

BIJSCHOLING REFERENTIEVERPLEEGKUNDIGE (IN)CONTINENTIE

Ongewild urineverlies bij de vrouw

**Een onderzoek naar prevalentie, QoL en hulpzoekend
gedrag bij vrouwen tussen 20 en 65 jaar.**



Benjamin Deblauwe

Hoofdverpleegkundige Urologie
AZ Sint-Jan AV
Brugge

Academiejaar 2006-2007

cursistbegeleider: Ronny Pieters

Dankwoord

Dank aan alle mensen die de vragenlijst hebben ingevuld.

Dank aan de verpleegafdelingen die hebben meegewerkt.

Dank aan dr. Ampe en dr. Goetinck voor hun bereidheid mee te werken aan het onderzoek.

Met dank aan het bestuur van vzw Urobels voor mijn inschrijving.

Dank aan alle mede-studenten voor de aangename dagen.

Dank aan de docenten voor hun klare en interessante uiteenzettingen.

Dank aan het ziekenhuis voor hun toestemming en medewerking aan het onderzoek.

Met dank aan allen die ik nog ben vergeten..

Inhoud

Woord vooraf

Hoofdstuk 1: Voorkomen van incontinentie	.....	1
Hoofdstuk 2: Urine-incontinentie: vormen, oorzaken en gevolgen	.....	2
Hoofdstuk 3: Behandeling van incontinentie	.....	6
Hoofdstuk 4: Onderzoek	.....	7
Hoofdstuk 5: Resultaten	.....	8
Hoofdstuk 6: Besluit	.....	9

Nawoord

Bronnenlijst

Bijlagen

Woord vooraf

Urine-incontinentie of ongewild urineverlies is een frequent voorkomend probleem waar kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen mee geconfronteerd worden.

Onder urine-incontinentie, verder incontinentie genoemd, verstaan we een onvrijwillig, objectief aantoonbaar verlies van urine via de urethra, waardoor voor de betrokkene een sociaal of hygiënisch onaanvaardbare situatie ontstaat.

Deze definitie komt van de *International Continence Society*, een internationale vereniging die de kenbaarheid (awareness) rond incontinentie wil vergroten aan de hand van éénduidige terminologie, meetings en opleidingen.

Incontinentie creëert een heleboel reacties. Urineverlies kan leiden tot sociaal isolement. Het remt de seksualiteit, roept schaamte en angst op. Men voelt zich nat en maakt zich ongerust dat men urine ruikt. Sommigen vertonen zelfs huidproblemen. Velen lijden er psychisch onder. Voor heel wat mensen vormen de hoge kosten voor opvangmaterialen ook vaak een financieel probleem.

Volledig herstel van incontinentie is in de meeste gevallen mogelijk indien de behandeling waarvoor men kiest, berust op een correcte diagnosestelling.

Dankzij de evolutie van de diagnostische mogelijkheden kan men tegenwoordig een heel goed zicht krijgen in de pathofysiologie van incontinentie.

De laatste jaren is gelukkig ook de maatschappelijke belangstelling voor incontinentie sterk toegenomen. Toch blijven nog heel wat mensen geen, of veel later, hulp zoeken. Velen zijn onwetend en denken dat er toch niets aan te doen is, anderen schamen zich dan weer en voelen zich als een kind dat nog in zijn broek plast. Er hangt nog steeds een taboe rond dit probleem, maar stilaan wordt het stilzwijgen verbroken.

Mede getuigt de grote belangstelling voor de opleiding tot *Referentieverpleegkundige (In)Continentie*, ingericht door de vzw Urobel.

Met deze verhandeling wil ik de problematiek rond ongewild urineverlies bij de actieve (i.e. autonoom en niet zorgbehoevende) vrouw tussen 20 en 65 jaar in kaart te brengen en meten hoe vaak urineverlies in deze groep voorkomt, de impact dat dit heeft op het dagelijkse leven en welke factoren meespelen in het al dan niet zoeken naar hulp voor dit probleem.

In de eerste drie hoofdstukken wordt het probleem incontinentie kort beschreven.

De laatste drie hoofdstukken handelen over het onderzoek zelf, met een beschrijving van de resultaten en een aantal voorstellen naar onze ziekenhuisinstelling toe.

In bijlage vindt u ook een plan van aanpak, hoe deze verhandeling tot stand is gekomen.

Hoofdstuk 1

Voorkomen van incontinentie

Ongewild urineverlies kan op elke leeftijd voorkomen. Prevalentiestudies geven ons sterk uiteenlopende cijfers, gaande van 3%, 5% tot zelfs 30% en 50% incontinenten mensen.

De redenen van deze grote verschillen zijn: de gebruikte definitie van urineverlies, de subjectieve drempel van erkenning van het probleem, de heersende schaamte voor het probleem binnen een bepaalde maatschappij, de leeftijd van de bevroegden en de onderzoeksmethode die werd aangewend. Vele socio-culturele factoren spelen hier een rol.

Men ziet wel een stijgende incidentie van ongewild urineverlies bij vrouwen rond de leeftijd van 30 jaar. Zwangerschap en partus liggen hier aan de basis. Enkele studies geven zelfs bij jonge vrouwen incidenties weer van 50% die een lichte graad van incontinentie vertonen.

Er zijn er die in zo een kleine mate incontinentie vertonen dat zij er psychosociaal weinig problemen mee hebben en zeker geen consultatie aanvragen.

Opvangmaterialen zoals inlegkruisjes vormen voor velen vaak een bevredigende oplossing. Bij een kleinere groep is het probleem van dien aard dat ze niet meer naar buiten komen en elk sociaal contact vermijden.

Incontinentie bij bejaarden is één van de meest voorkomende stoornissen in de geriatrische setting. Er heerst nog steeds een hardnekkige mythe dat ouder worden vanzelfsprekend tot incontinentie leidt. Vaak liggen motorische, familiale en/of sociale problemen aan de basis (i.e. functionele incontinentie) en kunnen heel veel oudere mensen met eenvoudige hulpmiddelen weer op weg: het toilet gemakkelijk bereikbaar maken, zorgen dat ze tijdig urineren, ..

Bij bejaarden die geïnstitutionaliseerd zijn ligt de frequentie van incontinentie hoger dan bij thuiswonenden.

Aangezien de vergrijzing van onze maatschappij heel reëel is, moeten wij als bekwame zorgverleners (én met een grote interesse voor urologie) deze stijgende incidentie zo goed mogelijk opvangen.

Algemeen kan men stellen dat de prevalentie stijgt met de leeftijd en dat vrouwen vaker met dit probleem te kampen krijgen dan mannen, en dit in een verhouding van 2 op 1. Voor volwassenen lijkt een schatting van 10 tot 15% redelijk. Voor mensen boven de 60 jaar wordt een voorkomen van 30% geschat.

Ongeveer 350.000 Belgen (anno 1994) zouden voor deze aandoening behandeld worden. Het werkelijke prevalentiecijfer ligt vermoedelijk veel hoger, daar heel wat personen geen arts of andere gezondheidswerker raadplegen voor hun urineverlies. Gelukkig ziet men jaarlijks het aantal consulten toenemen en gaan meer mensen dan vroeger medische hulp zoeken voor hun ongewild urineverlies.

Urineverlies is een groot maatschappelijk probleem. Zowel artsen, verpleegkundigen, zelfs familieleden kunnen het probleem vaststellen en hebben als taak zelf initiatief te nemen om naar incontinentieproblemen te vragen!

Hoofdstuk 2

Incontinentie: vormen, oorzaken en gevolgen

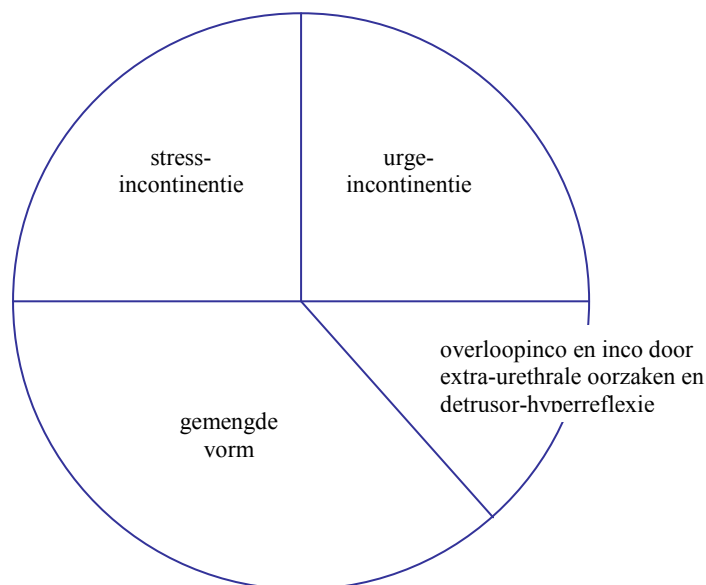
Ongewild urineverlies kan optreden na een kortere of langere periode van zindelijkheid: de normale controle over het wateren en opstapelen van urine is verloren gegaan.

Er bestaan verschillende vormen van incontinentie. Elke vorm heeft zijn specifieke oorzaken en behandeling. De indeling die hier gevolgd wordt is deze van de International Continence Society (ICS):

1. Stress-incontinentie of inspanningsincontinentie
2. Urge-incontinentie of aandrangincontinentie
3. Overloopincontinentie
4. Incontinentie door extra-urethrale oorzaken
5. Incontinentie door detrusor-hyperreflexie of reflexincontinentie

Belangrijk is dat gemengde vormen ook voorkomen; meest frequent is de combinatie van stress- en urge-incontinentie.

Algemeen kan men stellen dat stress- en urge-incontinentie het meeste voorkomen.



Figuur 1: Frequentiediagram van incontinentievormen (Marijke Van Kampen, 1994)

1 Stressincontinentie

Ongewenst urineverlies treedt hier op bij bepaalde inspanningen zoals hoesten, niezen of lachen door een verhoogde abdominale druk. De blaaspier zelf trekt niet samen, maar kleine hoeveelheden urine ontsnappen telkens als de intravesicale druk de sluitingsdruk overstijgt.

Deze vorm komt meer voor bij vrouwen.

Het verlies kan te wijten zijn aan een foutieve positie van blaas en urethra of aan een tekort in het sluitingsmechanisme (onvoldoende urethrale sluiting).

Oorzaken van stressincontinentie.

Zwangerschap en partus zijn vaak de oorzaak van spierverzwakking bij de vrouw. Gedurende de zwangerschap wordt de urethra passief verlengd. Door de vergrote baarmoeder wordt de blaas naar voor en naar boven geduwd.

De belasting tijdens de zwangerschap en de felle uitrekking tijdens de baring geven beschadiging van de bekkenbodem en van de urethra en haar ophangstelsel.

