Prevalentie urine en faeces-incontinentie

Overzicht verschillende vormen van incontinentie:

1. Urine-incontinentie: onwillekeurig verlies van urine, ten minste twee keer per maand.
2. Faeces-incontinentie: onwillekeurig verlies van de ontlasting, ten minste twee keer per maand

	registratie		schatting	
Incontinentie	aantal	% voorkomen <sup>1</sup>	aantal	rangorde
urine				
faeces				
urine + faeces				
TOTAAL				

<sup>1</sup> percentage berekend over het totaal aantal bewoners in het verzorgingsgedeelte (*exclusief* groepsverzorging)



# **BIJLAGE 3**

## **Vragenlijst bewoners**



**Bijlage 3: Vragenlijst bewoners**

**Onderzoek naar ongewenst  
urineverlies bij bewoners van  
verzorgingshuizen**

**Vragenlijst Bewoners**

**September 1997**

<b>INSTRUCTIE VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST</b>
--

Lees voordat u begint met het invullen van deze vragenlijst de volgende instructies goed door:

- de vragenlijst is bestemd voor *iedere* bewoner, ook als u geen last heeft van ongewenst urineverlies.
- Bij de meeste vragen heeft u keuze uit een aantal antwoorden. Geef uw antwoord door het aankruisen van het hokje voor het antwoord dat het beste op u van toepassing is.  
Voorbeeld: Op de vraag “Wat is uw geslacht?” antwoordt u als u een vrouw bent zo:

1  MAN  
2  VROUW

- Bij sommige vragen mag u meerdere antwoorden geven (dit staat ook aangegeven bij de vraag). Dan kunt u meerdere hokjes aankruisen.
- Waarschijnlijk zijn niet alle vragen op u van toepassing. Als dit zo is dan staat bij elke vraag aangegeven welke vragen u wel kunt invullen. U kunt de tussenliggende vragen dan gewoon overslaan.  
Voorbeeld: vraag 13: Wordt er in uw huis iets gedaan aan uw problemen met on-

gewenst urineverlies?

1  JA  
2  NEE-----> ga nu verder met **vraag 18**  
**op bladzijde 5**

Als u NEE aankruist volgt u de instructie die er achter staat en gaat u in dit geval verder met vraag 18 op bladzijde 5.

Als u JA invult gaat u gewoon verder met de volgende vraag, in dit geval vraag 14.



Ongewenst urineverlies in verzorgingshuizen

*Vragenlijst Bewoners*

---

- Als u het lastig vindt om de lijst alleen in te vullen dan kunt u aan de verzorging of een familielid om hulp vragen. Als u dit heeft gedaan dan kunt u dit bij de laatste vraag [vraag 25 op bladzijde 7] aangeven.
- Kruis altijd het antwoord aan dat het beste bij u past. Er zijn geen goede of foute antwoorden.
- Kruis altijd iets aan, er is altijd een antwoord dat op u van toepassing is.
- De vragenlijst is volledig **anoniem**. U hoeft uw naam nergens in te vullen. Alleen TNO heeft inzicht in de vragenlijsten, het verzorgingshuis niet.
- Als u niet aan het onderzoek wilt meewerken wilt u dan in ieder geval de eerste drie vragen invullen. Met behulp van deze drie algemene vragen kunnen wij nagaan of er verschillen zijn in leeftijd of geslacht tussen mensen die de lijst wel en die de lijst niet invullen.
- Na afloop kunt u de vragenlijst terugdoen in de envelop en afgeven aan de verzorging. Dit doet u ook als u de lijst niet (helemaal) in wilt vullen.

Voor vragen over deze vragenlijst kunt u altijd met één van onderstaande onderzoekers bellen:

drs. Patrica Staats	071-5181728
drs. Erwin Tak	071-5181673

**BIJ VOORBAAT DANK VOOR UW MEDEWERKING!**

## A ALGEMENE VRAGEN

1. Wat is uw geslacht?  
1  MAN  
2  VROUW
2. Wat is uw leeftijd?  
..... JAAR
3. Sinds wanneer woont u in een verzorgingshuis?  
SINDS 19 .....

