

JGZ-richtlijn

Zindelijkheid urine en feces

Samenvatting



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Zindelijkheid urine en feces

Samenvatting

Een publicatie van het
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Datum

November 2011

Auteurs

Dr. Mascha Kamphuis¹, jeugdarts KNMG

Dr. Frank J.M. van Leerdam^{2*}, jeugdarts/arts maatschappij en gezondheid

Drs. Catelijne J. Wierenga-van der Hoeven^{3**}, jeugdarts/arts maatschappij en gezondheid

Dr. Anneke M.W. Bulk-Bunschoten⁴, jeugdarts/arts maatschappij en gezondheid

Dr. Jacqueline A. Deurloo⁵, jeugdarts KNMG

Drs. Maaïke Beltman⁶, biologe

Auteursrechten voorbehouden

©Nederlands Centrum jeugdgezondheid, Utrecht, 2011

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich graag aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

1 Werkzaam bij TNO (Leiden) en Thuiszorgorganisatie Careyn (Schiedam).

2 Destijds werkzaam bij EMGO instituut, VUmc (Amsterdam), tegenwoordig IGZ (Den Haag).

3 Werkzaam bij GGD Gooi & Vechtstreek (Hilversum).

4 Destijds werkzaam bij EMGO instituut, VUmc (Amsterdam).

5 Werkzaam bij TNO (Leiden) en GGD Hollands Noorden (Schagen).

6 Werkzaam bij TNO (Leiden).

* Tot 1-1-2009.

** Na 1-1-2009.

INHOUDSOPGAVE

1. URINE	5
1.1 Definities	5
1.2 Anamnese en lichamelijk onderzoek voor urine	5
1.3 Pathologie	9
1.4 Alarm-/verwijssymptomen	9
1.5 Verwijscriteria: wanneer verwijzen?	10
2. URINE: BEGELEIDING EN ADVIES T.A.V. PREVENTIE EN INTERVENTIE	11
3. FECES	16
3.1 Definities	16
3.2 Anamnese en lichamelijk onderzoek	16
3.3 Pathologie	20
3.4 Alarm-/verwijssymptomen	20
3.5 Verwijzing: wanneer verwijzen?	21
4. FECES: BEGELEIDING EN ADVIES T.A.V. PREVENTIE EN INTERVENTIE	23
5. URINE EN FECES	28
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	29
MET DANK AAN	31

1. URINE

1.1 Definities

De volgende definities worden gebruikt in deze richtlijn:

1. Monosymptomatische enuresis nocturna (uitgaande van de definitie uit de Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM IV), ook wel kortweg enuresis nocturna of afgekort MEN: een onwillekeurige lozing van urine gedurende de slaap (overdag of 's nachts), minstens twee keer per week in de afgelopen vier weken voor minstens drie opeenvolgende maanden, bij kinderen ouder dan 5 jaar, niet veroorzaakt door somatische ziekten en zonder andere klachten/symptomen. Door de ICCS wordt de toevoeging 'nocturna' niet meer gebruikt (Neveus, 2008). Onderscheid wordt gemaakt in een:
 - a. Primaire vorm: vanaf de geboorte aanwezig.
 - b. Secundaire vorm: na periode van zes maanden volledig droog zijn gedurende de slaap weer in bed plassen.
2. Incontinentie voor urine: alle vormen van verliezen van urine, zowel overdag als 's nachts, anders dan monosymptomatische enuresis nocturna.
Het gaat dus om:
 - a. Onzindelijk voor urine niet tijdens de slaap met of zonder bijkomende symptomen met of zonder lichamelijke oorzaak. De term enuresis diurna wordt hier niet meer voor gebruikt (richtlijn 'Incontinentie bij kinderen', Jong de, 2008).
En:
 - b. Onzindelijk voor urine tijdens slaap met bijkomende klachten/symptomen.

Samengevat:

Terminologie urine voor kinderen > 5 jaar, > 2 x per week, > 3 mnd = MEN

	Tijdens slaap	Niet tijdens slaap
Met symptomen/oorzaak	Incontinentie	Incontinentie
Zonder symptomen/oorzaak	MEN	Incontinentie

1.2 Anamnese en lichamelijk onderzoek voor urine

Anamnese

Om onderscheid te kunnen maken tussen onzindelijkheid zonder oorzaak en onzindelijkheid voor urine met oorzaak, dient een zorgvuldige anamnese te worden afgenomen, waarvoor een handige en weinig tijdrovende anamneselijst is ontwikkeld die alarm-/verwijssymptomen nagaat (tabel 1) (Hirasing, 1994a). Als op alle vragen 'nee' geantwoord wordt en geen afwijkingen bij lichamelijk onderzoek zichtbaar zijn, is sprake van MEN of incontinentie overdag zonder oorzaak. Als een of meerdere vragen met 'ja' worden beantwoord, behoort een gerichte anamnese te volgen aan de hand van het probleem dat speelt. In de praktijk

zal dat meestal pas na het vierde of vijfde jaar zijn. Vervolgens moet anamneselijst II (tabel 2) afgenomen worden, om de aard en ernst van de onzindelijkheid voor urine te bepalen en de keuze van behandeling en het effect daarvan.

Lichamelijk onderzoek

Naast een goede anamnese dient bij onzindelijkheid ook een inspectie plaats te vinden door de jeugdarts. Het gaat bij deze inspectie om genitalia (aspect, beschadigingen), rug en sacrum (spina bifida, open rug; mildste vorm: een of meerdere wervels zijn misvormd, maar wel bedekt door huid, soms zichtbaar door een dimple of plukje haar op rug).

Naast inspectie vindt palpatie plaats van de buik (obstipatie, weerstanden) en de rug/het sacrum (zie eerder, spina bifida). Als de jeugdverpleegkundige of doktersassistent een kind ziet dat onzindelijk is, wordt door hem/haar ingeschat of een lichamelijk onderzoek nodig is.

Daarnaast behoort het goed bijhouden van de groeicurve ook tot het basisonderzoek bij verdenking op zindelijkheidsproblematiek. Een afbuigende groeicurve kan immers een aanwijzing zijn voor een nierfunctiestoornis of een voedingsprobleem.

De combinatie van verschillende symptomen ofwel de gerichte anamnese van een symptoom (bij 'ja' op vragen uit anamneselijst I) en aanwijzingen bij lichamelijk onderzoek kunnen het vermoeden versterken op een onderliggend probleem. Dit verdient verder onderzoek bij de kinderarts of kinderuroloog, waarbij nu vooralsnog verwezen moet worden naar de huisarts.