Anderen beweren ook dat veelvuldig heffen, veel hoesten en niezen of vaak meepersen bij obstipatie aanleiding kunnen geven tot stressincontinentie. Nog anderen beweren dat obesitas meer aanleg heeft tot urineverlies, hoewel vele onderzoeken dit niet bevestigen. Ook iemands houding kan invloed hebben op stress-incontinentie (bijv. een lumbale hyperlordose).

Na heilkunde in het kleine bekken (bijv. hysterectomie) kan inspanningsgebonden urineverlies ontstaan. Tijdens de menopauze daalt ook de productie van oestrogenen. Veranderingen zoals warmteopwellingen, mindere huidturgor, vaginale droogte, osteoporose en dysurie kunnen optreden. Atrofie van de fascia in het kleine bekken, de bekkenbodemspieren en o.a. de beïnvloeding van de mucosa kunnen tot prolaps en/of urineverlies bij de vrouw leiden.

2 **Urge-incontinentie**

Hier gaat het urineverlies gepaard met een sterke, niet te onderdrukken drang om te plassen. “Ik voelde het komen, maar ‘k was al te laat. Is deze dwingende mictiedrang aanwezig zonder ongewild urineverlies, dan spreken we van *urge* of *urgency*. Sommige vrouwen ervaren eerst frequentere drang tot mictie wat we kunnen definiëren als *frequency* of *pollakisurie*. Aandrang kan op elke leeftijd en eigenlijk bij elk geslacht optreden. We zien het toch vooral bij mensen op hogere leeftijd.

Men onderscheidt twee vormen van urge-incontinentie.

Motorische urge-incontinentie

Wordt veroorzaakt door een ongewone en oncontroleerbare toename van spieractiviteit in de blaaswand. Men spreekt dan van een *instabiele blaas*. De blaas is dan in feite hyperactief. Deze niet-geïnhibeerde detrusoroveractiviteit kan spontaan ontstaan of worden uitgelokt door veranderingen in houding, hoesten, springen, prikkeling met een sonde of bij emotionele situaties. Ook een lokale ontsteking of een obstructie van de blaas of de urethra kunnen urge-incontinentie uitlokken. Een insufficiënte blaashals, een obstructie ter hoogte van de blaashals of een urethrastenose kunnen oorzaak zijn van dergelijke aandrang-incontinentie. Ook de voeding kan blaasirritatie geven: te sterk gekruide maaltijden moeten worden vermeden. Koffie, thee en alcohol werken tevens diuretisch. Soms vindt men echter geen enkele oorzaak van deze blaasinstabiliteit.

Sensorische urge-incontinentie

Hier treedt urineverlies op door de aanwezigheid van gevoelsstoornissen. De blaas kan hypergevoelig worden door woede, angst, infectie, het horen van stromend water, blootstelling aan koude, een orgasme (“*les femmes fontaines* ..”) of stress. Reeds bij een kleine

blaasvulling wordt dan de mictiereflex op gang gebracht: de persoon in kwestie krijgt vooraf geen waarschuwing en reageert dan soms te laat. Is de blaas fibrotisch (“schrompelblaas”) of te gespierd (hypertroof) dan vermindert de uitrekbaarheid: dit noemt men een blaas met een *lage compliantie*. In dit geval stijgt de blaasdruk vlugger en treedt de drang tot mictie sneller op. Bij anderen kan door aantasting van de blaassensoren een eerste vullinggevoel afwezig zijn en reageert de persoon daardoor soms te laat. Soms vindt men echter ook hier geen oorzaken.

3 **Overloopincontinentie**

De blaas geraakt overvol en urine loopt druppelsgewijs weg omdat de intravesicale druk de intra-urethrale druk overschrijdt. Deze vorm van ongewild urineverlies komt eigenlijk meer voor bij mannen. In heel wat gevallen wordt overloopincontinentie veroorzaakt door een obstructie. Prostaathypertrofie of een tumor kunnen leiden tot de vernauwing van de urethra. De blaas moet dan veel krachtiger gaan samentrekken en er ontstaat toenemende urineretentie of rest-urine in de blaas die leidt tot overrekking, blaasstenen, en zo de situatie zou blijven bestaan op de lange termijn hydronefrose.

Ook een neurogeen letsel kan leiden tot overloopincontinentie. Bij een ruggenmergletsel ter hoogte van S2-S4 is de blaas hypoactief of trekt niet meer samen. Dit noemt men *neurogene blaasatonie*. Bij een perifeer letsel van de gevoels- of motorische zenuwen van de blaas kan een sensibel of een motorisch atone blaas ontstaan. Multiple sclerose, een operatie in het kleine bekken, degeneratieve aandoeningen van het centraal zenuwstelsel, discusprolaps, diabetes-neuropathie of medicatie (bijv. kalmeermiddelen of anticholinergica) kunnen hier aan de basis liggen.

Wanneer men de mictie steeds uitstelt door beroepsomstandigheden of verwaarlozing kan eveneens overvulling van de blaas ontstaan. Onvoldoende urineren ziet men bij kinderen, volwassenen als bejaarden.

4 **Incontinentie door extra-urethrale oorzaken**

Deze vorm komt zelden voor. Het urineverlies doet zich hier voor omdat de urineafvoer niet via de normale weg gebeurt, het sfinctersysteem wordt gebypassed. Deze afwijkingen kunnen aangeboren zijn, bijvoorbeeld een ureter die rechtstreeks in de urethra uitmondt, of secundair ontstaan na een trauma van de urethra of na een operatie, bijvoorbeeld een fistelvorming na hysterecetomie.

5 **Incontinentie door detrusor-hyperreflexie**

Deze vorm van urineverlies ontstaat door overactiviteit van de blaas, te wijten aan een *neurologische* stoornis. Door bepaalde aandoeningen in de hersenen (CVA, Parkinson, traumata) of in het ruggenmerg (MS, traumata, congenintaal) kan inhibitie op de lagere reflexcentra wegvallen en is er geen willekeurige controle meer over de mictie. Een letsel diep frontaal leidt tot “*mictie-apraxie*”: men kan de mictie niet meer in gang zetten.

Bij een dwarslaesie boven S2 zal de acute fase een fase zijn van retentie met mictie door overloop (= autonome blaas). In de chronische fase zal een reflexmatige urinelozing plaatsvinden. De zenuwbanen naar de hersenen zijn

dan immers beschadigd. Er is geen bewustwording meer van enige drang of contractie. Dit noemt men een *reflexblaas* of een *automatische blaas*. Ook bij demente personen of geestelijk beperkten kan ongewild urineverlies optreden. Men noemt dit dan een *ongeremde blaas*, anderen spreken hier van psychologische incontinentie.

- Een andere, maar toch belangrijke vorm van ongewild urineverlies is de zogenaamde **functionele incontinentie**, zoals beschreven in hoofdstuk 1. Dit is een vorm van incontinentie ten gevolge van aandoeningen buiten het urogenitale stelsel. Het is een toestand waarbij een persoon onwillekeurig en onvoorspelbaar het verlies van urine waarneemt. Het urineverlies treedt op door een cognitieve – of mobiliteitsstoornis. Bijvoorbeeld door stoornissen in handvaardigheid, slechte mictiegewoonten, oriëntatieproblemen, slechte voedingsgewoonten, acute verwardheid, visuele beperkingen, ... Meestal zal men door het corrigeren van deze afwijkingen terug toch een beter mictie-patroon kunnen bekomen.

Gevolgen van urine-incontinentie.

Ongewild urineverlies kan iedereen overkomen. Ieder persoon reageert hierop verschillend. Onderzoeken hebben aangetoond dat de ernst van het urineverlies niet altijd in relatie staat met de psychosociale gevolgen.

Urineverlies kan leiden tot sociaal isolement. Sommigen gaan dagelijkse activiteiten zoals winkelen overlaten aan anderen. Sportactiviteiten zoals lopen en springen worden als eerste vermeden. Vaak zijn het de sociale veranderingen die de voornaamste reden zijn tot consultatie van een zorgverlener.

Vele personen lijden er psychisch onder en zijn depressief. Opnieuw met opvangmaterialen moeten rondlopen herinnert deze mensen aan hun kindertijd. Er ontstaat een gevoel van schaamte en minderwaardigheid. De meesten zullen hun handicap verbergen en hebben angst dat men het zal merken.

Onvrijwillig urineverlies komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Mannen gaan voor dit probleem echter vlugger een arts raadplegen. Ze kunnen er erg onder lijden. Vrouwen blijven soms jaren rondlopen zonder hulp te vragen (1992). Bij velen ontstaat het urineverlies ook heel geleidelijk. Familiale zorgen, acceptatie van het euvel, schaamte of onwetendheid leiden tot uitstel van een consultatie bij een arts.

Er is ook een hoge frequentie van seksuele problemen. Men voelt zich nat, maakt zich ongerust dat men naar urine ruikt en toont afkeer voor seksuele intimiteit.

Inwerking van urine kan ook huidklachten veroorzaken: roodheid, irritatie tot zelfs ernstige virale of bacteriële infecties.

Hoge kosten voor opvangmateriaal, onderzoeken en behandeling vormen voor velen een financieel probleem en schrikt af.

Hoofdstuk 3

Behandeling van incontinentie

Ongewild urineverlies kan echter door een heelkundige ingreep, medicatie, bekkenbodembreëducatie, of door een combinatie van deze interventies meestal goed verholpen worden.

In dit hoofdstuk wordt elke vorm van incontinentie met zijn specifieke aanpak en behandelingsvormen even kort toegelicht.

- Stress-incontinentie
Bij een zuivere stress-incontinentie zal de behandeling afhangen van de specifieke oorzaken van de tekorten in het afsluitingsmechanisme. Bij een vrouw in de menopauze kan oestrogeentherapie tot verbetering leiden. Bij sfincterinsufficiëntie of lichte blaas-urethraverzakking zullen bekkenbodemoefeningen worden voorgeschreven. Blaashalsinsufficiëntie kan verbeteren door medicatie. Indien nodig zal heelkundig een anatomische correctie worden uitgevoerd van de blaas en de blaashals of een sfincterprothese geïmplant. Een preventieve aanpak van stress-incontinentie gebeurt door bekkenbodemspieroefeningen.
- Urge-incontinentie
Vele oorzaken kunnen tot urge-incontinentie leiden. Gaat het om een infectie, dan is medicamenteuze behandeling aangewezen. Obstructies worden operatief verwijderd. Maar vaak is de oorzaak niet gekend. De laatste jaren worden mensen met motorische en sensorische urge-incontinentie met bekkenbodemoefeningen en blaastraining behandeld, al dan niet ondersteund door medicijnen, zoals anticholinergica. Uitzonderlijk gebeurt er heelkundig een blaasaugmentatie of blaasdenervatie. Recenter is er de opmars van botox-injecties in de musculus detrusor met wisselende resultaten.
- Overloopincontinentie
Ligt een mechanische obstructie aan de basis, dan wordt deze operatief verholpen. Bij ernstige en/of acute urineretentie gaat men tijdelijk of definitief sonderen. Een suprapubische blaassonde geniet dan sterk de voorkeur. In die gevallen waar overloop ontstaat door te weinig frequent plassen of een slecht mictiegedrag, dan zal blaastraining hulp bieden.
- Incontinentie door extra-urethrale oorzaken
Denk aan congenitale en/of verworven afwijkingen, sfincterletsels, fistulae. Meestal is de behandeling hier heelkundig.
- Incontinentie door detrusor-hyperreflexie
Medicijnen kunnen hier een oplossing bieden. Recent wordt, bij patiënten met een intacte reflexboog (S2-S4), neurostimulatie toegepast, met wisselende resultaten. Bekkenbodemoefeningen hebben een beperkte rol. Opvangmaterialen zijn meestal noodzakelijk.