---

## B VRAGEN OVER ONGEWENST URINEVERLIES

4. Heeft u de afgelopen maand wel eens ongewenst urine verloren?

1  JA-->

5. Zo JA, heeft u al **langere tijd** last van ongewenst urineverlies?  
1  JA, SINDS ..... --> ga nu verder met **vraag 9 op bladzijde 2**  
2  NEE -----> ga nu verder met **vraag 9 op bladzijde 2**

2  NEE-->

6. Zo NEE, heeft u **in het verleden** last gehad van ongewenst urineverlies?  
1  JA  
2  NEE -----> ga nu verder met **vraag 18 op bladzijde 5**
7. Zo JA, wanneer heeft u **voor het laatst** ongewenst urine verloren?  
IN 19.....
8. Bent u voor deze klachten **door het verzorgingshuis** behandeld?  
1  JA -----> ga nu verder met **vraag 13 op bladzijde 3**  
2  NEE -----> ga nu verder met **vraag 18 op bladzijde 5**

*De volgende vragen gaan over de ernst van het probleem. Deze hoeft u alleen in te vullen als u de afgelopen maand last heeft gehad van ongewenst urineverlies.*

9. Verliest u overdag weleens ongewild urine? Zo ja, hoe vaak ?

- 1  NEE  
 2  JA -----> 1  MEERDERE KEREN PER DAG  
 2  DAGELIJKS ( 1 KEER PER DAG)  
 3  WEKELIJKS ( 1 TOT ENKELE KEREN PER WEEK)  
 4  MAANDELIJKS ( 1 TOT 3 KEER PER MAAND)  
 5  WISSELEND

10. Verliest u 's nachts weleens ongewenst urine? Zo ja, hoe vaak?

- 1  NEE  
 2  JA-----> 1  MEERDERE KEREN PER NACHT  
 2  1 KEER PER NACHT  
 3  WEKELIJKS ( 1 TOT ENKELE KEREN PER WEEK)  
 4  MAANDELIJKS ( 1 TOT 3 KEER PER MAAND)  
 5  WISSELEND

11. Verliest u urine in de volgende situaties?

	JA	NEE
OMDAT U PLOTSSELING ZO'N AANDRANG HEEFT		
EN NIET OP TIJD HET TOILET KUNT BEREIKEN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
BIJ FLINK HOESTEN, NIEZEN, SPORTEN OF TILLEN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
BIJ LICHTE ALLEDAAGSE BEWEGINGEN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
ZONDER DAT U AANDRANG VOELT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
NADAT U NAAR HET TOILET BENT GEWEEST (NADRUPPELEN)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
BIJ EEN OVERVOLLE BLAAS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

12. Hoeveel urine verliest u meestal per keer?

- 1  KLEINE DRUPPELTJES  
 2  KLEINE BEETJES (MINDER DAN DE INHOUD VAN EEN BORREL  
 GLAASJE)  
 3  MEER DAN DE INHOUD VAN EEN BORRELGLAASJE  
 4  GROTERE HOEVEELHEDEN IN EEN KEER (MEER DAN EEN THEEKOPJE)  
 5  WISSELEND

## C VRAGEN OVER DE BEHANDELING

13. Krijgt (of kreeg) u in verband met uw ongewenst urineverlies een of meerdere van de volgende vormen van verzorging, begeleiding en/of therapie in het verzorgingshuis ?

	JA	NEE
FYSIOTHERAPIE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
BLAASTRAINING	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
BEKKENBODEMSPIEROEFENINGEN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
MEDICIJNEN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
INCONTINENTMATERIAAL (LUIERS, CONDOOMS, LAKENS)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
PESSARIUM/TAMPONS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
HULP BIJ TOILETBEZOEK	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
CONTROLE OP UW VOCHT-INNAME	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
VASTE TOILETRONDES (bv. OM DE 2 UUR)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
VASTE CATHETER INGEBRACHT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
REGELMATIGE CONTROLE OP 'DROOGZIJN'	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
REGELMATIGE VERSCHONINGSRONDES (VERWIJZING NAAR) SPECIALIST ZOALS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
UROLOOG, GYNAECOLOOG	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
OPERATIEVE INGREEP	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
BEHANDELING VAN INFECTIES AAN URINEWEGEN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
'EIGEN' BEHANDELING, NAMELIJK.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
ANDERS, NAMELIJK.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**LET OP!** Als u bij geen van bovenstaande mogelijkheden met JA hebt beantwoord gaat u verder met ---> **vraag 18 op bladzijde 5.**