Tabel 1 Anamneselijst I urine

Vragen	Ja	Onbekend	Neen
Heeft overdag alleen natte plekjes in de broek			
Droge perioden overdag zijn korter dan 30 minuten			
De plasfrequentie overdag is 8 of meer (terwijl voldoende tijd wordt genomen)			
De plasfrequentie overdag is 3 of minder			
Kan vaak de plas niet ophouden			
Gaat hurken of knijpt om de plas op te houden			
Moet persen om te plassen			
Heeft een onderbroken of staccato straal			
Heeft een slappe straal			
Druppelt steeds na			
Heeft perioden met pijn bij het plassen			
Heeft ooit bloed bij de urine gehad			
Heeft ooit een urineweginfectie doorgemaakt			
Komt 's nachts uit bed om te drinken			
Slaat regelmatig dagen over met ontlasting			
Heeft alleen een nat plekje in bed (d.w.z. geen kleddernat bed)			

Let naast deze vragen ook op de familieanamnese en mogelijke andere problemen.

Tabel 2 Anamneselijst II urine

Vragen	Antwoord
Hoe vaak heeft hij/zij in de afgelopen 4 weken gemiddeld in bed geplast?	
Is hij/zij ooit minimaal 6 maanden achter elkaar droog geweest?	
Zijn er nog meer kinderen ouder dan 6 jaar in het gezin? Zo ja, wanneer waren zij droog?	
Wanneer waren de ouder(s) droog?	
Wat is tot nu toe aan het bedplassen gedaan?	
Draagt hij/zij 's nachts nog een luier?	
Hoe nat is hij/zij 's nachts?	
Hoe vaak is hij/zij 's nachts nat?	
Is uw kind 's nachts wekbaar?	
Heeft uw kind problemen op school en/of thuis? (Hierbij gaat het niet om zuivere leerproblemen.)	
Is hij/zij overdag ook nat?	
<i>Als deze vraag met neen is beantwoord, hoeven de volgende vragen niet meer beantwoord te worden.</i>	
Sinds wanneer is hij/zij overdag nat?	
Hoe vaak is hij/zij overdag nat?	
Hangt het overdag plassen samen met intensief spelen, lachen en giechelen?	
Hoe nat is hij/zij overdag?	
Snurkt hij/zij 's nachts regelmatig?	

1.3 Pathologie

Welke pathologie valt aan te denken?

1. Urineweginfectie.
2. Obstipatie.
3. Anatomische afwijkingen (bv. hypospadie).
4. Hormonale problemen (bv. diabetes).
5. Neurologische afwijkingen (bv. spina bifida occulta).
6. Vertraagde ontwikkeling.
7. Psychologische oorzaken.

1.4 Alarm-/verwijssymptomen

Alarm-/verwijssymptomen bij anamnese

Let op: Per definitie spreken we pas van MEN als het kind ouder is dan 5 jaar.

Op jongere leeftijd kunnen onderstaande symptomen echter ook al alarmerend zijn, maar bij gebruik van een luier lastiger te beoordelen.

- Hele dag door druppeltjesverlies (aanwijzing voor afwijkend verlopende ureter of schade aan sfincter).
- Droge periodes korter dan 30 minuten (mogelijk overactieve blaas en/of veel te kleine blaasinhoud).
- 8 keer of vaker per dag plassen (idem of veel intake). Let op: ook kinderen die onvoldoende tijd nemen om goed uit te plassen kunnen een hoge frequentie hebben. Het is dus van belang hiernaar te vragen.
- 3 keer of minder per dag plassen (mogelijk hypoactieve blaas of veel te weinig drinken).
- Kan plas niet ophouden (mogelijk overactieve blaas, overactieve bekkenbodem, onderactiviteit van sfincter, te kleine blaasinhoud, aandrangsyndroom, schade aan sfincter door seksueel misbruik, blaashalsinsufficiëntie of hyperlaxiteit).
- Hurkt of knijpt (mogelijk overactieve blaas, overactieve bekkenbodem, overactiviteit van sfincter, te kleine blaasinhoud, schade aan sfincter).
- Persen tijdens plassen of naar voren plassen, verder plassen dan 'normaal' (aanwijzing voor 'kleppen' in urethra/blaashals of overactieve bekkenbodem, overactiviteit van sfincter tijdens mictie).
- Onderbroken of staccato straal of plast benen nat (aanwijzing voor 'kleppen' in urethra/blaashals, aanwijzing voor uitgerekte blaas/hypoactieve blaas of overactieve bekkenbodem, overactiviteit van sfincter tijdens mictie).
- Slappe straal (aanwijzing voor hypoactieve blaas/uitgerekte blaas).
- Druppelt (continu) na (aanwijzing voor afwijkend verlopende ureter of bij meisjes vaginale 'reflux').
- Pijn bij plassen (aanwijzing voor irritatie plasser/vulvae, mogelijk blaasontsteking, cave seksueel misbruik).
- Bloed bij urine (idem, mogelijk ander trauma).
- Urineweginfectie in voorgeschiedenis (idem).

- Sinds kort 's avonds en 's nachts (veel) drinken en nat of komt 's nachts uit bed om te plassen (nachtelijke polyurie, veel plassen) (aanwijzing voor diabetes mellitus).
- Slaat regelmatig dagen over met ontlasting of heeft alleen een nat plekje in bed (aanwijzing voor obstipatie).
- Combinatie met andere problemen (mogelijk aanwijzing voor secundair zijn van urineproblemen aan andere problemen of omgekeerd).
- Heeft eerstegraads familielid dat laat zindelijk werd (aanwijzing voor zelfde probleem bij dit kind).

Alarm-/verwijssymptomen bij lichamelijk onderzoek:

Diverse afwijkingen die wijzen op een onderliggend lijden, zoals aanwijzingen voor obstipatie of spina bifida.

1.5 Verwijscriteria: wanneer verwijzen?

Er dient vanuit de JGZ verwezen te worden bij niet zindelijk zijn voor urine na anamnese en lichamelijk onderzoek op grond van de volgende criteria:

- Op grond van de alarm-/verwijssymptomen of afwijkingen bij lichamelijk onderzoek wordt bij het signaleringsconsult verwezen.
- Bij persisterend bedplassen zonder succes van de begeleiding wordt verwezen.
- Bij kinderen met terugkerende problemen (secundaire vorm) is herhaald lichamelijk onderzoek en het opnemen van de anamnese noodzakelijk en zo nodig verwijzing.
- Bij kinderen met vermoeden van een overactieve bekkenbodem, een verkeerde plastetechniek of een overactieve blaas die niet of onvoldoende reageert op de gebruikelijke begeleiding kan naar een fysiotherapeut* worden verwezen. De beoordeling daartoe wordt gemaakt met behulp van anamneselijst I, zie ook de alarm-/verwijssymptomen. Bij twijfel hierover moet overleg plaatsvinden met de huisarts of kinderarts.