Hoofdstuk 4

Onderzoek: prevalentie, QoL en hulpzoekend gedrag

Zoals men uit de vorige hoofdstukken kon opmaken is urine-incontinentie een veel voorkomend en divers probleem.

Binnen het kader van de opleiding werd ons gevraagd een paper te maken rond een deelaspect dat ons aanspreekt. Ik heb gekozen om een (beperkt) onderzoek te doen naar het hulpzoekend gedrag bij vrouwen tussen 20 en 65 jaar.

Deze vrouwen behoren tot de actieve bevolking van onze maatschappij. Ze zijn over het algemeen autonoom en niet zorgbehoevend. Binnen de maatschappelijke ontwikkelingen (zoals emancipatie, moderne patiëntenrechten) die plaatsvinden - en zo ook onze houding ten opzichte van de geneeskunde drastisch verandert - heerst er binnen deze doelgroep mogelijks minder taboe rond incontinentie dan vroeger. Zeker als men dit vergelijkt met een oudere generatie.

Maar als we aannemen dat het hedendaagse sociale klimaat het probleem rond ongewild urineverlies meer bespreekbaar maakt, waarom wachten nog zoveel vrouwen zo lang voordat ze hulp zoeken, of zelfs geen hulp zoeken?

Het hulpzoekend gedrag van mensen met incontinentie werd in de literatuur reeds meermaals nagegaan, maar dan vooral binnen oudere populaties, waar men toch meer onwetendheid heeft onder de bevolking, schroom, en een grotere afhankelijkheidspositie ten aanzien van de autonoom-deskundige zorgverleners.

Men vindt ook geen actuele publicaties rond hulpzoekend gedrag en incontinentie binnen onze regionen.

Graag had ik ook nagegaan zo er een verschil bestaat in het aanvoelen / beleven van incontinentie tussen vrouwen die in ons ziekenhuis werden opgenomen (en dus als leken kunnen worden beschouwd) enerzijds en de vrouwelijke zorgverleners in ons ziekenhuis anderzijds.

Daarvoor dient men in eerste instantie de prevalentie na te gaan, de impact op QoL te bevragen en deze te vergelijken met de bestaande cijfers.

Voor het onderzoek worden 2 gevalideerde Nederlandstalige vragenlijsten gebruikt: ICIQ-SF en de PRAFAB vragenlijst. Samen werden ze verwerkt tot 1 lijst met 10 vragen.

In dit onderzoek gaat het om een gerandomiseerde vrouwenpopulatie, leeftijd tussen 20 en 65 jaar. Er werd wel gekeken naar de algemene fysieke conditie van de doelgroep, zonder al te specifieke exclusiecriteria voorop te stellen. De algemene toestand van de bevroagde moest redelijk goed zijn, dit om zoveel mogelijk 'ongecompliceerde' incontinentie op te sporen. Vrouwen met sterke fysieke en / of mentale beperkingen werden niet bevroagd. Het doel is enkel een algemeen prevalentiebeeld te bekomen.

Ten slotte wordt gepeild naar het hulpzoekende karakter met finaal een vraag naar de verwachtingen die men heeft ten aanzien van onze gezondheidszorg.

In ons ziekenhuis zijn we recent begonnen met een dynamische inco-werkgroep: de bedoeling is deze bevindingen te bespreken en eventueel klemtonen te leggen in de strategie naar een betere zorgverlening, i.e. op de maat van de zorgbehoevende.

Hoofdstuk 5

Resultaten van het onderzoek

(zie ook de tabellen in bijlage!)

Met een voorkomen van 62 gevallen op 142 ondervraagden, ligt de prevalentie (44%) van incontinentie in dit onderzoek hoog.

In 48 gevallen op 62 (77%) ging het om stressincontinentie, vooral op jongere leeftijd, terwijl urge- en gemengde incontinentie belangrijker worden op latere leeftijd. Men ziet ook een stijging van incontinentie na bevalling, reeds vanaf 1 partus.

De ernst van de incontinentie is eerder gering: 65% van de ondervraagden met incontinentie hebben een lage frequentie van urineverlies van 1 keer per week of minder. 10% verliest meerdere keren per week, 16% dagelijks, en ongeveer 10% zelfs meerdere keren per dag.

60% vindt het storend en invaliderend, terwijl 89% zich hierdoor niet laat hinderen in het dagelijkse leven, waarschijnlijk te verklaren door het geringe urineverlies bij de ondervraagden.

Niettemin draagt 42% van deze vrouwen af en toe een verband of dient het ondergoed verschoond. 27% van de ondervraagde vrouwen met incontinentie is zelfs dagelijks of altijd afhankelijk van verbanden en/of vers ondergoed.

37 op een totaal van 62 vrouwen met ongewild urineverlies (60%) heeft nog geen hulp hiervoor gezocht. 6 op 62 klopten aan bij de huisarts, 8 gingen naar de gynaecoloog, 6 naar de uroloog. Een enkeling sprak een kinesist aan.

Gezien de algemene lage ernst van hun klachten zien de meeste vrouwen het dan ook niet als een dusdanig probleem en gaan pas op consultatie wanneer de symptomen verergeren. Angst voor ingrepen of bepaalde onderzoeken, onwetendheid, een normaal probleem na een bevalling of op hogere leeftijd, de idee dat er niets kan aan gedaan worden, spelen bij de bevraagde vrouwen een rol.

Vooral bij de leken, zoals verwacht, vinden we een groter aantal door onwetendheid, angst of schaamte. Hulpverleners waren dan meer overtuigd dat ze er zelf iets konden aan doen zoals hun plasgedrag aanpassen of hun bekkenbodemspieren oefenen.

Redenen die werden aangehaald om juist wel hulp te zoeken waren vooral de subjectieve hinder die men ondervond en de idee dat er wel iets kon aan gedaan worden.

De gemiddelde leeftijd van de vrouwen die wel hulp gezocht hebben bedroeg 51 jaar.

Bij de verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg zien we geen grote verschillen tussen leken en zorgverleners. Een goede informatiebrochure wordt alom geprezen (74%), gevolgd door de telefonische bereikbaarheid van een deskundige (34%) en de beschikbaarheid van een gespecialiseerd team rond incontinentieproblemen (23%). Neemt men deze laatste twee verlangens samen, dan verwacht toch 57% van de ondervraagden terecht te kunnen bij deskundigen op het vlak van incontinentie.

Hoofdstuk 6

Besluit - voorstellen naar de instelling -

Uit de behoeftepeiling komt duidelijk de noodzaak van een goede **infobrochure** naar voor. Deze kan dan uiteindelijk ook beschikbaar gesteld worden via de website van het ziekenhuis. Idealiter komt deze brochure multidisciplinair tot stand zodat zoveel mogelijk mensen toegang krijgen tot deze brochure (huisartsen, urologen, gynaecologen, geriateren, kinesitherapeuten).

De vrij hoge score voor de telefonische bereikbaarheid van een deskundige en de aanwezigheid van een gespecialiseerde incontinentiekliniek nodigen uit – binnen het kader van de opleiding tot referentieverpleegkundige (in)continentie - om te pleiten voor het **verpleegkundig spreekuur**. Kijk maar naar de grote evolutie van nurse-led clinics in het Verenigd Koninkrijk.

Verpleegkundigen moeten zich meer en meer ontwikkelen als gelijkwaardige gesprekspartners van de medisch specialist. Hiervoor moeten de verpleegkundigen uiteraard bijscholen op het terrein waar ze actief in zijn (denk aan het begrip ‘excellence’). Binnen het gegeven incontinentie zijn dat dan de gevolgen van dit ongewild urineverlies voor de patiënt die zich kunnen uiten in lichamelijke stoornissen, functionele beperkingen en sociale handicaps en die door de patiënt in de vorm van een zorgvraag worden verwoord.

Zo zien we toch in onze dagelijkse urologische praktijk dat er bij patiënten een toenemende behoefte bestaat aan verpleegkundige instructie, voorlichting en patiëntenbegeleiding.

We kunnen gerust aannemen dat ook mensen die nog niet zijn opgenomen, of niet gehospitaliseerd dienen te worden toch met een aantal vragen zitten of blijven zitten door angst, onwetendheid, schaamte, ..., zoals uit de bevraging blijkt.

Een verpleegkundig spreekuur is dan ook best poliklinisch in te bedden, in het algemeen op afspraak en noodzakelijk voor de patiënt vanwege een actueel gezondheidsprobleem, waarbij de verpleegkundige specifieke aandacht heeft voor de huidige of de te verwachten zorgvraag. In ons ziekenhuis zou dit gesprek plaats vinden na doorverwijzing van de behandelend arts en zou een goede aanvulling kunnen zijn op het medisch spreekuur.

De voornaamste doelstellingen binnen de werkgroep incontinentie zijn: het bevorderen van de kwaliteit en continuïteit van zorg voor de (in)continente patiënt (al dan niet ambulante), het verbeteren van de voorlichting van de zorgvrager, het verbeteren van de begeleiding en de ondersteuning aan patiënt en mantelzorgers, het voorkomen van (her)opnames, het verkorten van de hospitalisatieduur.

Uit een ander onderzoek bij patiënten met een chronische aandoening bleek ook een meerderheid van de patiënten (73%) behoefte te hebben aan een verpleegkundig spreekuur, indien dit zou worden ingesteld. Als redenen werden genoemd: het hart kunnen luchten, ontvangen van voorlichting, krijgen van begeleiding en ziektespecifieke informatie. Verder dachten de ondervraagden dat verpleegkundigen meer tijd voor hen hadden dan artsen.

(Frederix, Spreeuwenberg. Chronisch zieken en de continuïteit van zorg. *Medisch Contact* 1996; 10(51): 319-322)

Een ander soort bereikbaarheid kunnen we bekomen door het implementeren van **telefonische spreekuren**. Deze zijn dan weer voornamelijk opgezet voor de nazorg aan patiënten die bij thuiskomst nog allerlei vragen hebben over de gevolgen van hun behandeling. Een treffend voorbeeld is de telefonische bereikbaarheid van onze prostaatverpleegkundige op onze afdeling urologie.