14. Door welke van de onderstaande personen wordt of bent u verzorgd, begeleid en of behandeld voor uw ongewenst urineverlies in het verzorgingshuis? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

VERZORGEND PERSONEEL VAN HET VERZORGINGSHUIS	1 <input type="checkbox"/>
HUISARTS	1 <input type="checkbox"/>
FYSIOTHERAPEUT	1 <input type="checkbox"/>
SPECIALIST	1 <input type="checkbox"/>
ZELF	1 <input type="checkbox"/>
ANDERS, NAMELIJK.....	1 <input type="checkbox"/>

15. Hoe tevreden bent u over de behandeling/verzorging die u krijgt in verband met uw ongewenst urineverlies?

- 1  ERG ONTEVREDEN
- 2  ONTEVREDEN
- 3  NIET TEVREDEN/NIET ONTEVREDEN
- 4  TEVREDEN
- 5  ERG TEVREDEN

16. Waarom bent u wel/niet tevreden? En welke wensen heeft u nog?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Bent u voor uw problemen met ongewenst urineverlies onder vaste behandeling/controle van een van onderstaande behandelaars? Zo ja, welke? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

- 1  NEE
  - 2  JA ----->
- 1  HUISARTS
  - 1  UROLOOG
  - 1  NEUROLOOG
  - 1  GYNAECOLOOG
  - 1  FYSIOTHERAPEUT
  - 1  PSYCHOLOOG
  - 1  ANDERS,  
NAMELIJK.....

**D VRAGEN OVER ZIEKTEN/AANDOENINGEN**

18. Heeft u op dit moment een van onderstaande ziekten of aandoeningen?

	JA	NEE
HERSENBLOEDING	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
HARTZIEKTE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
ADEMHALINGSMOEILJKHEDEN (KORTADEMIG, BENAUWDHEID, ASTMA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
SUIKERZIEKTE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
ZIEKTE VAN PARKINSON	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
HOGЕ BLOEDDRUK	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
PROSTAATKLACHTEN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
MULTIPLE SCLEROSE (MS)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
DEMENTIE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
KANKER	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
SLECHTZIENDHEID (EVENTUEEL MET BRIL/CONTACTLENZEN)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
INCONTINENTIE VOOR DE ONTLASTING	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
ANDERS, NAMELIJK.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**E vragen over uw mobiliteit**

19. Heeft u moeite met het opstaan of gaan zitten in een stoel?

- 1  JA  
2  NEE

20. Heeft u moeite met het in en uit bed stappen?

- 1  JA  
2  NEE

21. Kunt u binnenshuis lopen?

- 1  JA, ZONDER PROBLEEM  
2  ALLEEN MET HULP VAN ANDEREN  
3  ZONDER HULP VAN ANDEREN, MAAR WEL MET HULPMIDDELEN  
4  HELEMAAL NIET

22. Gebruikt u een van onderstaande hulpmiddelen bij het voortbewegen binnenshuis? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

	JA	NEE
- ROLSTOEL	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- ROLLATOR	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- SCHRAAG/LOOPREK	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- KRUK(KEN)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- STOK	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- BEUGEL/SPECIAAL SCHOEISEL	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- KUNSTBEEN/KUNSTVOET	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

23. Lukt het u om op tijd een toilet te bereiken als u aandrang voelt?

- 1  JA, ALTIJD ZONDER PROBLEEM
- 2  ALLEEN MET HULP VAN ANDEREN
- 3  ZONDER HULP VAN ANDEREN, MAAR WEL MET HULPMIDDELEN
- 4  SOMS WEL/SOMS NIET
- 5  HELEMAAL NOOIT

24. Deze vragenlijst is ingevuld door:

- 1  BEWONER
- 2  VERZORGING
- 3  FAMILIELID
- 4  BEWONER SAMEN MET VERZORGING
- 5  BEWONER SAMEN MET FAMILIELID
- 6  ANDERS, NL. ....

*Hiermee zijn we aan het einde van deze vragenlijst gekomen. Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben over deze lijst of het onderzoek dan kunt u die hieronder kwijt.*

25. Vragen/opmerkingen:

.....

.....

.....