* Gezien de aard van de problematiek wordt aanbevolen een fysiotherapeut in te schakelen met specifieke kennis en vaardigheden betreffende deze problematiek. In Nederland zijn bekkenfysiotherapie® (met name gericht op de behandeling van volwassenen) en kinderrfysiotherapie® (gericht op de behandeling van kinderen) erkende specialismen binnen de fysiotherapie. De beide beroepsverenigingen streven ernaar in de nabije toekomst een aparte vermelding kinderbekkenfysiotherapie (fysiotherapie uitgevoerd door de bekkenfysiotherapeut® en kinderrfysiotherapeut® met uitgebreide aanvullende scholing in de kinderbekkenfysiotherapie) op te nemen in de bestaande registers.

2. URINE: BEGELEIDING EN ADVIES T.A.V. PREVENTIE EN INTERVENTIE

VP = jeugdverpleegkundige; A = jeugdarts of verpleegkundig specialist preventie; DA = doktersassistent

Contact	Met wie
Huisbezoek.	VP.
Wat doen? Preventief	Informatie over aantal natte luiers.
Wat doen? Interventie.	N.v.t.
< 3 jaar.	VP/A.
Wat doen? Preventief.	<p>Vraag naar bijzonderheden rond urine, verandering in patroon en zindelijkheidstraining.</p> <p>1,5-2 jaar: vragen of kind al interesse heeft in potje/wc, wordt er al 'getraind'?</p> <ul style="list-style-type: none"> Nog geen sprake van interesse of training: geef advies aan ouders om al wel wat te laten zien aan kind: de wc, boekjes daarover en geef anticiperende voorlichting, zoals hieronder. <p>Ouder informeren over:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kenmerken die aangeven dat het kind toe is aan zindelijkheidstraining zijn onder andere: <ol style="list-style-type: none"> Het kind gaat gedrag imiteren. Het kind weet wat waar hoort. Het kind gaat tekenen van onafhankelijkheid van de opvoeder tonen. Het kind gaat interesse in zindelijkheid tonen, onder andere door de opvoeder te volgen naar het toilet en interesse te tonen in wat de opvoeder daar doet. <p>Daarnaast is een aantal praktische randvoorwaarden nodig, zoals:</p> <ol style="list-style-type: none"> Het kind kan op een potje gaan zitten en weer opstaan. Het kind kan op enigerlei wijze aangeven dat het moet plassen/geplast heeft; dit hoeft niet verbaal te zijn. Het kind moet ontspannen op het potje kunnen zitten (brede rand zodat het geen pijn doet). <ul style="list-style-type: none"> Opvoedingsklimaat: training onder drang levert hooguit een droog, maar niet een zindelijk kind op met risico op vertraagde zindelijkheid.

	<p>In principe start met 'training' zindelijkheid urine: vanaf 2-4 jaar, echter ook inschatten of kind er aan toe is. Hieronder de methode en aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neem tijd voor potje-/ wc-gang, uitleg, wegnemen druk, positieve aandacht. • Begin in een rustige periode, dus niet rond verjaardagen, feestdagen. • Kind zelf laten verschonen of mee laten helpen. • De training dient consequent elke dag/ nacht toegepast te worden gedurende enkele maanden. Soms kan het lang duren voordat de training succesvol is. Wees echter alert op het ontstaan van strijd of afweer bij het kind. <p>De training (overdag)</p> <p>Vast toiletschema: Laat het kind een aantal keer per dag op het potje zitten met luier aan, daarna zonder luier. Laat het kind vervolgens op vaste tijden per dag enkele minuten op het potje zitten zonder luier. Goede momenten zijn: sowieso als er signalen zijn/het kind aangeeft dat het nodig moet en daarnaast als het kind wakker wordt, na het drinken of de maaltijd, bij weggaan of thuiskomen. Vertel daarbij iets leuks terwijl je het kind op het potje zet. Zet het kind slechts enkele minuten op het potje. Het kind laten zitten tot het iets gepresteerd heeft, is sterk af te raden. Laat vervolgens het kind langzaam wennen aan zitten op de wc. Denk hierbij aan een wc-brilverkleiner en de zithouding. Het is belangrijk dat het kind goed kan zitten in hurkhouding. Het kind moet echt ontspannen zitten. Voeten zijn ondersteund en het kind zit op de bril. Gebruik hiervoor een opstapje waar het kind zijn voetjes op kan zetten terwijl het plast.</p>
<p>Wat doen? Interventie.</p>	<p>A: bij aanwijzingen voor pathologie: anamnese (delen van anamneselijst I zijn te gebruiken), zo nodig lichamelijk onderzoek. Eventueel verwijzen (zie alarmsymptomen).</p> <p>VP: bij twijfel pathologie: overleg A.</p> <p>Geen aanwijzingen voor pathologie: niets mee doen, informatie op indicatie, zie bij preventie.</p>
<p>3-5 jaar.</p>	<p><i>VP/DA/A (alleen bij problematiek, als eerder nog geen goed lichamelijk onderzoek is uitgevoerd).</i></p>

<p>Wat doen? Preventief.</p>	<p>Vraag naar bijzonderheden rond urine, verandering in patroon en zindelijkheidstraining.</p> <p>De belangrijkste vragen bij onzindelijkheid zijn: plas jij/plast uw kind nog weleens in de broek of in bed, lukt plassen op de wc of het potje, slaap je met een luier, is er sprake van druppeltjesverlies in bed? Vraag ook naar druppeltjes urineverlies overdag voor of na de mictie (mogelijk als gevolg van uitstelgedrag). Dit wordt vaak niet spontaan gemeld. Wees met name alert op urineweginfecties. Vraag naar (problemen rond) zindelijkheidstraining, wat is er al gedaan? Als het kind zindelijk was, maar nu niet meer (secundaire vorm): vraag sinds wanneer dit speelt en of er veranderingen geweest zijn in omgeving of gebeurtenissen rondom het kind.</p> <p>In principe start met 'training' zindelijkheid urine overdag: vanaf 2-4 jaar, echter ook inschatten of kind eraan toe is. Zie bij < 3 jaar. Zindelijkheid urine in de nacht volgt meestal na zindelijk worden overdag.</p> <p>De training (overdag/nacht)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als het kind overdag goed op de wc plast, kan de luier overdag uit. Als het kind ook enkele nachten een droge luier heeft, kan ook 's nachts de luier uit. • Voor het naar bed gaan wordt geplast. Laat het wat oudere kind nog even lezen of naar muziek luisteren en laat het kind vervolgens nog een keertje plassen. • Bij het niet goed gaan van de training zoals genoemd onder < 3 jaar: geef extra adviezen, zie onder interventie.
<p>Wat doen? Interventie.</p>	<p>Bij problematiek: A: lichamelijk onderzoek. Vanaf 4-5 jaar: zo nodig anamneselijst I.</p> <p>Bij alarmsymptomen/aanwijzingen voor pathologie: Ja » verwijzen » therapie 1e/2e lijn » geen pathologie » retour JGZ. Nee » begeleiding/interventie door de JGZ (eventueel door gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of een jeugdarts met speciale interesse en expertise).</p> <p>Interventie door de JGZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij onzindelijkheid urine dag: vast toiletschema en/of kalender met beloningssysteem. • Bij onzindelijkheid urine nacht/bed: vast toiletschema en alleen bij motivatie ouder én kind: 'opnemen' (op vraag en naar behoefte). • Indien nodig: extra contactmoment afspreken leeftijd 4,5/5 jaar.