Maar binnen dit onderzoek gaat het om een andere situatie die aanleiding geeft tot de behoefte van een telefonisch spreekuur. De polikliniek van onze dienst urologie is erg druk. Dit is een bekend probleem: de bellende patiënt wordt eindeloos doorverbonden of moet onnodig lang wachten om de arts te kunnen spreken. Het antwoord op dit probleem is de telefonische bereikbaarheid voor de cliënten te verbeteren, verzorgd door goed opgeleide verpleegkundigen.

Als doel kan men stellen gedurende de dag de werkdruk van de artsen op de polikliniek te verminderen door de bereikbaarheid voor de patiënten te verbeteren, orde te brengen in de bulk aan telefoontjes en te zorgen voor een vlotte en doeltreffende afhandeling van de telefonische hulpvragen. Alle binnenkomende vragen worden geregistreerd en beoordeeld op doorverbinden naar de behandelend arts of directe afhandeling door de verpleegkundige.

Mede kan men zo een groei verwachten in het zelfstandig en professioneel afhandelen van hulpvragen rond incontinentie door de verpleegkundigen en een betere kwaliteit van zorg, als het gaat om bereikbaarheid en informatievoorziening.

Met de telefonische bereikbaarheid willen we vooral: een luisterend oor zijn, soms een spiegelfunctie zijn, correct afhandelen van hulpvragen, voorlichting geven afgestemd op de situatie van de patiënt en het aanreiken van de juiste handvaten om de problemen die met incontinentie gepaard gaan te overwinnen. Het is ook de enige manier om snel en efficiënt te reageren op vragen van (potentiële) patiënten.

De referentieverpleegkundige, een beroepsbekwame consulent en waardige gesprekspartner! Urologische verpleegkundigen zijn perfect in staat om mensen die lijden aan incontinentie te beoordelen. Objectieve bepalingen die horen bij het klinisch onderzoek van een incontinente patiënt zijn immers essentiële elementen die door verpleegkundigen worden uitgevoerd of gestuurd: zoals het bijhouden van een mictielijst, padtests, urineanalyses, midstreamafnames, bladderscans, urodynamisch onderzoek, ...

Van zodra de referentieverpleegkundige goed is opgeleid en dus in staat is een grondige klinische beoordeling van de patiënt te verrichten, dan kan deze in principe ook een aantal evidence-based primaire zorginterventies uitvoeren bij mensen met mictieproblemen. Zoals het bijsturen van de hoeveelheid en type vochtinname en het effect ervan op mictieklachten, bulbusmassage voor druppelincontinentie bij mannen, voorlichting over bekkenbodemspieroefeningen bij stressincontinentie, blaastraining wegens frequente mictie, urgentie, nachtelijk urineverlies en urge-incontinentie, en nog andere.

Van cruciaal belang is natuurlijk dat de opleiding van de referenten voordien goed wordt vastgelegd, alsook het beoordelingsproces en de te bieden interventies, zodat deze consequent kunnen worden toegepast. Daarenboven staat het buiten kijf dat de huisarts van de patiënt door het gespecialiseerde team ten allen tijde wordt geïnformeerd over het zorgproces, de geboekte vooruitgang en de voorgeschreven behandelingen. Alleen door een goede wederkerige communicatie met de huisarts zal het professionele werk door referentieverpleegkundigen incontinentie via een poliklinisch spreekuur, in het verlengde van het medische spreekuur, uitgebreider bekendheid kunnen krijgen!

Nawoord

Als ik kijk naar de resultaten die het onderzoek heeft voortgebracht en wat de doelstellingen waren van deze verhandeling, dan is de opzet ervan geslaagd.

De motieven om in ons ziekenhuis een incontinentiekliniek uit te bouwen met meer autonomie voor gespecialiseerde urologische verpleegkundigen lijken bij deze relevant.

De beperkte tijd die er voorhanden was om deze paper tot een goed einde te brengen en de bekomen resultaten uit de doelgroep, nodigen uit om in de toekomst een soortgelijk onderzoek te herhalen op grotere schaal. Immers het aantal en de ernst van de incontinentieklachten nemen toe met de leeftijd en de aanwezigheid van andere comorbiditeiten.

Het gebruik van een gestandaardiseerde vragenlijst heeft zeker zijn voordelen. Het kan individueel en snel, maar deze moet heel goed opgesteld zijn zo deze volledig en correct wordt ingevuld.

Een aantal van de vragenlijsten konden hierdoor niet worden verwerkt.

Persoonlijk was het een zeer leerrijke ervaring om dergelijk onderzoek uit te voeren. Het vraagt veel tijd en energie, maar het is een weg die ik in de toekomst, als hoofdverpleegkundige urologie, samen met mijn collegae en artsen nog verder wil bewandelen!

Bronnenlijst

Artikels

Hägglund D., Walker-Engström M-L, Larsson G., Leppert J., *Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence*. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 1051-1055.

Shaw C., Tansey R., Jackson C., Hyde C., Allan R., *Barriers to help seeking in people with urinary symptoms*. Family Practice 2001; 18:48-52.

Teunissen D., van Weel C., Lagro-Janssen T., *Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour*. British Journal of general Practice 2005; 55: 776-782.

Tollet S., Vanschoenbeek J., *Praktijkproject: het voorkomen van urine-incontinentie in onze huisartsenpraktijk*.

Van Geelen J.M., Van de Weijer P.H.M., Arnolds H.Th., *Urogenitale verschijnselen en hinder bij thuiswonende Nederlandse vrouwen van 50 tot 75 jaar*. Ned Tijdschrift Geneeskde 1996; 140, nr 13.

Vierhout M.E., *Meting van ongewenst urineverlies bij de vrouw*. Ned Tijdschrift Geneeskde 1990; 134, nr 38.

Williams K., Assassa Ph., Smith N., et al., *Good practice in continence care: development of nurse-led service*. British Journal of Nursing 2002; 11; No 8:548-559.

Boeken

Bosch J.H.L.R., Prins A., Praktische huisartsengeneeskunde – Urologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2004, 358 blz., ISBN 90-313-3753-6.

Getliffe K., Dolman M., Promoting Continence – A Clinical Research Resource, Baillière Tindall, 2003, 408 blz., ISBN 0-7020-2637-9.

Schröder F.H., Boevé E.R., Praktische urologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1996, 348 blz., ISBN 90-313-20129.

Van Kampen M., Urine-incontinentie – bekkenbodembreëducatie, uitgeverij Acco, Leuven 1994, 127 blz., ISBN 90-334-2617-X.

Verbaeys A., De Sy W., Urologie, Academia Press, Gent 2003, 184 blz., ISBN 90-382-0379-9.

Bronnenlijst - vervolg

Cursus

Onuitgegeven cursus vzw Urobel, Referentieverpleegkunde (in)continentie, academiejaar 2006-2007.

Eindwerk

Merchiers M., De verpleegkundige aanpak van urine-incontinentie bij vrouwen in het ziekenhuis, Hogeschool Gent Departement Gezondheidszorg Vesalius 2003-2004.

Internet

www.icsoffice.org, 3rd International Consultation on Incontinence (26-29 juni 2004), 3^e editie 2005