**Hartelijk bedankt voor uw medewerking aan dit onderzoek. Wilt u zo goed zijn de vragenlijst in de bijgevoegde retour envelop te doen, en deze in te leveren bij de verzorging of hem persoonlijk aan ons terug te sturen.**





## Deel II

# PROTOCOL ONGEWILD URINE VERLIES IN VERZORGINGSHUIZEN

EEN AANZET





# 1

## PROTOCOL ONGEWILD URINEVERLIJES

### 1. Inleiding

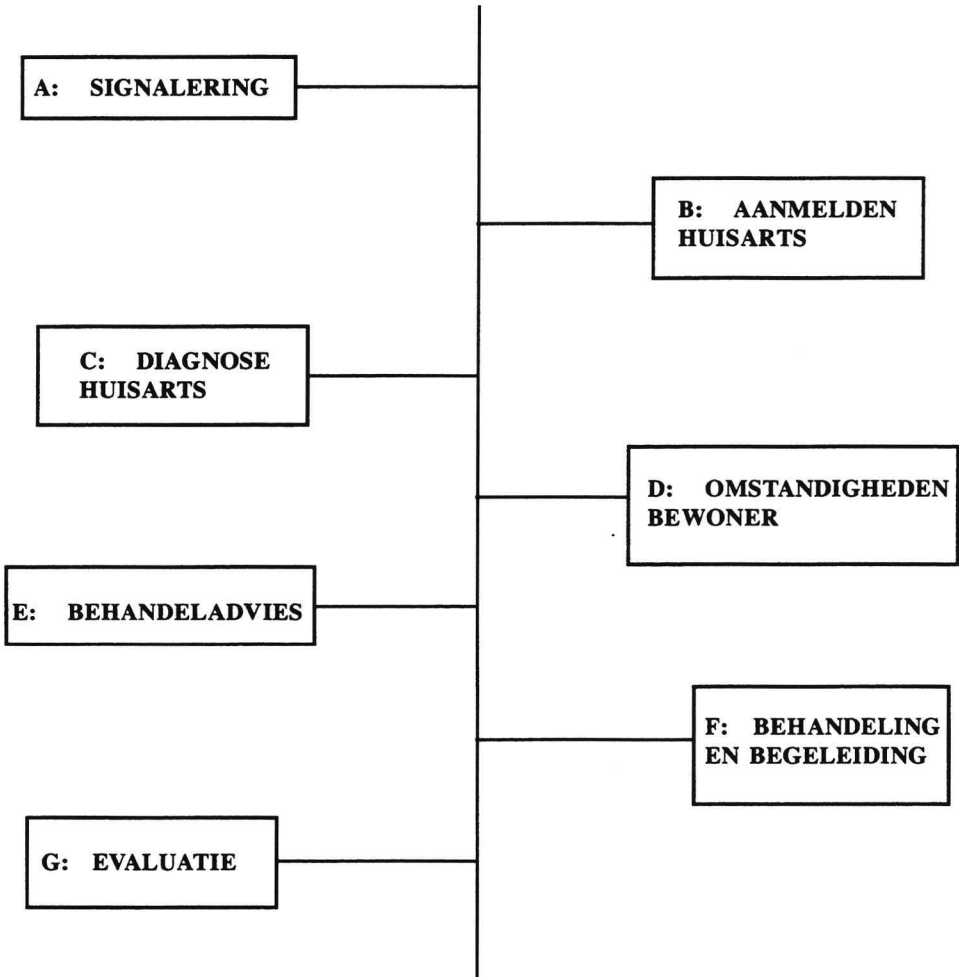
Uit de resultaten van een inventarisatie bij verzorgingshuizen is gebleken dat men over het algemeen niet gewend is om volgens een vast OUV-protocol te werken. De geïnterviewde contactpersonen geven echter aan, behoefte te hebben aan een concreet stappenplan waarin kort wordt aangegeven welke stappen de bewoner veelal in samenspraak met de verzorging moet ondernemen bij optredend ongewild urineverlies. Hierbij werd de wens geuit om te komen tot een makkelijk en overzichtelijk protocol waarmee iedereen in de praktijk kan werken: niet alleen helpenden en verzorgenden, maar ook leidinggevenden en stafmedewerkers. Het protocol heeft de vorm van een stappenplan en niet die van een uitgebreid naslagwerk. Het gaat hierbij om een aanzet tot een 'Protocol ongewild urineverlies' (faeces wordt buiten beschouwing gelaten) dat in de praktijk nog uitgetest en verder ontwikkeld dient te worden. Uitgangspunt bij alle ondernomen acties is dat de wens van de bewoner centraal staat in de besluitvorming, waarbij de vraag van belang is of inmenging van anderen al dan niet op prijs wordt gesteld.