> 5 jaar.	VP/DA/A (alleen bij problematiek, als eerder nog geen goed lichamenlijk onderzoek is uitgevoerd).
Wat doen? Preventief.	<p>Vraag naar bijzonderheden rond urine, verandering in patroon en zindelijkheidstraining.</p> <p>Training op juiste moment (zie bij 3-5 jaar)</p> <p>Start interventie onzindelijkheid urine nacht/bed.</p>
Wat doen? Interventie.	<p>Bij problematiek: binnen 1-4 weken een gesprek met A, VP of DA: anamneselijsten I en II en zo nodig lichamenlijk onderzoek door A. Daarnaast behoort het goed bijhouden van de groeicurve ook tot het basisonderzoek.</p> <p>Bij alarmsymptomen/aanwijzingen voor pathologie: Ja » verwijzen » therapie 1e/2e lijn » geen pathologie » retour JGZ. Nee » begeleiding/interventie door de JGZ (eventueel door gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of een jeugdarts met speciale interesse en expertise).</p> <p>Interventie door de JGZ (zie eerder). Bij onzindelijkheid urine overdag en/of terugval (secundaire vorm): » Navragen pathologie (anamneselijst I afwijkend) en andere verklaring? • Pathologie ? » verwijzen. • Geen pathologie, andere verklaring » structuur aanbrengen, weer vast toiletschema, ander probleem begeleiden. Voor het beoordelen van de aard en ernst van onzindelijkheid urine moet ook anamneselijst II worden gebruikt. Van belang is dan: • 1-2 extra contactmomenten voor begeleiding. • Na 2-3 contacten nog niet droog, dan anamnese herhalen. • Kind en ouders informatie geven over de achtergrond van onzindelijkheid (inclusief familiair voorkomen) en de behandeling.</p> <p>Bij onzindelijkheid urine nacht/bed, begeleiding in de volgende stappen: 1. a. Uitleg, wegnemen druk, positieve aandacht. In overleg met ouder: b, c. Ga hierbij altijd uit van vast toiletschema. b. Opnemen. c. Kalender met beloningssysteem. Extra follow-up in overleg met ouder, al wijzen op plaswekker. 2. Plaswekker (meestal vanaf 6 jaar of nog later). » Gedurende 6-8 weken. Daarna droog: nogmaals 6-8 weken. » Echter: na 2-3 weken geen verbetering OF na 6-8 weken ontoereikend: combinatie met medicatie.</p>

3. Persisterend bedplassen: bij hardnekkige onzindelijkheid die niet reageert op voorgaande begeleiding in enkele maanden: opnieuw uitgebreide anamnese en eventueel mictiedagboek bijhouden.
- » Afhankelijk van uitkomst: opnieuw therapie of verwijzen (zie lijst alarmsymptomen).
 - » Kinderen > 8 jaar nog onzindelijk: mogelijkheden individueel afstemmen. Kan betekenen: plaswekker + medicatie (dan zo nodig verwijzen), droogbedtraining, klinische droogbedtraining of verwijzen.

Alleen bij vakantie, snel succes nodig, hardnekkige problematiek bij onzindelijkheid urine: medicatie (dan zo nodig verwijzen).

3. FECES

3.1 Definities

Fecale incontinentie is (onvrijwillig) ontlastingsverlies (in het ondergoed of in de luier) boven de leeftijd van 4 jaar. Dit kan overdag of 's nachts plaatsvinden. Tot voor kort werden verschillende termen gebruikt, zoals *encopresis* en *soiling*. Dit leidde wereldwijd tot verwarring. In 2005 is consensus bereikt om alleen het begrip fecale incontinentie te gebruiken. Deze definitie is opgenomen in de 'Rome III'-criteria.

Een onderverdeling wordt hierbij gemaakt in:

- a. Fecale incontinentie door een organische oorzaak (bijvoorbeeld neurologisch of gastro-intestinaal).
- b. Fecale incontinentie door anorectale chirurgie (bij misvormingen, aangeboren of verworven).
- c. Functionele fecale incontinentie:
 - op basis van obstipatie;
 - zonder fecesretentie, solitaire fecale incontinentie genaamd (deze kinderen verliezen ontlasting zonder dat ze symptomen van obstipatie hebben).

De diagnose obstipatie wordt gesteld aan de hand van de Rome III-criteria, waarbij ten minste twee van de volgende symptomen bij kinderen aanwezig moeten zijn. De JGZ-medewerker moet deze criteria kennen. Deze zijn:

1. Defecatiefrequentie ≤ 2 per week.
2. Fecale incontinentie ≥ 1 episode per week indien zindelijk.
3. Ophouden van ontlasting.
4. Pijnlijke of harde, keutelige defecatie.
5. Grote hoeveelheid ontlasting in luier/toilet.
6. Grote fecale massa in abdomen of rectum.

3.2 Anamnese en lichamelijk onderzoek

Gebruik anamneselijst I feces (zie tabel 3).

Als anamnese en lichamelijk onderzoek niet wijzen op ernstige afwijkingen, wordt anamneselijst II (zie tabel 4) afgenomen om aanknopingspunten voor begeleiding te krijgen. Deze ingevulde lijst dient tevens als nulmeting, waar in een later stadium mee vergeleken kan worden.

Tabel 3 Anamneselijst I feces

Meconiumlozing vond plaats meer dan 48 uur na de geboorte	ja	nee
Obstipatie is ontstaan voor de leeftijd van 3 maanden	ja	nee
Fecale incontinentie zonder verschijnselen van obstipatie	ja	nee
Nachtelijk verlies van ontlasting	ja	nee
Het kind smeert met zijn poep	ja	nee

* Als één of meer vragen met ja worden beantwoord, wordt doorgevraagd met anamneselijst II.