www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed

<http://scholar.google.com/>

www.ucontrol.info/

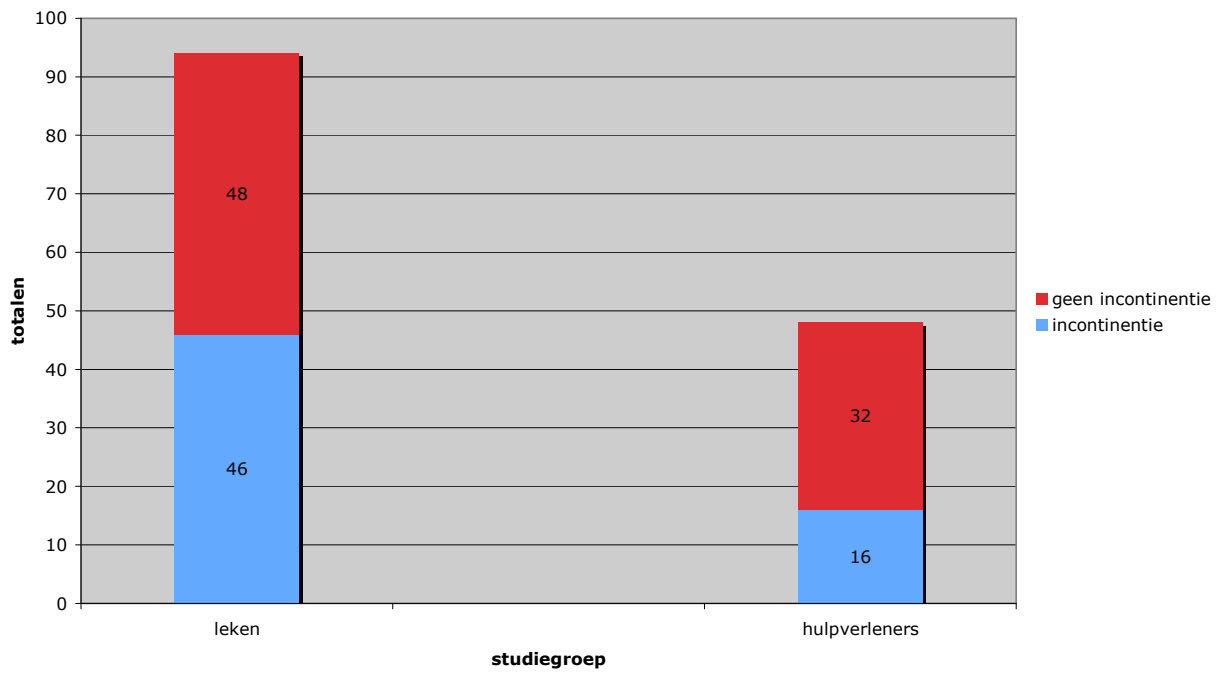
www.urobel.be

Bijlagen

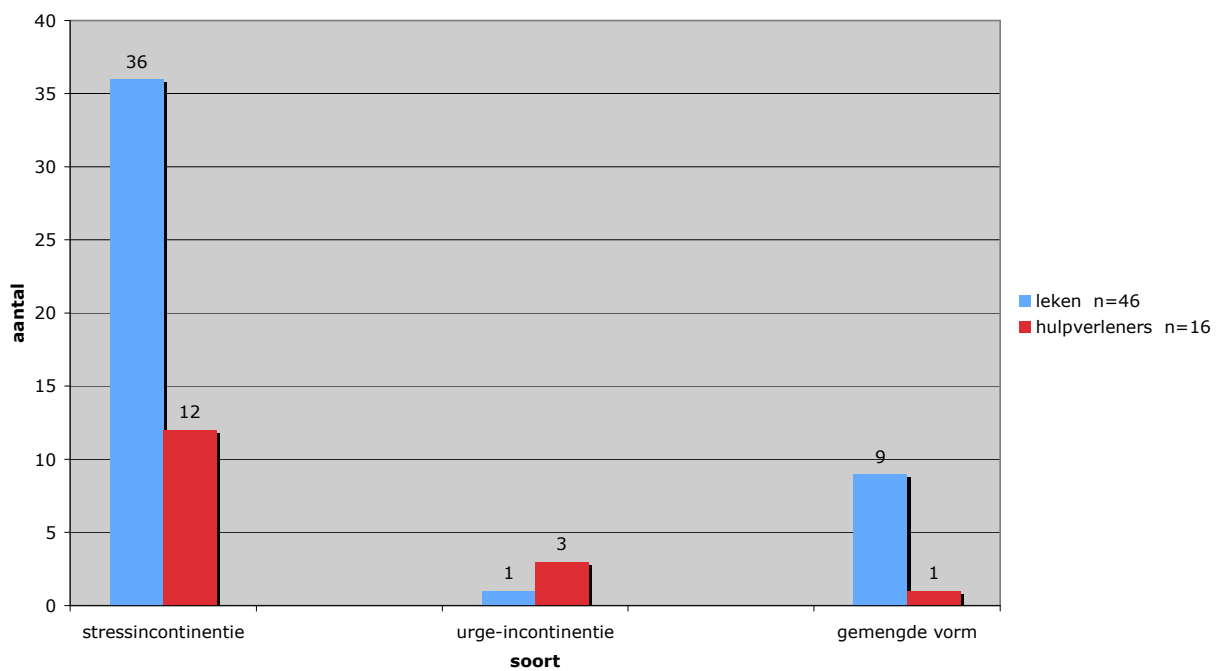
Tabellen	.....	I
Vragenlijsten (PRAFAB, ICIQ-UI SF, onderzoek)	.....	II
Projectbrief voor doelgroep	.....	III
Plan van aanpak	.....	IV

I Tabellen

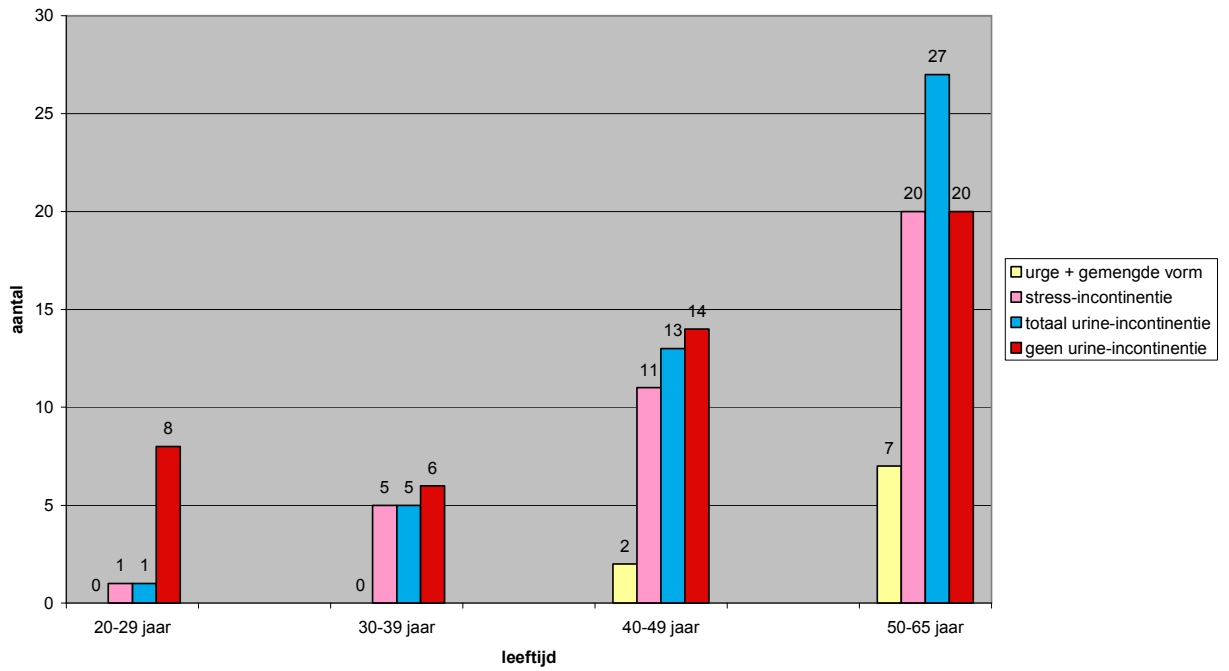
prevalentie incontinentie (n=142)