Voor het opstellen van het stappenplan is gebruik gemaakt van literatuur (o.a. van de NHG-Standaard Incontinentie voor Urine; Lagro-Janssen e.a., 1995) en de ervaring van deskundigen uit verzorgingshuizen. De afzonderlijke stappen worden toegelicht.



## 2

# OVERZICHT STAPPENPLAN ONGEWILD URINEVERLIES IN VERZORGINGSHUIZEN



## A. SIGNALERING

### Signaleren bij wie?

- Nieuwe bewoners
- Bewoners met mogelijk OUV
- Bewoners met OUV-problemen

### Actie bij nieuwe bewoners

- Bij intake-gesprek vragen of er sprake is van OUV
- Vragen aan de bewoner:
  - . of de oorzaak van OUV bekend is;
  - . of de diagnose al gesteld is;
  - . hoe lang men al urine verliest;
  - . hoe vaak en hoeveel urine men verliest;
  - . welke oplossingen men tot nu toe heeft;
  - . toekomstige wensen en verwachtingen.
- Vanuit de verzorging informatie geven en afspraken maken
- Aangeven wat de mogelijkheden zijn vanuit het verzorgingshuis met betrekking tot OUV;
- Concrete afspraken maken met de bewoner en zo nodig met de familie over hoe nu verder (zie stappenplan)
- Voor het stellen van een goede diagnose en het opstellen van een behandelplan is het bijhouden van het mictiepatroon van belang b.v. aan de hand van een dagboek (zie voorbeeld bijlage).

⇒ Blok B

### **Actie bij bewoners met mogelijk OUV**

- Alert zijn op signalen zoals geur, natte kleding, veel was etc.
- signalen bespreken met de bewoner.
- Vragen naar oplossingen tot nu toe, wensen en verwachtingen van de toekomstige bewoner naar medewerkers van het huis.
- Aangeven wat de mogelijkheden zijn vanuit het verzorgingshuis met betrekking tot OUV.
- Concrete afspraken maken met de bewoner en zo nodig met de familie.
- Het mictiepatroon bijhouden b.v. aan de hand van een dagboek (zie bijlage).

⇒ Blok B

### **Actie bij bewoners met OUV**

- In gesprek blijven met de bewoner over OUV, eventuele goede en minder goede oplossingen etc.
- Alert zijn op veranderingen in het OUV-patroon zoals: gebruik van meer incontinentiemateriaal, minder drinken etc.
- Concrete afspraken maken met de bewoner en zo nodig met de familie.
- Eventueel een mictie-dagboek bijhouden (zie bijlage).

⇒ Blok B

### **Randvoorwaarden:**

- Aanwezigheid van voldoende kennis, (bij)scholing en praktische ervaring met OUV.
- Duidelijke afspraken over het intramuraal te voeren incontinentiebeleid.
- Het verdelen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het gebied van OUV.
- Registratieformulieren voor het bijhouden van mictie-patroon (dagboek).
- Registratie relevante gegevens die betrekking hebben op OUV, dit in verband met continuïteit en overdraagbaarheid. De gegevens kunnen betrekking hebben op: medicatie, diagnose, ernst, mobiliteit, behandeling etc.

## **B. AANMELDEN BIJ DE HUISARTS**

### **Wanneer aanmelden bij de huisarts?**

In principe is het aanmelden bij een huisarts altijd van belang, zeker:

- Als de bewoner dit zelf aangeeft.
- Bij onduidelijkheid over de diagnose OUV, soort, mate en ernst.
- Bij onduidelijkheid over verdere behandelingsmogelijkheden.
- Bij veranderingen in het OUV-patroon.
- Bij specifieke klachten, problemen en symptomen.

### **Randvoorwaarden**

- Structurele afspraken maken met de huisarts over hoe te handelen bij OUV. Hierbij gaat het om afspraken over wie gegevens verzamelt, informatieoverdracht etc.
- Formuleren van een duidelijke vraag, wat verwacht de bewoner en/of de verzorging van de huisarts en andersom.
- Afspraken maken over wie de aanmelding verzorgt (de bewoner, familie, verzorging etc.).
- Afspraken maken over een centraal aanspreekpunt in het verzorgingshuis, b.v. de incontinentie- deskundige, familielid of bewoner.
- Registratie.