Tabel 4 Anamneselijst II feces

1.	Hoe verliep de zindelijkheids-ontwikkeling? Wanneer zindelijk voor urine? Wanneer zindelijk voor ontlasting?	overdag overdag	's nachts 's nachts
2.	Was uw kind meer dan 6 maanden zindelijk voor ontlasting? Zo ja, wanneer?	ja	nee
3.	Zijn er gebeurtenissen aan te wijzen waarna de onzindelijkheid weer begon? Zo ja, welke?	ja	nee
4.	Hoe vaak had uw kind de afgelopen maand ontlasting in zijn onderbroek?	1-4 maal per maand 2-3 maal per week 4-6 maal per week dagelijks meerdere keren per dag	
5.	Op welk tijdstip van de dag had uw kind een vieze broek?	's ochtends na school op een willekeurig moment overdag dag en nacht	
6.	Hoe is de ontlasting van uw kind?	altijd dun en kleine beetjes normaal hard en in grote hoeveelheden altijd dun en kleine beetjes	

7.	Heeft uw kind pijn bij het poepen?	ja	nee
8.	Heeft uw kind ten minste viermaal per week buikpijn?	ja	nee
9.	Voelt uw kind aandrang om te poepen?	ja	nee
	Gaat uw kind zelf naar het toilet?	ja	nee
	Moet u uw kind naar het toilet sturen?	ja	nee
10.	Hoe gaat het met eten?		
	Heeft uw kind een goede eetlust?	ja	nee
	Eet uw kind elke dag fruit, groente en brood?	ja	nee
	Heeft uw kind als zuigeling voedselallergie gehad?	ja	nee
11.	Gebruikt uw kind medicatie? Zo ja, welke?	ja	nee
12.	Hoe reageert de omgeving op de vieze broeken? Binnen het gezin: Op school:		
13.	Wat heeft u geprobeerd om de onzindelijkheid te laten stoppen?		

De volgende items zijn onderdeel van het lichamelijk onderzoek bij fecale incontinentie (tabel 5).

Tabel 5 Gericht lichamelijk onderzoek

Algemene indruk (failure to thrive), ontwikkelingsonderzoek.
Beoordeling lengtegroei en gewichtstoename.
Palpatie abdomen: forse opgezette buik, scybala (ingedikte ontlasting) aanwezig?
Inspectie anus: openstaande anus, littekens, fissuren, scheurtjes, hematomen, condylomata, fistel aanwezig?
Spina bifida: pluk haar wervelkolom, sacrale dimple (indeuking), eventueel scheve bilnaad.

Een volledig lichamelijk onderzoek moet bij elk kind met obstipatie gebeuren.

3.3 Pathologie

Oorzaken fecale incontinentie

1. Organische oorzaak
 - a. Door gastro-intestinale problemen:
 - ziekte van Hirschsprung (darminnervatieprobleem);
 - darmmyositis.
 - b. Door neurologische problemen:
 - mentale retardatie.
 - c. Door endocrinopathieën:
 - hypothyreoïdie;
 - diabetes insipidus.
2. Door anorectale chirurgie
 - misvormingen in anorectale gebied;
 - anusatresie.
3. Functioneel
 - a. Door obstipatie:
 - dieetfouten;
 - fissuren.
 - b. Zonder fecesretentie (solitair) = onbekende oorzaak.
 - c. Psychologische oorzaken.

3.4 Alarm-/verwijssymptomen

Hier volgen alarm-/verwijssymptomen bij de anamnese aan de hand van de anamneselijst (de jeugdarts moet deze kennen, de jeugdverpleegkundige en doktersassistent zullen hier echter ook alert op moeten zijn, maar hoeven de details niet te kennen).

Deze symptomen kunnen dus wijzen op een organische oorzaak:

- Late meconiumlozing: > 24 uur (48 uur bij prematuren).
- Obstipatie vóór leeftijd 3 maanden (denk aan Hirschsprung).

Deze twee symptomen zijn aanwijzingen voor een langdurig bestaan van obstipatie al of niet op grond van een organische oorzaak. Dit vereist nader onderzoek in een gespecialiseerd centrum.

- Fecale incontinentie zonder verschijnselen van obstipatie (solitaire fecale incontinentie) is moeilijk te behandelen en komt niet voor begeleiding in de JGZ in aanmerking. Verwijzing naar een gespecialiseerd centrum (via de huisarts) is noodzakelijk. Als er twijfel is over deze diagnose moeten leefadviezen gegeven worden gedurende acht weken (waaronder (structureren) toiletraining, beweging, eetpatroon.). Als dit na acht weken geen verbetering geeft, dient alsnog verwezen te worden.
- Nachtelijke fecale incontinentie. Het 's nachts verliezen van ontlasting wijst op de aanwezigheid van een ophoping van feces in het rectum en een darmpassagetijd van meer dan 100 uur (normaal < 62 uur). Dat is een teken van ernstige obstipatie.

Dit moet worden onderscheiden van ontlasting in de vroege ochtend. Dit onderscheiden is bij jonge kinderen lastig. Bij daadwerkelijke nachtelijk verlies: verwijzen naar de huisarts voor behandeling (Benninga, 1996).

- Smeren met ontlasting (bij kinderen ouder dan 2 jaar) kan wijzen op een ernstige gedragsafwijking of op kindermishandeling, met name op seksueel misbruik. Bij verdenking wordt gelet op het gedrag van het kind en of er verdere aanwijzingen zijn bij lichamelijk onderzoek. In geval van aanwijzingen voor seksueel misbruik moet tevens de JGZ-richtlijn 'Secundaire preventie kindermishandeling' gevolgd worden.

Alarm-/verwijssymptomen bij lichamelijk onderzoek zijn:

- Signalen die kunnen wijzen op seksueel misbruik: extreme angst voor anale inspectie, een openstaande anus, littekens anus, fissuren, hematomen. Een openstaande anus kan ook wijzen op ernstige fecesimpactie (ophoping) in het rectum en in uitzonderlijke gevallen op een neurologische stoornis.
- Signalen die kunnen wijzen op een organische oorzaak: failure to thrive, koorts, forse distensie abdomen, peri-anale fistel, abnormale anus, afwezige anusreflex, verminderde kracht/tonus/reflexen van de benen, pluk haar op wervelkolom, sacrale dimple en spina bifida (eventueel scheve bilnaad).

3.5 Verwijzing: wanneer verwijzen?

Er dient vanuit de JGZ verwezen te worden bij fecale incontinentie/obstipatie na anamnese en lichamelijk onderzoek op grond van de volgende criteria:

1. Op grond van de alarm-/verwijssymptomen in de anamnese of afwijkingen bij lichamelijk onderzoek.
2. Begeleiding van persisterende fecale incontinentie loopt niet zoals gewenst. Deze mislukking kan bij elke stap optreden.