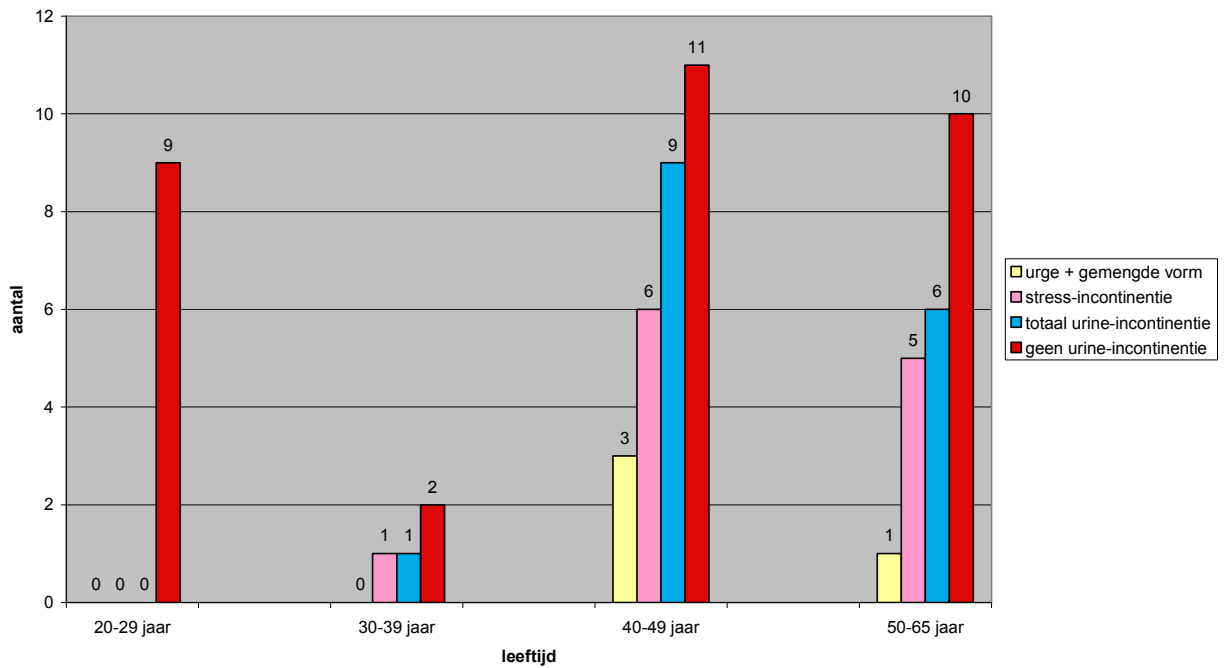
soorten van ongewild urineverlies



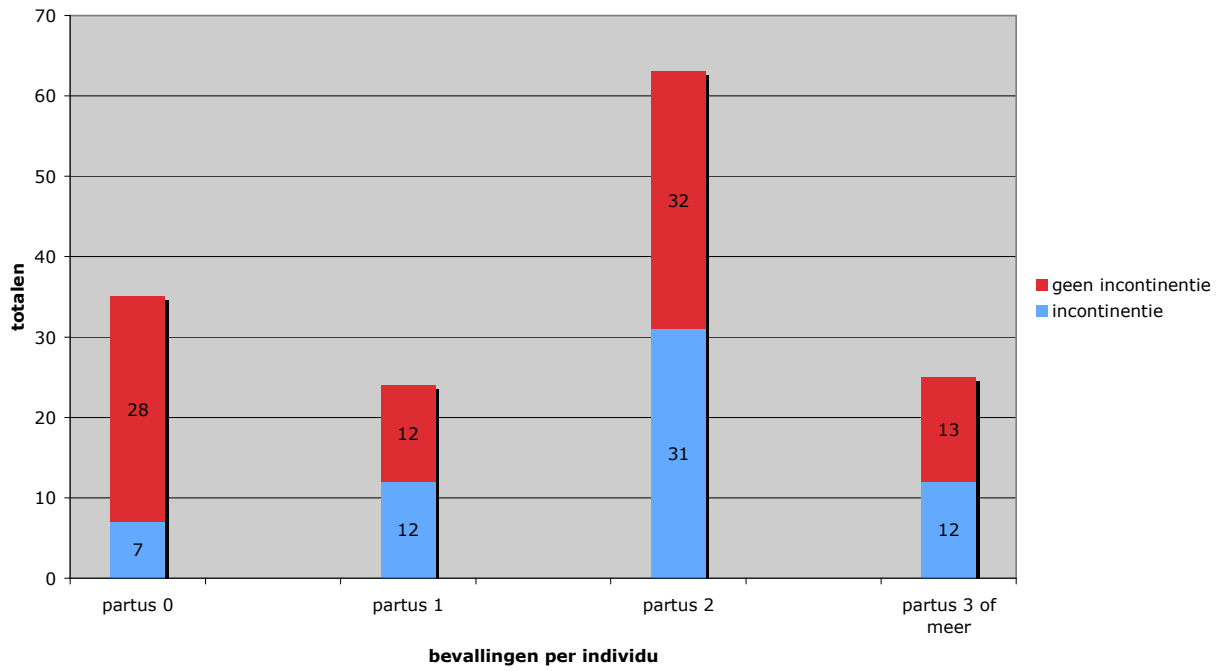
UI per leeftijdsgroep - leken



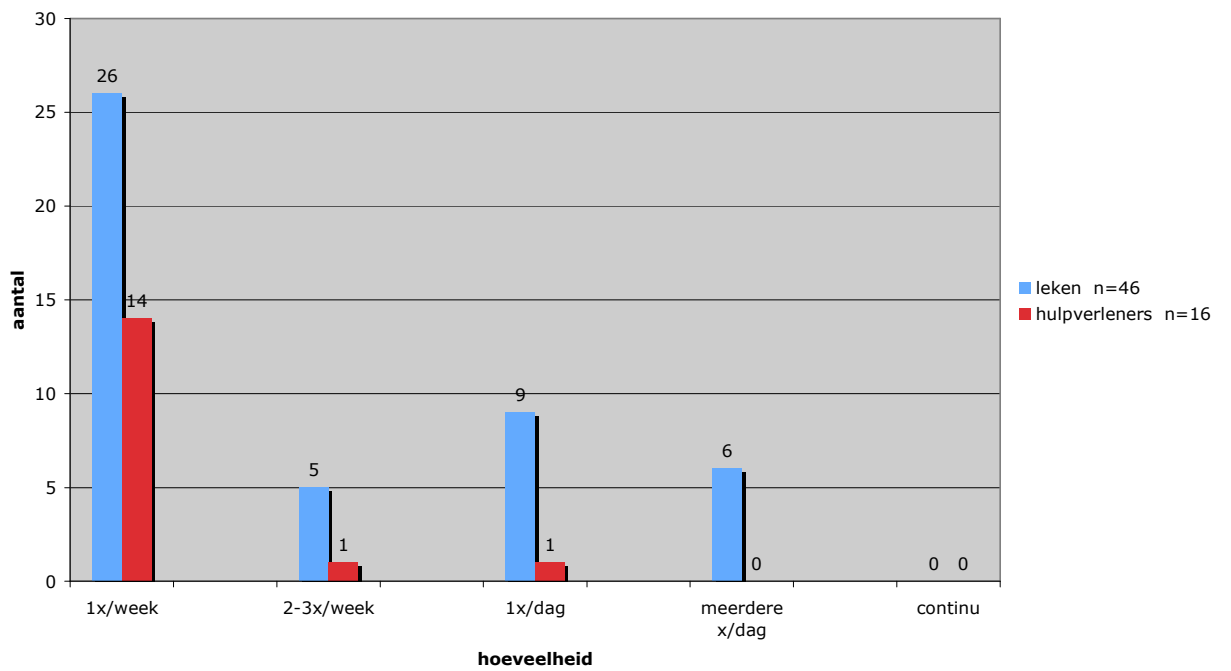
UI per leeftijdsgroep - hulpverleners



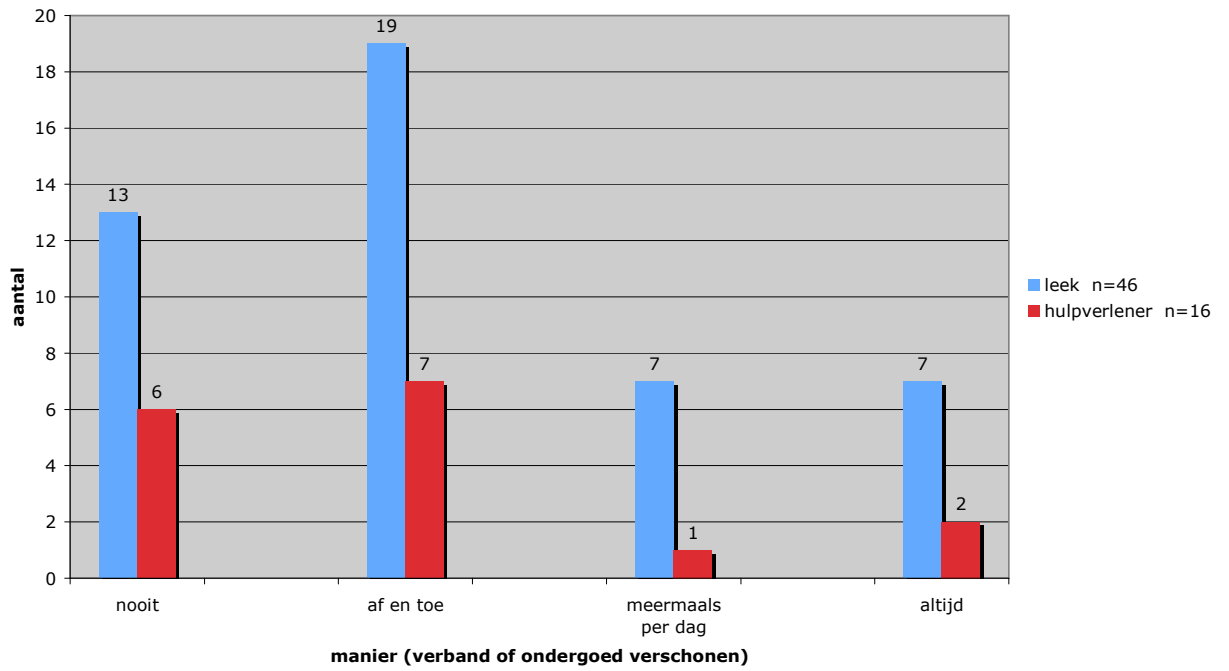
partus



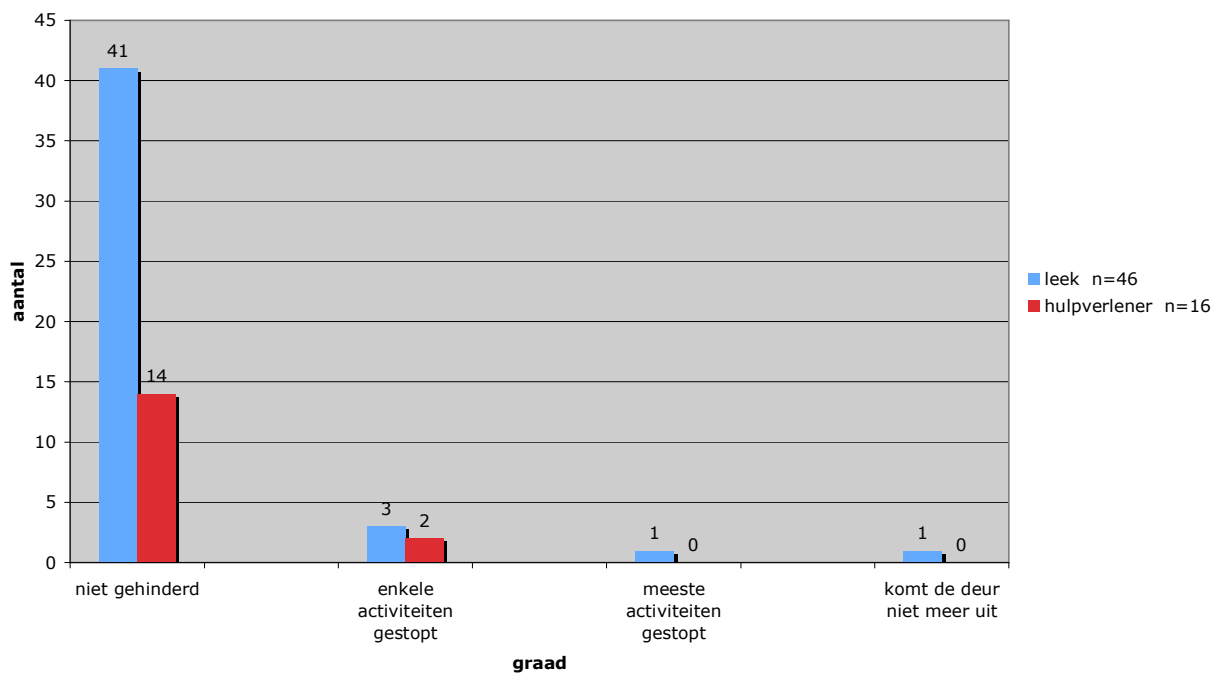
frequentie van urineverlies



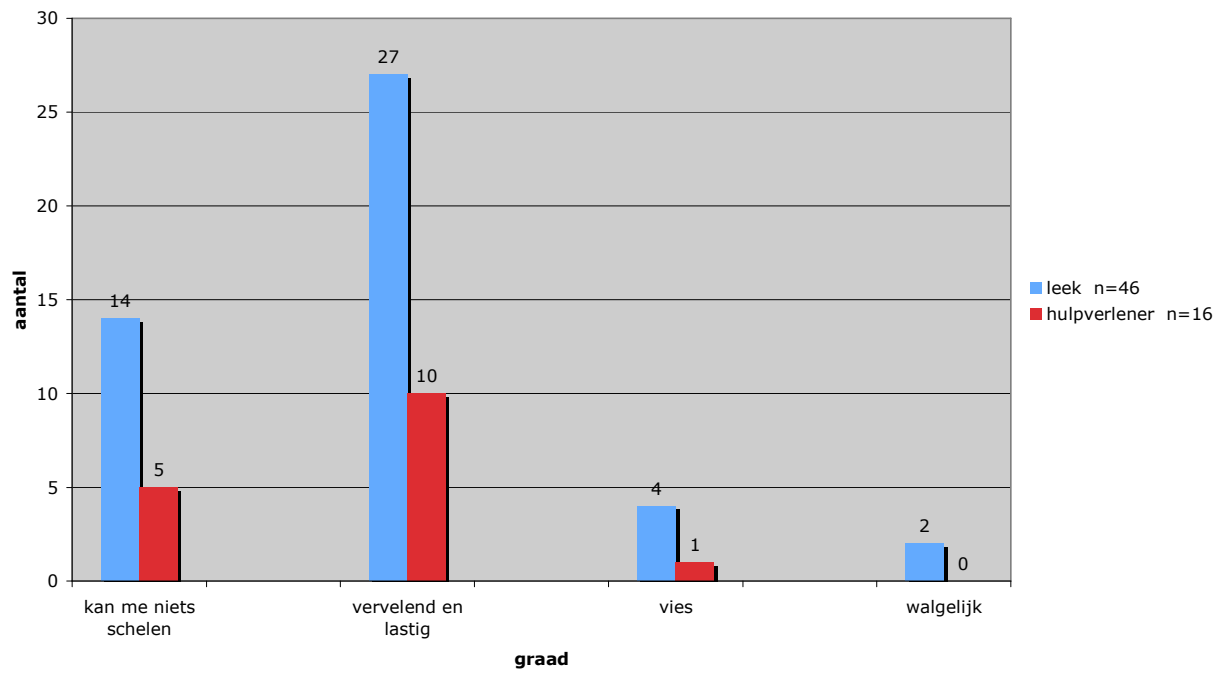
bescherming



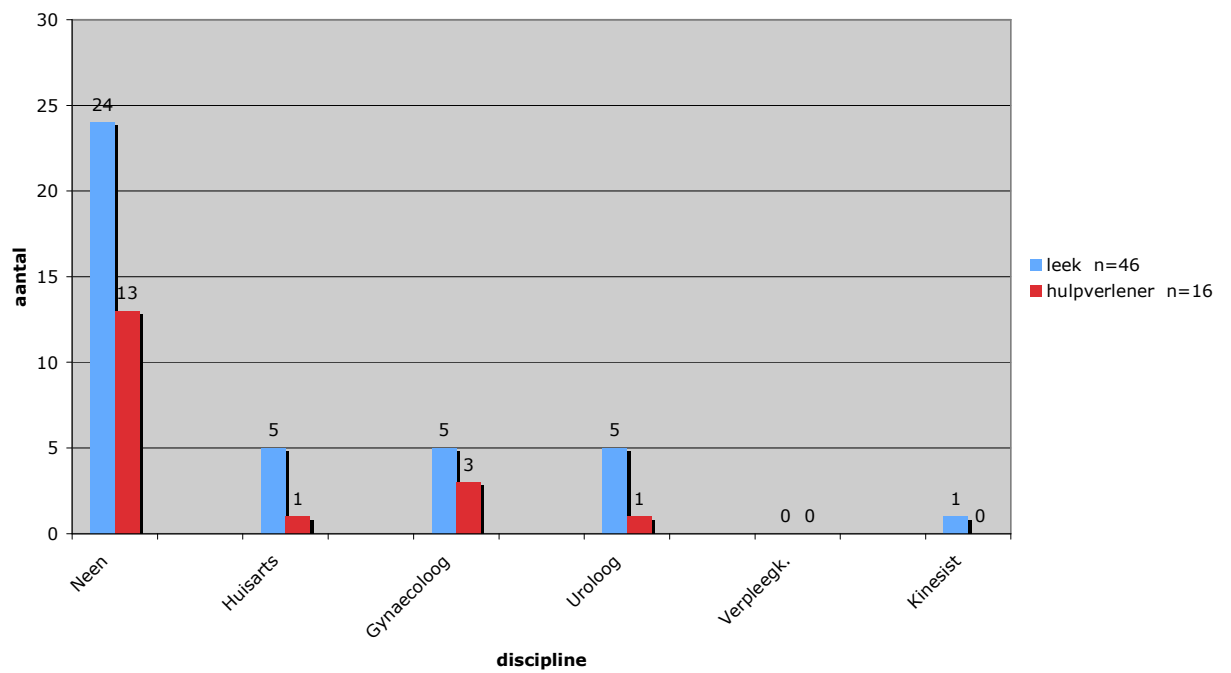
hinder



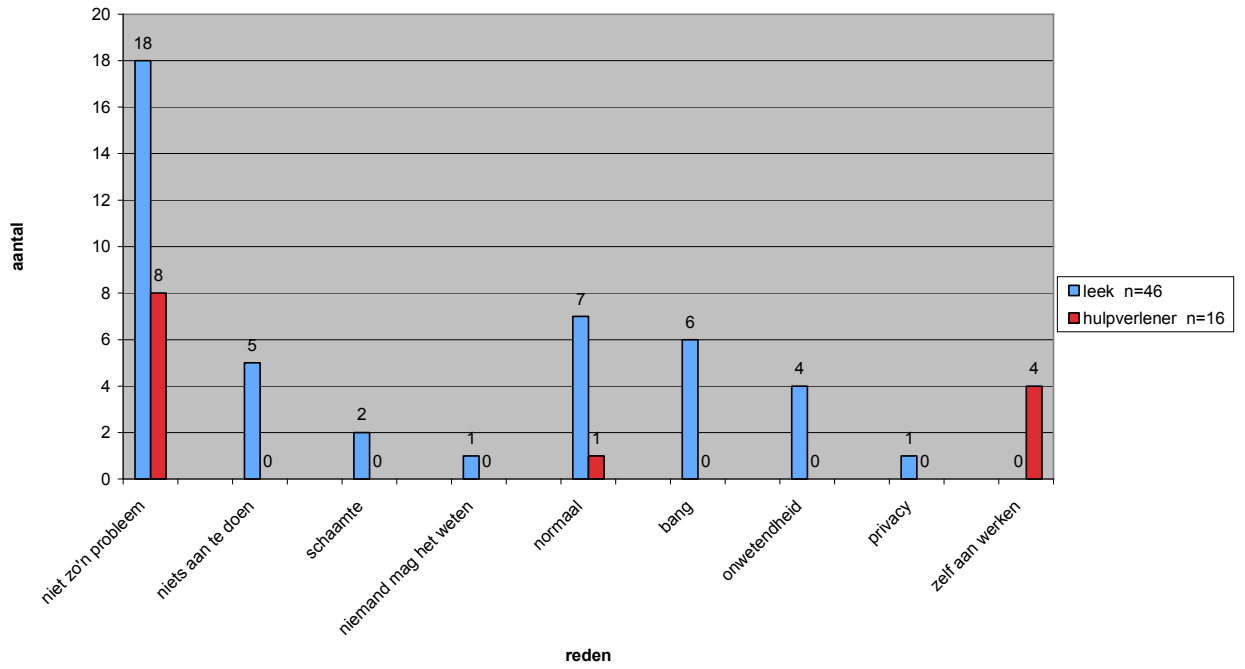
zelfbeeld



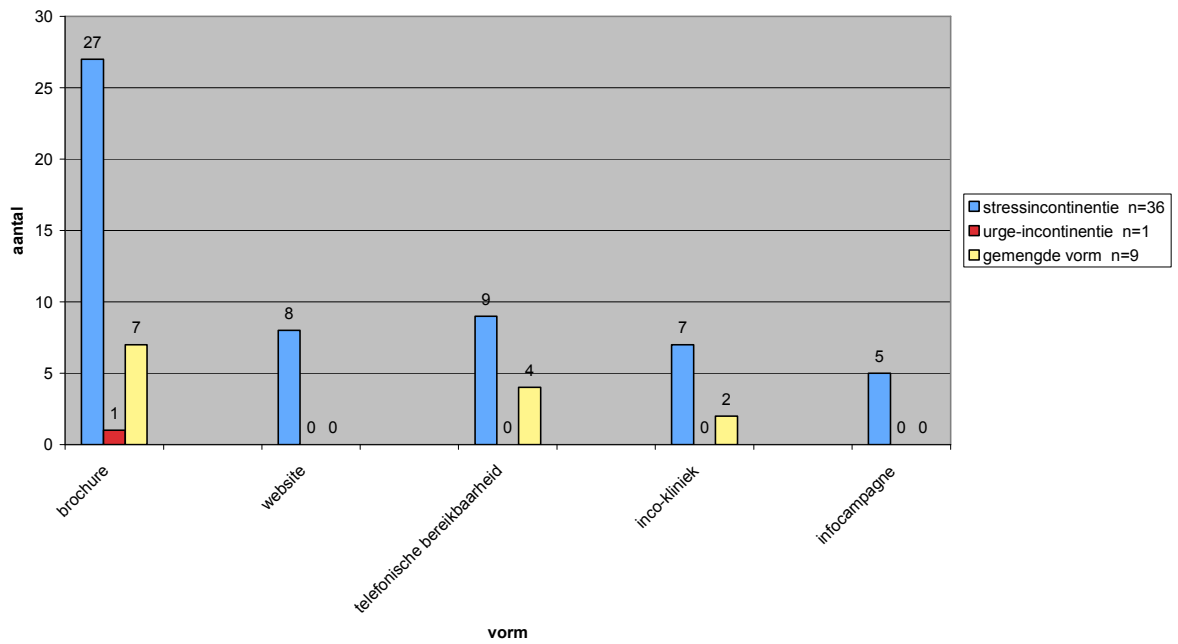
hulp gezocht



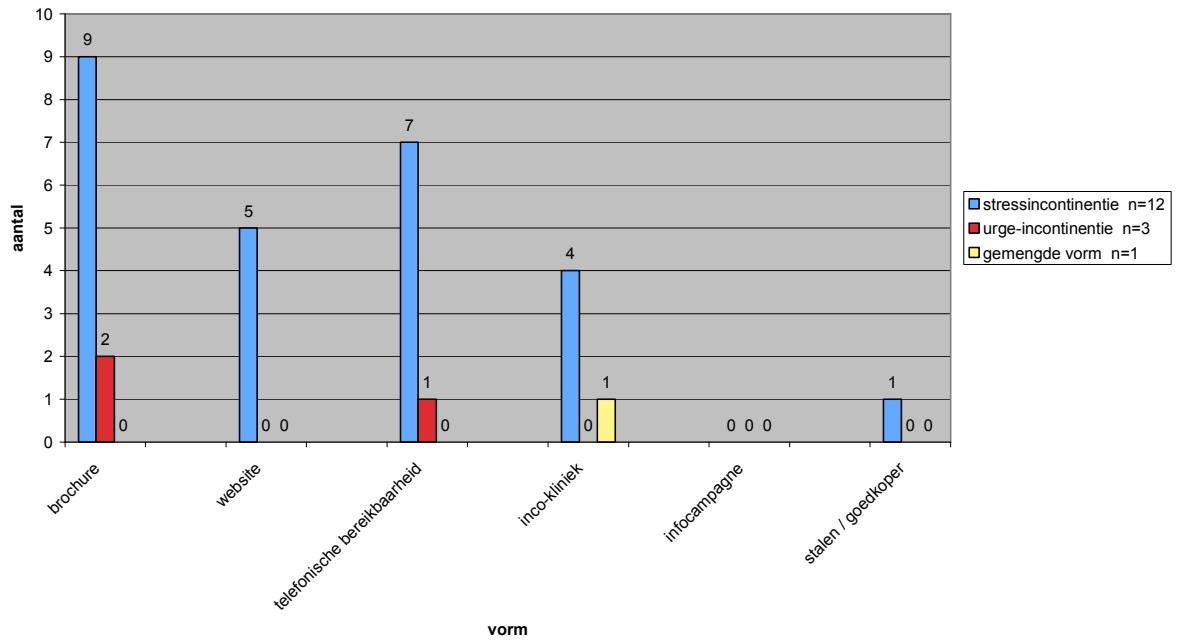
waarom geen hulp gezocht



verwachtingen - leken



verwachtingen - hulpverleners



II Vragenlijsten

PRAFAB scorelijst

PROTECTION

1. Voor mijn urineverlies gebruik ik nooit verband.
2. Af en toe gebruik ik verband of moet ik mijn ondergoed verschoenen.
3. Als regel draag ik verband of verschoon ik mijn ondergoed meermalen per dag.
4. Ik moet altijd verband gebruiken voor mijn incontinentie.

AMOUNT

1. Het urineverlies is slechts een druppeltje.
2. Ik verlies ook wel eens een scheutje.
3. Het urineverlies is zo groot dat het mijn verband en/of kleren flink nat maakt.