⇒ Blok C



## C. DIAGNOSE DOOR DE HUISARTS

**Vragen die aan de huisarts gesteld kunnen worden en waarop antwoord kan worden verwacht:**

1. Is er sprake van incontinentie van urine?
2. Van welke soort incontinentie is er sprake: stress-incontinentie, urge-incontinentie, gemengde incontinentie?
3. Hoe ernstig of zwaar is de incontinentie?
4. Wat is de mogelijke oorzaak van het optredende urineverlies?
5. Behandeladvies.

De NHG-standaard Incontinentie voor urine geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid van de huisarts bij volwassenen met klachten van onwillekeurig verlies van urine.

**Vragen die de huisarts tijdens een consult kan stellen aan de bewoner/verzorging als onderdeel van het stellen van een diagnose staan hieronder uitgeschreven.**

**Belangrijk!**

**Een aantal van deze vragen kunt u met de bewoner voorbereiden, dit versnelt de procedure.**

Treedt het urineverlies op tijdens drukverhogende momenten zoals hoesten, niezen, springen en tillen?

Is er zo'n sterke aandrang dat urineverlies optreedt voordat het toilet bereikt kan worden?

Is er continu verlies van urine?

Is het mictiepatroon veranderd (toegenomen frequentie, nycturie (verhoogde nachtelijke urinelozing), moeilijk op gang komen, zwakkere straal, nadruppelen) of gaat de mictie met pijn gepaard?

Hoe frequent is het urineverlies en hoeveel is het per keer?

Wordt er gebruik gemaakt van opvangmateriaal en zo ja hoeveel?

Wat zijn de gevolgen voor het dagelijks leven (recreatie, omgang met andere bewoners, gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen)?

Wordt er medicatie gebruikt zoals diuretica of middelen met anticholinerge werking zoals antipsychotica en antidepressiva)?

Speelt beperkte mobiliteit of handvaardigheid een rol?

Zijn er operaties geweest of neurologische aandoeningen die mogelijk verband houden met de incontinentie?

Zijn er klachten over droogheid of branderigheid van de vagina?

De huisarts zal in samenspraak met bewoner en verzorging komen tot een duidelijke diagnose, op grond waarvan zo nodig behandeling en begeleiding kan worden gestart.

### **Randvoorwaarden**

- Goed inzicht verzorgenden in het OUV-patroon van de bewoner d.m.v. registratie.
  - Als onderdeel van het kunnen stellen van een goede diagnose is het van belang dat de huisarts kennis heeft van de omstandigheden van de bewoner. Overdracht door de bewoner/verzorgende van gegevens, kennis en informatie, genoemd onder D, aan huisarts.
  - Duidelijke (vervolg)afspraken tussen verzorging/ bewoner en huisarts
- ⇒ Blok E.
- Registratie van de afspraken.

## **D. INVENTARISEREN OMSTANDIGHEDEN BEWONER**

**Het door de verzorgenden signaleren van lichamelijke en/of geestelijke stoornissen als mogelijk achterliggende oorzaak van OUV. Letten op en noteren van:**

- Cognitieve stoornissen (dementie).
- Stoornissen aan het bewegingsapparaat, mobiliteitsproblemen.
- Psychische stoornissen.
- Medicijngebruik (met als mogelijke bijwerking OUV).
- Klachten met betrekking tot urineweginfectie.

### **Gebruik hulpmiddelen**

- Indien nodig, beschikking over een adequaat (loop)hulpmiddel.
- Juist gebruik van een loophulpmiddel.

### **Checken leef/woonomstandigheden**

- Toilet op een overzichtelijke plaats.
- Goede verlichting van en naar het toilet.
- Voldoende en op tijd hulp van het personeel.
- Geen obstakels op de weg naar het toilet.
- Aanpassingen in het toilet.

### **Randvoorwaarden:**

- Voldoende personeel.
- Signaleren lichamelijke en geestelijke stoornissen.
- Kennis en ervaring bij personeel over het verkrijgen en omgaan met (loop)hulpmiddelen.
- Overleg met ergotherapeut over aanpassingen.
- Voldoende aanpassingen en hulpmiddelen aanwezig (checklist maken).
- Overdracht relevante gegevens omtrent de omstandigheden van de bewoner naar de huisarts.