Enkele voorbeelden:

- Onvoldoende steun van de ouders (verwijzing naar pedagoog of maatschappelijk werk).
- Onbekendheid van ouders met een normaal voedingspatroon (verwijzing naar diëtist).
- Tijdens de begeleiding treedt twijfel op of een medische oorzaak toch een rol speelt.
- 'Mislukte potjestraining': een verkeerde perstechniek, geen ontspanning tijdens toilettraining (verwijzing naar kinderbekkenbodempfysiotherapeut zou te overwegen zijn).
- Medicatie (laxantia) heeft onvoldoende succes.
- JGZ-professionals kunnen naast zelf 'over the counter'-laxantia voor te schrijven overwegen dit door de huisarts te laten doen. Wanneer de JGZ-arts niet in staat is adequate follow-up te geven (afhankelijk van de ernst na 1-2 weken) is verwijzing naar de huisarts nodig.
- Als de jeugdarts twijfelt aan de perstechniek en als er onvoldoende ontlasting wordt geproduceerd, volgt verwijzing naar een kinderarts voor nader onderzoek.
- Als het gedrag het gevolg is van een onderliggend tijdrovend probleem, volgt

verwijzing, liefst in overleg met de huisarts, naar een psycholoog.

3. Bij kinderen met terugkerende problemen is herhaald lichamelijk onderzoek en het opnemen van de anamnese in een academisch centrum door een kinderarts maag-darm-leverziekten noodzakelijk. Hierbij vindt eveneens uitgebreid psychologisch en ontwikkelingsonderzoek plaats. Als er naast de obstipatie ook grote gedrags- of opvoedingsproblemen zijn, dan kan gedragstherapie overwogen worden. Dit geldt dan uiteraard niet als behandeling voor de obstipatie (Dijk van, 2008)!

De diagnose obstipatie, als meest frequente oorzaak van fecale incontinentie, wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek (Rome III-criteria). Aanvullend onderzoek naar het al of niet bestaan van obstipatie wordt afgeraden en mag geen reden voor verwijzing zijn.

4. FECES: BEGELEIDING EN ADVIES T.A.V. PREVENTIE EN INTERVENTIE

VP = jeugdverpleegkundige; A = jeugdarts of verpleegkundig specialist preventie; DA = doktersassistent

Contact-momenten	Met wie
Huisbezoek.	VP.
Wat doen? Preventief	Vragen naar meconiumlozing (cave Hirschsprung bij > 48 uur). Informatie geven: ontlasting bij borstvoeding kan wel tot 10 dagen wegblijven, bij kunstvoeding kan dit 3 dagen zijn. Ontlasting moet smeugig zijn en geen harde keutels. Schepje extra voeding in de fles kan obstipatie geven.
Wat doen? Interventie.	N.v.t.
< 3 jaar.	VP/A.
Wat doen? Preventief.	<p>Vragen naar bijzonderheden rond feces en verandering in patroon.</p> <p>1,5-2 jaar: vragen of kind al interesse heeft in potje/wc, wordt er al 'getraind'?</p> <p>Nog geen sprake van interesse of training: geef advies aan ouders om al wel wat te laten zien aan kind: de wc, boekjes daarover, en geef anticiperende voorlichting zoals hieronder.</p> <p>Ouder informeren over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenmerken die aangeven dat het kind toe is aan zindelijkheids-training zijn onder andere: <ol style="list-style-type: none"> 1. Het kind gaat gedrag imiteren. 2. Het kind weet wat waar hoort. 3. Het kind gaat tekenen van onafhankelijkheid van de opvoeder tonen. 4. Het kind gaat interesse in zindelijkheid tonen, onder andere door de opvoeder te volgen naar het toilet en interesse te tonen in wat de opvoeder daar doet. 5. Specifiek voor feces: als het kind begint te voelen dat het moet poepen, een vieze broek niet fijn meer vindt en geïnteresseerd is in zijn poep.

Daarnaast is een aantal praktische randvoorwaarden nodig, zoals:

6. Het kind kan op een potje gaan zitten en weer opstaan.
 7. Het kind kan op enigerlei wijze aangeven dat hij moet plas-sen/geplast heeft; dit hoeft niet verbaal te zijn.
 8. Het kind moet ontspannen op het potje kunnen zitten (brede rand zodat het geen pijn doet).
- Opvoedingsklimaat: training onder drang levert hooguit een droog, maar niet een zindelijk kind op, met risico op vertraagde zindelijkheid.

In principe start met 'training' zindelijkheid feces overdag: vanaf 2-4 jaar, echter ook inschatten of kind eraan toe is.

Hieronder de methode en aandachtspunten bij de 'training':

- Neem tijd voor potje-/wc-gang, uitleg, wegnemen druk, posi-tieve aandacht.
- Begin in een rustige periode, dus niet rond verjaardagen, feest-dagen.
- Kind zelf laten verschonen of mee laten helpen.
- De training dient consequent elke dag/nacht toegepast te worden gedurende enkele maanden. Soms kan het lang duren voordat de training succesvol is.

De training

De toilettraining bestaat uit 3 keer per dag (5 tot maximaal 10 minuten), ongeveer 15 minuten na de maaltijd op het toilet zitten. Belangrijk is met de ouders de beste houding op potje of toilet bij de toilettraining te bespreken. Met de voeten op de grond of op een voetenbankje voor het toilet, zodat de enkels, knieën en heupen in flexiestand staan (90 °), wordt de beste defecatiepositie ingenomen. Ook zonder aandrang mag het kind actief persen. Lukt het defeceren, dan wordt het kind uitbundig geprezen of beloond. Sleutelwoorden zijn: ontspanning, rust en regelmaat.

Preventie obstipatie: > 4 mnd.: bij aanwijzingen voor lage frequentie feces (1 x per 3 dagen): navragen klaarmaken van kunstvoeding, leefstijladviezen (normaal eet- en beweegpatroon).

Zo nodig: lidocaïne crème bij pijn aan anus/fissuren (via huisarts).