4. Het urineverlies is zo groot dat het verband doorweekt raakt en/of er doorheen lekt.

FREQUENCY

Onvrijwillig urineverlies treedt bij mij op:

1. Eens per week of minder.
2. Meer dan eens maar minder dan drie keer per week.
3. Meer dan drie keer per week, maar niet iedere dag.
4. Elke dag.

ADJUSTMENT

Door mijn urineverlies:

1. Laat ik mij niet hinderen in mijn dagelijkse leven.
2. Ben ik gestopt met sommige activiteiten, wals sport en andere zware lichamelijke activiteiten.
3. Ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die onvrijwillig urineverlies veroorzaken.
4. Kom ik de deur bijna niet meer uit.

BODY IMAGE

1. Mijn urineverlies kan me eigenlijk niets schelen.
2. Ik vind het vervelend en lastig, maar ik zit er niet echt mee.
3. Ik vind mijn urineverlies vies.
4. Ik walg van mezelf door mijn urineverlies.

bron: Mulder & Vierhout, 1990

ICIQ-UI Short Form

Veel mensen hebben af en toe last van ongewild urineverlies. Wij proberen uit te zoeken bij hoeveel mensen ongewild urineverlies voorkomt en hoeveel last zij hiervan hebben. Wij zijn u zeer erkentelijk, als u de volgende vragen beantwoordt. Probeer u zich hierbij voor te stellen hoe u zich over het algemeen gedurende de LAATSTE 4 weken heeft gevoeld.