## E. BEHANDELADVIES

Op grond van stap C en D waarbij wordt uitgegaan van een integrale diagnose, kan door de huisarts een behandeladvies en daar waar nodig een verwijzing worden gegeven. In samenspraak met betrokken disciplines kan een **behandelplan** worden samengesteld  $\Rightarrow$  Blok F.

### Vooraf enkele definities:

- Urine-incontinentie:** Onwillekeurig verlies van urine, twee of meer keren per maand ongeacht de hoeveelheid verloren urine.  
Urine-incontinentie is een stoornis, veelal ten gevolge van een ziekte of aandoening.
- Ongewild Urine Verlies:** Een beperking die vanuit verschillende stoornissen kan ontstaan.

### Soorten incontinentie

1. *Urge-incontinentie*: een voortdurende aandrang tot plassen, die moeilijk op te houden is, meestal gepaard gaand met grote hoeveelheden urineverlies.
2. *Stress-incontinentie*: verlies van (meestal kleine hoeveelheden) urine bij krachtsinspanningen zoals hoesten, niezen, lachen, plotselinge bewegingen, sporten enz. zonder dat men een aandrang voelt.
3. *Gemengde vorm van incontinentie*: een combinatie van stress- en urge-incontinentie.
4. *Druppel-incontinentie*: urineverlies door langdurig nadruppelen na de urinelozing.
5. *Overloop-incontinentie*: verlies van enkele druppels urine door overvol raken van de blaas doordat men niet vaak genoeg naar het toilet gaat.
6. *Reflex-incontinentie*: urineverlies als gevolg van bepaalde neurologische aandoeningen.

### **Beschrijving mictie-anamnese**

Om inzicht te krijgen in de soort en zwaarte van de incontinentie kan een zogenaamd 'mictiedagboek' worden bijgehouden (zie voorbeeld bijlage).

Dit moet op een snelle manier inzicht geven in:

- de frequenties (hoe vaak) verlies van urine.
- tijdstip van urineverlies (in uren)
- hoeveelheden urineverlies (droog en nat wegen bij gebruik van incontinentiemateriaal)
- omstandigheden (bij ziekte, vochtinname, weersomstandigheden)

Duur bijhouden van een mictiedagboek: ongeveer een week

De soort incontinentie dient in combinatie met een mictie-anamnese onder andere als uitgangspunt bij een verdere behandeling of verzorging

⇒ Blok F.

## F. BEHANDELING EN BEGELEIDING

Welke van deze behandeling aan welke bewoner moet worden aangeboden is afhankelijk van een groot aantal factoren. Gestreefd moet worden naar het kiezen van de behandeling die de grootste kans op verbetering van de klachten geeft.

### Behandeling/verwijzing door de huisarts na gestelde diagnose

Stress incontinentie	Urge-incontinentie	Gemengd	Anders
. Medicatie	. Medicatie	. Medicatie	. Verwijzing Specialist
. Pessarrium	. Verwijzing Specialist.	. Verwijzing Specialist.	
. Verwijzing Specialist	. Verwijzing BT	. Verwijzing BT+BBST	
. Verwijzing BBST	. Incontinentiemateriaal	. Incontinentiemateriaal	
. Incontinentiemateriaal			

BBST= Bekkenbodemspiertraining : een therapie die door oefening gericht is op het versterken van de bekkenbodemspieren.

BT= Blaastraining: de blaastraining is er op gericht om de blaascapaciteit te verhogen.

### Training, behandeling en verzorging intramuraal

#### Training:

- Bekkenbodemspiertraining (gespecialiseerde fysiotherapeut)
- Blaastraining (gespecialiseerde fysiotherapeut)
- Mobiliteitstraining
- Training hulpmiddelengebruik
- Toilettraining bijv. om de 2 uur

#### Behandeling en verzorging:

- Hulp bij toiletbezoek
- Controle vocht-inname
- Controle op droogzijn
- Verschoningsrondes
- Catheters
- Incontinentiemateriaal

## **OPSTELLEN BEHANDELPLAN**

### **Randvoorwaarden**

- Aanwezigheid voldoende personeel.
- Geen financiële beperkingen.
- Aanwezigheid gespecialiseerde beroepskrachten.
- Goede informatieoverdracht naar de beroepsgroepen.
- Goede informatieoverdracht over behandeling en begeleiding tussen de beroepsgroepen.
- Kennis en ervaring met verzorgings-/behandelingsmogelijkheden.