<p>Wat doen? Interventie.</p>	<p>A: bij aanwijzingen voor pathologie: anamneselijst I, lichamelijk onderzoek -> eventueel verwijzen.</p> <p>VP: bij twijfel pathologie: overleg A.</p> <p>Geen aanwijzingen voor pathologie: niets mee doen, info op indicatie.</p> <p>> 4 mnd.: bij obstipatie (Rome III-criteria), lichamelijk onderzoek nodig (A): juist klaarmaken voeding, laxantia. (Eventueel johannesbroodpitmeel bij borstvoeding of voeding met speciale toevoegingen bij kunstvoeding.)</p> <p>> 6 maanden en onvoldoende groei: meer voeding geven.</p>
<p>3-5 jaar.</p>	<p><i>VP/DA/A (alleen bij problematiek, als eerder nog geen goed lichamelijk onderzoek is uitgevoerd).</i></p>
<p>Wat doen? Preventief.</p>	<p>Bij elk consult vragen naar bijzonderheden rond feces, verandering in patroon en secundaire vorm. > 4 jaar: vragen naar poepvegen. Vragen naar zindelijkheidstraining en zindelijkheidssignalen.</p> <p>In principe start met 'training' zindelijkheid feces: vanaf 2-4 jaar, echter ook inschatten of kind eraan toe is. Zie bij < 3 jaar.</p> <p>De training</p> <p>Soms kiezen kinderen een alternatieve plaats om te poepen: achter de bank, in een hoekje van de kamer. Zij hebben dan wel de beheersing over de bekkenbodem- en sluitspieren maar zijn nog niet in staat om de ontlasting op de sociaal wenselijke plaats, potje of wc, te deponeren (mogelijk door angst om de ontlasting letterlijk los te laten waarbij het verdwijnt in potje/wc of vanwege het besef dat je dit niet doet in bijzijn van anderen). Daarbij kan eventueel geadviseerd worden het kind de ontlasting in de luier te laten doen terwijl het op het potje zit of het kind te laten poepen met een luier in de wc-pot of met de luier in de hand. Zo worden langzaam (zonder druk) stappen gemaakt.</p> <p>Preventie obstipatie: bij aanwijzingen voor lage frequentie feces (1 x per 3 dagen): algemene voorlichting, leefstijladviezen. Eventueel vanaf 4-5 jaar: anamneselijsten afnemen.</p>

<p>Wat doen? Interventie.</p>	<p>Eventueel gebruik vanaf 4-5 jaar: anamneselijst I en II.</p> <p>Bij problematiek, aanwijzingen voor obstipatie of fecale incontinentie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A: zo nodig lichamelijk onderzoek. • Bij alarmsymptomen/aanwijzingen voor pathologie: <p>Ja » verwijzen » therapie 1e/2e lijn » geen pathologie » retour JGZ. Nee » begeleiding/interventies door de JGZ (eventueel door gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of een jeugdarts met speciale interesse en expertise).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als anamnese en lichamelijk onderzoek niet wijzen op ernstige afwijkingen en/of indien er sprake is van terugval: anamneselijst II afnemen. Ook vragen naar (chronische)stressmomenten. <p>» structuur aanbrengen, weer toilettraining, ander probleem begeleiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij obstipatie (Rome III-criteria): laxantia. • Bij contactmoment rond 4 jaar: uitleg en adviezen. Indien nodig: extra contactmoment afspreken leeftijd 4,5/5 jr.
<p>> 5 jaar.</p>	<p><i>VP/DA/A (alleen bij problematiek, als eerder nog geen goed lichamelijk onderzoek is uitgevoerd).</i></p>
<p>Wat doen? Preventief.</p>	<p>Bij elk consult vragen naar bijzonderheden rond feces, let op secundaire vormen.</p> <p>Start interventie fecale incontinentie.</p>
<p>Wat doen? Interventie.</p>	<p>Bij problematiek: binnen 1-4 weken een gesprek met A, VP of DA: anamneselijsten I en II en zo nodig lichamelijk onderzoek door A. Daarnaast behoort het goed bijhouden van de groeicurve ook tot het basisonderzoek.</p> <p>Bij alarmsymptomen/aanwijzingen voor pathologie:</p> <p>Ja » verwijzen » therapie 1e/2e lijn » geen pathologie » retour JGZ. Nee » begeleiding/interventies door de JGZ (eventueel door gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of een jeugdarts met speciale interesse en expertise).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij fecale incontinentie: <ul style="list-style-type: none"> Stap 1: Vaststellen van de mate van fecale incontinentie gedurende 3 weken (anamneselijsten, zo nodig lichamelijk onderzoek, poepdagboek via www.poeppoli.nl (downloads), eventueel ontlastingsschaal).

Stap 2:

Eenvoudige leefadviezen gedurende 8 weken, waaronder (structureren) toilettraining, beweging, eetpatroon.

Na 2 weken en na 3 maanden: follow-up. Als onvoldoende resultaat:

Stap 3:

Laxantia voorschrijven gedurende 1 jaar (door (huis)arts).

- » Na 6 weken geen verbetering: in elk geval verwijzen.
- » Onderhoudsdosering gedurende 4-6 maanden, daarna afbouwen. Blijf stap 2 aanhouden.

Mogelijk is stap 2 al volgens de eerdere adviezen uitgevoerd.

Dan dient, na het verder exploreren van het probleem zoals beschreven in stap 1, wellicht direct overgestapt te worden op stap 3 (het geven van laxantia).

Echter: als anamnese en lichamelijk onderzoek niet wijzen op ernstige afwijkingen en/of indien er sprake is van terugval: anamneselijst II afnemen. Ook vragen naar (chronische)stressmomenten.

» Structuur aanbrengen, weer toilettraining, ander probleem begeleiden.

- Bij obstipatie (Rome III-criteria): laxantia.
- Bij fecale incontinentie zonder verschijnselen van obstipatie: verwijzing naar huisarts.
- Bij nachtelijke fecale incontinentie: verwijzen.

5. URINE EN FECES

Naar wie verwijzen?

In de huidige situatie wordt nog niet overal rechtstreeks naar een kinderarts of andere specialist verwezen en gaat verwijzing vaak via de huisarts. Rechtstreekse verwijzing naar de specialist dient overwogen te worden voor die situaties dat de huisarts geen interventie kan bieden. De huisarts kan dit wel bij verdenking op obstipatie of een urineweginfectie.

Er mag rechtstreeks verwezen worden naar de fysiotherapeut. Deze is ook vaardig op het gebied van toilettraining. In het geval van verdenking van een overactieve bekkenbodemp, een verkeerde plastechniek of een overactieve blaas die niet of onvoldoende reageert op de gebruikelijke begeleiding, kan ook naar de fysiotherapeut verwezen worden. Omdat rechtstreeks verwezen mag worden, dient de verwijzer zich kundig genoeg te voelen voor het stellen van een diagnose. Als dit gebeurt, dient de huisarts hiervan op de hoogte gesteld te worden. Bij twijfel wordt sowieso naar de huisarts verwezen.

Follow-up na verwijzing

Na een verwijzing dient de JGZ te vervolgen of de verwijzing is opgevolgd, hoe het met het kind gaat en of de therapie wordt begrepen en uitgevoerd. De JGZ kan hier eventueel, en ook in overleg met de hoofdbehandelaar, een begeleidende rol hebben.