1. uw geboortedatum
2. geslacht
3. Hoe vaak heeft u last van ongewild urineverlies? (1 hokje aankruisen)
 - 0 nooit
 - 1 ongeveer één keer per week of minder
 - 2 twee tot drie keer per week
 - 3 ongeveer één keer per dag
 - 4 meerdere keren per dag
 - 5 continu
4. Wij willen graag weten hoeveel urine u denkt te verliezen. Hoeveel urine verliest u gewoonlijk (ongeacht of u wel of geen beschermingsmaterialen gebruikt)? 1 hokje aankruisen aub
 - 0 niets
 - 2 een beetje
 - 4 tamelijk veel
 - 6 veel
5. Hoeveel invloed heeft het ongewilde urineverlies op uw dagelijkse leven?
Aub een getal tussen 0 (helemaal niet) en 10 (heel erg) omcirkelen
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
6. Wanneer verliest u urine? (Aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden zijn mogelijk)
 - nooit, ik heb geen last van urineverlies
 - ik verlies urine voordat ik het toilet kan bereiken
 - ik verlies urine wanneer ik hoest of nies
 - ik verlies urine wanneer ik slaap
 - ik verlies urine bij lichamelijke activiteiten/inspanningen
 - ik verlies urine wanneer ik na het plassen mijn kleren weer aantrek
 - ik verlies urine zonder duidelijke redenen
 - ik verlies voortdurend urine

Hartelijk dank voor het beantwoorden van deze vragen en de medewerking aan dit uiterst belangrijk onderzoek.

VRAGENLIJST ONDERZOEK

Veel mensen hebben af en toe last van ongewild urineverlies. Toch bestaan er heel wat mogelijkheden om op een eenvoudige manier dit urineverlies te gaan beperken of te stoppen.

In dit onderzoek dat u wordt voorgelegd, proberen wij, aan de hand van 10 eenvoudige vragen, uit te zoeken bij hoeveel vrouwen tussen 20 en 65 jaar ongewild urineverlies voorkomt en hoeveel last zij hiervan hebben in hun dagelijkse leven.

Wij zijn u zeer erkentelijk als u de volgende vragen beantwoordt.

Probeer u zich hierbij voor te stellen hoe u zich over het algemeen gedurende de laatste 2 maand heeft gevoeld.

Hebt u geen urineverlies, dan volstaat het de eerste 2 vragen van de lijst in te vullen.

Algemene inlichtingen

uw geboortedatum: / /

uw beroep:

aantal bevallingen:

1. Hoe vaak heeft u last van ongewild urineverlies? (1 hokje aankruisen)

- nooit
- ongeveer één keer per week of minder
- twee tot drie keer per week
- ongeveer één keer per dag
- meerdere keren per dag
- continu

2. Wanneer verliest u urine? (aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- nooit, ik heb geen last van urineverlies
- ik verlies urine voordat ik het toilet kan bereiken
- ik verlies urine wanneer ik hoest of nies
- ik verlies urine wanneer ik slaap
- ik verlies urine bij lichamelijke activiteiten/inspanningen
- ik verlies urine wanneer ik na het plassen mijn kleren weer aantrek
- ik verlies urine zonder duidelijke redenen
- ik verlies voortdurend urine

3. Hoeveel urine denkt u gewoonlijk te verliezen (ongeacht of u wel of geen beschermingsmaterialen gebruikt)?

- het urineverlies is slechts een druppeltje
- ik verlies wel eens een scheutje urine
- het urineverlies is zo groot dat het mijn verband en/of kleren flink nat maakt
- het urineverlies is zo groot dat het verband doorweekt raakt en/of er doorheen lekt

4. Hoe beschermt u zich tegen dit ongewild urineverlies?

- voor mijn urineverlies gebruik ik nooit een verband
- af en toe gebruik ik een verband of moet ik mijn ondergoed verschonon
- als regel draag ik een verband of verschoon ik mijn ondergoed meermaals per dag
- ik moet altijd een verband gebruiken voor mijn urineverlies

5. Door mijn urineverlies...:

- .. laat ik mij niet hinderen in mijn dagelijkse leven
- .. ben ik gestopt met sommige activiteiten, zoals sport en andere lichamelijke activiteiten
- .. ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die onvrijwillig urineverlies veroorzaken
- .. kom ik de deur bijna niet meer uit

6. Vraag over uw zelfbeeld.

- mijn urineverlies kan me eigenlijk niets schelen
- ik vind het vervelend en lastig, maar ik zit er niet echt mee
- ik vind mijn urineverlies vies
- ik walg van mezelf door mijn urineverlies

7. Hebt u voor dit ongewild urineverlies reeds hulp gezocht?

- neen
- ja, bij mijn huisarts
- ja, bij mijn gynaecoloog
- ja, bij een uroloog
- ja, bij een verpleegkundige
- andere:

8. De reden waarom u reeds hulp hebt gezocht voor uw ongewild urineverlies?

-

9. Zo u nog geen hulp hebt gezocht, welke zijn voor u de argumenten om dit niet te doen? (u mag tot 2 hokjes aankruisen)

- ik zie het niet als zo een probleem
- ik dacht dat men er niets kon aan doen
- uit schaamte voor mijn probleem
- ik dacht dat het normaal was na een bevalling en/of bij ouder worden
- ik ben bang voor bepaalde onderzoeken of een operatie
- ik wist niet dat er heel diverse behandelingsmogelijkheden zijn
- niemand mag het weten, ook mijn man niet
- angst voor onvoldoende privacy op de consultatie
- andere:

10. Zo u hulp zou zoeken of zoekt, wat verwacht u dan van de gezondheidszorg?

- duidelijke informatie in een brochure
- duidelijke informatie op internet
- telefonische bereikbaarheid van een deskundige
- een gespecialiseerde ‘incontinentiekliniek’
- aangesproken worden in het kader van een informatiecampagne e.d.
- uw eigen verwachting(en):
-
-

Hartelijk dank voor het beantwoorden van deze vragen en de medewerking aan dit uiterst belangrijk onderzoek.

III Projectbrief



PROJECT ROND ONGEWILD URINEVERLIES BIJ DE VROUW

Geachte juffrouw, mevrouw,

De verpleegeenheid waar u op dit ogenblik gehospitaliseerd wordt, werkt mee aan een project opgesteld door de dienst urologie, dat tot doel heeft de problematiek rond ongewild urineverlies of incontinentie bij de actieve vrouw tussen 20 en 65 jaar in kaart te brengen.

De onderzoekers wensen te meten hoe vaak urineverlies in deze groep voorkomt, de impact dat dit heeft op het eigen goed gevoel en welke factoren meespelen in het al dan niet zoeken naar hulp voor dit probleem.

Het komt erop neer dat een verpleegkundige of hoofdverpleegkundige van de afdeling waar u bent opgenomen deze brief en de vragenlijst met 10 eenvoudige vragen overhandigt. U kunt deze in alle discretie alleen invullen en later terug aan de (hoofd)verpleegkundige bezorgen.

De verpleegkundigen van uw afdeling zijn eveneens betrokken bij dit wetenschappelijk onderzoek. Zij zullen echter op geen enkel moment de vragenlijsten inkijken. Deze worden in alle privacy onmiddellijk terugbezorgd aan de hoofdonderzoeker. Dit is Benjamin Deblauwe, de hoofdverpleegkundige van de dienst urologie. U kunt hem dagelijks contacteren met vragen rond dit onderzoek op het nummer 050/45 3120.

Het gehele onderzoek zal op een heel bescheiden manier gebeuren, zonder dat u als patiënt - of uw verpleegkundige – daarvan enige last ondervindt.

Uw verpleegkundige zal u om mondelinge toestemming vragen. Indien u weigert deel te nemen zullen wij die beslissing respecteren. Een weigering zal in geen enkele mate uw verdere verzorging beïnvloeden.

Dit onderzoek werd tevens goedgekeurd door het ethisch comité van ons ziekenhuis.

In de hoop dat het onderzoek u zo minimaal mogelijk zal storen, danken wij u voor uw begrip en medewerking.

Met de meeste hoogachting,

Het departementshoofd Verpleging
en het projectteam

IV Plan van aanpak

EINDWERK CURSUS 'REFERENTIEVERPLEEGKUNDIGE
(IN)CONTINENTIE'

ACADEMIEJAAR 2006 – 2007

PLAN VAN AANPAK

ZAKELIJKE GEGEVENS:

Naam: DEBLAUWE Benjamin

(Naam promotor): /

Naam instelling: AZ Sint-Jan AV, Ruddershove 10, 8000 Brugge

TITEL OF ONDERWERP:

Voorkomen van ongewild urineverlies, impact op de kwaliteit van het dagelijkse leven en het hulpzoekend gedrag bij vrouwen van 20-65 jaar.

MOTIVERING VAN HET GEKOZEN ONDERWERP:

adhv enquête => onderzoekend karakter
boeiend thema
vanuit functie als hoofdvk: het gevoel om met een
verpleegkundige 'inco-kliniek' meer impact te hebben op de
kwaliteit van zorgverlening in ons ziekenhuis

PROBLEEMSTELLING:

De cijfers spreken voor zich. Het voorkomen van incontinentie in onze maatschappij wordt waarschijnlijk onderschat. Ook heel wat mensen zoeken pas ook maar heel laat hulp. Dit blijkt ook in andere landen van Europa.

Aan de hand van een schriftelijke bevraging van anders normaal actieve vrouwen wil ik deze inco-cijfers nagaan en bekijken waarom niet meer jonge vrouwen met ongewild urineverlies sneller hulp zoeken.

De doelgroep wordt zodanig geselecteerd dat vooral naar niet-gecompliceerde incontinentie wordt gepeild (geen grote comorbiditeit).

EEN OVERZICHT VAN DE TE ONDERNEMEN ACTIVITEITEN:

- literatuurstudie
- opstellen / gebruik van een gevalideerde vragenlijst
- vraagstelling commissie voor medische ethiek
- bevraging van de doelgroep (patiënten en personeel)
- verwerking van de gegevens in eenvoudige statistiek
- PPT-presentatie: Inleiding – Plan van aanpak – resultaten – conclusies – voorstellen naar de instelling

EEN OVERZICHT VAN DE TE RAADPLEGEN LITERATUUR:

- een selectie van recente publicaties via PUBMED
- artikels uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
- cursus inco van vzw Urobel (;->)
- [3rd International Consultation on Incontinence, 26th-29th June 2004, \(3rd Edition 2005\)](#)
www.icsoffice.org

Dit plan van aanpak breng je mee en geef je af op maandag 11/12/2006

Voor vragen kan u steeds terecht bij:

Jan Hendrickx: 016/346600 - joannes.hendrickx@uz.kuleuven.ac.be

Ronny Pieters: 09/2402765 – ronny.pieters@rug.ac.be

Cel Vandewinkel: 03/6402151 – cel.vandewinkel@planetinternet.be