## **G. EVALUATIE**

### **Evaluatie behandelplan:**

- Tevredenheid over de behandeling nagaan bij de bewoner/behandelaar.
- Terugkoppeling naar betrokken disciplines.
- Indien nodig bijstellen van het behandelplan.
- Afspraken tussen de verzorgenden en de bewoner over verdere voortgang.

**Het is belangrijk om tussentijds in gesprek te blijven met de bewoner en de situatie te evalueren, hierbij als voorstel één keer per kwartaal. De situatie kan ongemerkt veranderen, wat veel ongemak en onnodig leed met zich mee kan brengen.**

**Advies: blijf alert!!!**

### **Randvoorwaarden:**

- Duidelijke behandelplannen.
- Gestandaardiseerde registratie.
- Duidelijke overlegstructuren met andere disciplines.
- Afspraken over taakverdeling en verantwoordelijkheden.



## TOT SLOT

Zoals in de inleiding is aangegeven is hetgeen gepresenteerd in deel II van het rapport een aanzet tot een OUV-protocol. Diverse fasen zijn beschreven van signalering tot evaluatie. Om te komen tot een definitief protocol is het van belang het een en ander in de dagelijkse praktijk van het verzorgingshuis uit te proberen. Het begeleid invoeren van het protocol in enkele verzorgingshuizen wordt voorgesteld. Bij het begeleid invoeren hoort het aanbieden van een cursus, hoe om te gaan met het protocol, en zal verdere informatie-overdracht plaatsvinden naar de medewerkers die er mee moeten gaan werken. Aan de hand van de verkregen informatie van de medewerkers uit de deelnemende huizen, moet het mogelijk zijn een definitief protocol samen te stellen.

Met het ontwikkelde definitieve protocol is het mogelijk het idee verder in de Nederlandse verzorgingshuizen in te voeren, waarbij zonnodig gerichte cursussen worden aangeboden.

Tussentijds kan een ieder die suggesties heeft voor het aanvullen dan wel verbeteren van het protocol schriftelijk reageren, het zal het eindprodukt ten goede komen.

## **ADRESSEN**

Stichting ISIS  
Muntelbolwerk 1  
5213 SZ Den Bosch  
Tel: 073-6122822

Vereniging Nederlandse Incontinentie Verpleegkundigen (VNIV)  
Secretariaat  
Achterloseweg 33  
6604 KC Wychen  
tel : 024-6413266

Vereniging Leveranciers van Incontinentie Materialen (VLIM)  
secretariaat  
Cordier hygiëne  
Postbus 1129  
1300 BC Almere  
tel: 036-5346524

TNO Preventie en Gezondheid  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden  
Tel: 071-5181818

# **BIJLAGE BIJ DEEL II**

## **Mictiedagboek**



## VOORBEELD FORMULIER MICTIEDAGBOEK

Week nummer

Maandag Datum...../...../.....

	urineverlies	toilet/incomateriaal/anders	hoeveelheid OUV	omstandigheden	opmerkingen
07.00 uur					
08.00 uur					
09.00 uur					
10.00 uur					
11.00 uur					
12.00 uur					
13.00 uur					
14.00 uur					
15.00 uur					
16.00 uur					
17.00 uur					
18.00 uur					
19.00 uur					
20.00 uur					
21.00 uur					
22.00 uur					
23.00 uur					
24.00 uur					
00.00 uur					
01.00 uur					
02.00 uur					
03.00 uur					
04.00 uur					
05.00 uur					
06.00 uur					

**Instructie:**

Geef bij urineverlies aan of het op het toilet is, tijdstip van verschonen incomateriaal, anders is (bv. kleding nat) en verschonen.

Wat betreft de hoeveelheid OUV kan bij gebruik inco-materiaal het verband vooraf gewogen worden en na verschoning, aangevuld met de letter L als het doorgelekt is en D als het droog is.

Bij omstandigheden kan ingevuld worden bijvoorbeeld ziekte, weersomstandigheden, abnormale vochtinname etc.

Voor een goed overzicht is het van belang dat het dagboek ongeveer een week wordt bijgehouden.





50%

35%

10%

50%