Registratie

Uiteraard dienen bovengenoemde zaken geregistreerd te worden in het JGZ-dossier (op papier dan wel digitaal). Bij de ontwikkeling van deze richtlijn zijn indicatoren voor zorg opgesteld. Deze zijn aangeboden aan de ontwikkelaars van de Basisdataset (BDS), waarbij waarbij een verzoek tot wijziging van de BDS is ingediend. Dit verzoek dient nog geaccordeerd te worden.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Het onderwerp zindelijkheid valt in het Basistakenpakket JGZ onder productgroep 1: U1.1.5.1 (uniform, monitoring en signalering, individueel, functies, lichamelijk functioneren), en productgroep 2: U2.1.2 (uniform, inschatten zorgbehoefte, inschatten voorlichtingsbehoefte). Voor de preventie, signalering, voorlichting en behandeling daarvan dient gebruik gemaakt te worden van deze richtlijn.

Zindelijkheidsproblemen kunnen en moeten, naar de mening van de werkgroep, op een laagdrempelige manier begeleid worden, waarbij de JGZ een groot aantal pluspunten heeft voor begeleiding ten opzichte van andere zorgverleners: een groot bereik, kennis van gezin en schoolsituatie, geen medicalisering en lagere kosten voor de cliënt en de samenleving. Dit pleit in het geval van zindelijkheidsproblematiek voor interventie / begeleiding door de JGZ, waarbij uiteraard de grenzen van de tijdsinvestering bewaakt moeten worden. Waar die grenzen liggen, zal door de professional, maar ook door de lokale invulling bepaald moeten worden.

Hoewel niet volledig beschreven als apart onderdeel in deze richtlijn, dienen notatie en registratie in het integrale (elektronische) dossier plaats te vinden. Uniformering van terminologie is hierbij van belang, waarbij de termen en definities uit de richtlijn gebruikt moeten worden. In een aparte rapportage over de ontwikkelde indicatoren bij deze JGZ-richtlijn 'Zindelijkheid' worden aanbevelingen gedaan hoe de Basisdataset aangepast zou moeten worden voor aansluiting op de richtlijn.

De richtlijn dient onderdeel te worden van het curriculum in de opleiding en na- en bijscholing voor de verschillende JGZ-professionals.

Tijdens de implementatie van de richtlijn moeten het gebruik en het voorgestelde beleid worden geëvalueerd, zodat de richtlijn waar nodig kan worden aangepast. Dit is cruciaal voor een goed functioneren en goede acceptatie en borging van de richtlijn.

Gebruik de richtlijn voor de JGZ als startpunt om met de andere zorgverleners die betrokken zijn bij het kind met onzindelijkheid voor urine en feces tot een uniform beleid te komen en sluitende afspraken te maken over de verwijzing en uitwisseling van gegevens.

Rechtstreeks verwijzen van kinderen die niet zindelijk zijn door de JGZ naar de tweede lijn dient, nu een landelijke JGZ-richtlijn bestaat, mogelijk te worden.

Voorschrijven van medicatie door de JGZ dient, nu een landelijke JGZ-richtlijn bestaat, overwogen te worden. Echter: de opleiding dient daar dan aan aangepast te worden en dit zal meer consulttijd vragen. Aan beide randvoorwaarden is momenteel niet voldaan.

Bij het implementeren van de richtlijn moet de informatie aan ouders en kinderen een bijzonder aandachtspunt zijn.

Aanbevelingen nader onderzoek

- Onderzoek naar de succesfactoren van therapie.
- Onderzoek naar de prevalentie in de algehele populatie van fecale incontinentie per leeftijdsgroep.
- Er dient verder onderzoek naar de effectiviteit van extra vezels in de behandeling bij kinderen met obstipatie verricht te worden. Dit geldt ook voor pre- en probioticagebruik met verschillende stammen.
- Daarnaast moet de (kosten)effectiviteit van gedragstherapie en van fysiotherapie verder onderzocht worden in de eerste en tweede lijn, evenals de (kosten)effectiviteit van multidisciplinaire behandeling en alternatieve geneeswijzen (NVK/NHG-richtlijn 2010).

MET DANK AAN

Jeugdverpleegkundigen

- Nicole Dortants, jeugdverpleegkundige GGD Zuid Limburg.
- Marianne Römken, jeugdverpleegkundige GGD Zuid Limburg.
- Josie Boxstart, jeugdverpleegkundige Unit Jeugd, GGD Brabant-Zuidoost.
- Arlinda Heerkens, jeugdverpleegkundige Unit Jeugd, GGD Brabant-Zuidoost.
- Jannie Blom, continentieverpleegkundige.

Jeugdartsen

- Jannie den Hoed-van Wijk, jeugdarts en psychiater in opleiding (GGZ WNB te Halsteren).
- Lia Jak, arts maatschappij en gezondheid, destijds thuiszorgorganisatie Vèrian, tegenwoordig: AMK Zwolle.
- Irma van den Broeck, jeugdarts, GGD Gelderland- Midden.

Ketenpartners

- Louwrens Boomsma, huisarts, wetenschappelijk medewerker Implementatie NHG (NHG-richtlijn Enuresis Nocturna 2006).
- Miranda Kurver, huisarts, wetenschappelijk medewerker Richtlijnontwikkeling & Wetenschap, NHG.
- Marjolein Berger, huisarts, universitair hoofddocent Erasmus MC (werkgroepid NVK/NHG-richtlijn 'Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar').
- Marc Benninga, kinderarts-gastro-enteroloog, AMC (projectleider NVK/NHG-richtlijn 'Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar').
- Merrit Tabbers, kinderarts-gastro-enteroloog AMC (voorzitter NVK/NHG-richtlijn 'Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar').
- Tom de Jong, kinderuroloog, UMC (NVU/NVK/V&VN-richtlijn 'Incontinentie bij kinderen', 2008).
- An Bael, kindernefroloog, Antwerpen.
- Els Hofman-van den Hoogen, senior arts kinder- en jeugdpsychiatrie Curium LUMC/orthopedagoog.
- Zwaan Mulder, continentieverpleegkundige, coördinator van het Droogbed- en Bekkencentrum en afgevaardigde van het Kenniscentrum Bedplassen.
- Marianne Vijverberg, kinderincontinentietherapeute.
- Netty Bluysen, fysiotherapeut Erasmus MC Sophia, coördinator SOMT-opleiding kinderbekkenfysiotherapie.

Patiëntenvereniging

- Lucas Westerhof, voorzitter Stichting Bedplassen Nederland.
- Lidy C.M. van Wittmarschen, voorzitter Vereniging Ziekte van Hirschsprung.



Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

www.ncj.nl

basisdataset.ncj.nl

Colofon

Deze Richtlijn is een uitgave van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Deze Richtlijn is bestemd voor professionals en andere betrokkenen bij de organisatie en uitvoering van jeugdgezondheidszorg.

NCJ, november 2011



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid