

Toelichting op de flowcharts NVFB-NVFG voor de geriatriefysiotherapeut

Inleiding

De geriatriefysiotherapeut ziet ouderen met multipathologie en/ of kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid kan beschouwd worden als een toestand van een verhoogd risico op negatieve gezondheidseffecten, zoals vallen, ziekenhuisopname en overlijden. De risicofactoren voor kwetsbaarheid zijn divers en kwetsbaarheid kan dan ook op verschillende manieren bepaald worden. Eén van deze methodes is de EFIP (Evaluative Frailty Index for physical activity). De EFIP kent vier domeinen: fysiek functioneren, algemene gezondheid, psychologisch functioneren en sociaal functioneren. Binnen het domein algemene gezondheid vallen ook de bekkenbodemdysfuncties als incontinentie voor urine, (recidiverende) urineweginfecties, overactieve blaasklachten, incontinentie voor ontlasting en obstipatie. Deze kunnen weer leiden tot beperkingen in het fysiek functioneren. De prevalentie van deze dysfuncties in een oudere populatie is hoog. Zo wordt urine-incontinentie gezien bij 50-70% bij ouderen >65jaar, tot zelfs 90% in instellingen. Tot de helft van de ouderen kampt met recidiverende urineweginfecties. Anale incontinentie, verlies van ontlasting en/of flatus, wordt gezien bij 30-60% van de 65-plussers en een zelfde percentage kampt met obstipatie.

Bekkenbodemdysfuncties beïnvloeden het herstel negatief. Incontinentie, zowel van urine als van ontlasting of flatus, leidt tot schaamte en isolement; ouderen zijn minder geneigd zich optimaal in te zetten tijdens beweging (revalidatie) en bewegen minder. Niemand wil immers dat iemand anders, bijvoorbeeld, de fysiotherapeut, merkt dat er sprake is van incontinentie. Daarbij is incontinentie een risicofactor voor vallen. Obstipatie is dan wel geen verlies van ontlasting maar kan wel leiden tot lusteloosheid, verlies van eetlust (cave ondervoeding) en minder zin om te bewegen. Door urineweginfecties kan een delier ontstaan en verlies van conditie.

De geriatriefysiotherapeut dient zich ervan bewust te zijn dat veel ouderen kampen met bekkenbodemdysfuncties en dat deze invloed zullen hebben op hun behandeling en het effect daarvan. Het lijkt daarom logisch en noodzakelijk in de anamnese vragen met betrekking tot mictie- en defecatieproblemen mee te nemen. Veel ouderen zullen deze uit schaamte en het (verkeerde) idee dat er toch niets aan te doen is, niet spontaan melden. Wanneer er echter empathisch gevraagd wordt naar deze problemen en uitgelegd wordt dat er mogelijk wel iets aan te doen is, zullen vele ouderen beaamen dat er sprake is van een mictie- en/of een defecatieprobleem. Het gaat in dit kader om ouderen met een hulpvraag ten aanzien van fysiek functioneren zonder hulpvraag ten aanzien van een bekkenbodemdysfunctie maar waarvan de geriatriefysiotherapeut vermoedt dat het herstel benadeeld zal worden door een bekkenbodemdysfunctie. Indien er primair sprake is van een hulpvraag op het gebied van bekkenbodemdysfuncties is verwijzing naar de bekkenfysiotherapeut geïndiceerd.

Mictiestoornissen

Indien een oudere aangeeft te kampen met urineverlies, recidiverende urineweginfecties of overactieve blaasklachten, en hier iets aan wil doen, kunnen aanvullende vragen duidelijk maken of de geriatriefysiotherapeut tijdens zijn/haar behandeling rekening kan houden met en advies kan geven ten aanzien van deze mictiestoornissen .

Allereerst is het belangrijk vast te stellen wanneer er urine wordt verloren. Is dit bij aandrang en veroorzaakt omdat iemand dan fysieke beperkingen ervaart als het niet snel kunnen openmaken van knopen of niet snel genoeg kunnen opstaan en naar het toilet lopen, dan kan de geriatriefysiotherapeut trainen op deze specifieke vaardigheden ten einde de toiletgang te verbeteren. Is er echter sprake van onmiddellijk verlies volgend op aandrang, dan is er waarschijnlijk sprake van een blaasprobleem en is de bekkenfysiotherapeut degene die dit behandelt.

Veel ouderen verliezen urine op buikdruk verhogende momenten als opstaan uit een stoel, bukken en tillen. De geriatriefysiotherapeut kan dan adviseren vóór aanvang van de activiteit de bekkenbodemp aan te spannen en door te ademen tijdens de activiteit. Zo wordt de urinebuis gesloten en de buikdruk zo laag mogelijk gehouden. Indien dit niet effectief is, is doorverwijzing naar een bekkenfysiotherapeut geïndiceerd.

Om een indruk te krijgen van de ernst van het verlies, kan men vragen naar de frequentie van het verlies. Treedt dit dagelijks of vaker op, dan kan verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut geïndiceerd zijn.

Vaak is er veel verbetering te bereiken door het verbeteren van het toiletgedrag. De geriatriefysiotherapeut kan het toiletgedrag inventariseren door te vragen naar de houding op het toilet (zit iemand rechtop, kan men met de voeten plat op de grond komen?). Een verhoogd toilet leidt helaas maar al te vaak tot een niet-adequate plashouding. Daarna is het belangrijk te vragen of men de tijd neemt om te plassen; de blaas moet de tijd hebben zich door te contraheren te legen. Persen leidt niet tot sneller plassen, integendeel door te persen ontstaat er behalve druk op de blaas, ook druk op de urethra en wordt de urinestraal belemmerd. Als laatste kan men adviseren na het plassen het bekken enige keren te kantelen ten einde de blaas optimaal te ledigen. Een goed toiletgedrag is zowel bij urineverlies, een overactieve blaas en bij urineweginfecties van belang.

Ook dient gevraagd te worden naar de vochtintake. Ouderen hebben vaak een afgenomen dorstgevoel maar een vochtintake van minimaal 1500ml is nodig voor alle lichaamsfuncties. Een te geringe vochtintake kan leiden tot urineweginfecties maar ook tot een overactieve blaas door te geconcentreerde urine.

Om het urineverlies, het mictiepatroon en de vochtintake te objectiveren, kan een mictiedagboek worden ingezet. Eventueel kan om de ernst en de impact van het urineverlies een ICIQ ingezet worden. Het interpreteren van deze lijsten kan eventueel samen met een bekkenfysiotherapeut gedaan worden.

Indien de adviezen van de geriatriefysiotherapeut niet effectief zijn, is een consult en/of behandeling bij een bekkenfysiotherapeut geïndiceerd.

Defecatiestoornissen

Ook wanneer een oudere aangeeft te kampen met een defecatieprobleem, kunnen aanvullende vragen meer inzicht in het probleem geven. Geeft de oudere cliënt aan te kampen met obstipatie, dan is het belangrijk de consistentie van de ontlasting vast te stellen, immers harde ontlasting is moeilijk te evacueren. Hiertoe wordt de Bristol Stool Scale ingezet. Indien wordt gescoord op Bristol Stool Scale 1 of 2 is het raadzaam de huisarts te vragen voor een laxantium. Daarnaast dient gevraagd te worden of de obstipatie plotseling is ontstaan of dat de cliënt er al jaren mee kampt. Een plotselinge verandering in het defecatiepatroon is een rode vlag, een consult bij de huisarts is dan geïndiceerd.

Om een indruk te krijgen van de ernst van de obstipatie kan ook naar de defecatiefrequentie worden gevraagd. Het liefst is deze dagelijks (bij soepele ontlasting). Indien de defecatie om de dag is (tot drie keer per week) en de ontlasting is soepel en zonder moeite te evacueren is er geen probleem. Indien de defecatiefrequentie echter drie keer per week of minder is en de ontlasting is moeizaam te evacueren, is nader onderzoek door de huisarts of bekkenfysiotherapeut geïndiceerd.

Ook het toiletgedrag dient te worden uitgevraagd. Het is belangrijk dat de cliënt kan zitten zodanig dat de knieën hoger zijn dan de heupen en het bekken achterover gekanteld is. Dit lukt vaak niet op een verhoogd toilet. Voor een goed instructie over de toilethouding, zie het filmpje op

<https://www.youtube.com/watch?v=YbYWhdLO43Q>. Daarnaast is de evacuatietechniek belangrijk.

Persen dient te gebeuren op een ontspannen bekkenbodem. Helaas persen veel ouderen paradoxaal en spannen zij hun bekkenbodem juist aan terwijl zij persen. Indien ouderen aangeven hard te moeten persen is er vaak sprake van te harde ontlasting of paradoxaal persen. Dit betekent dat, naast het voorschrijven van een laxantium, de toilethouding dient te worden gecorrigeerd en dat geïnstrueerd moet worden te persen op een expiratie met de druk gericht op de anus.

Voor het vormen van ontlasting zijn vocht en vezels nodig. Vraag dus naar deze intake. De vezelintake kan gecontroleerd worden met de site van het voedingscentrum

<https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vezels.aspx>. Het verhogen van de vezelintake dient samen te gaan met het verhogen van de vochtintake indien deze ook onvoldoende (<1500ml) is. Er is

vocht nodig om de vezels te kunnen omzetten naar soepele ontlasting. Indien de vochtintake voldoende is, heeft verder ophogen daarvan geen zin.

Indien er veel ontlasting opgehoopt is in het rectum, spreken we van fecale impactie. Dit kan leiden tot zogenaamde overloopdiarree: darmsappen en dunne ontlasting uit hoger gelegen darmdelen passeren de portie opgehoopte ontlasting en worden verloren. Het slikken van diarreeeremmers in deze situatie verergert de situatie slechts. Ook kan de binnenste (gladde) kringspier gaan ontspannen doordat een portie ontlasting hier langdurig druk op geeft. Hierdoor kan de anus niet meer adequaat worden afgesloten en zullen op buikdruk verhogende momenten brokken ontlasting worden verloren. Soms uit dit zich door zogenaamde remsporen in het ondergoed. Obstipatie kan dus leiden tot anale incontinentie maar behoeft een geheel andere aanpak. Heel belangrijk dus om dit anamnestic goed uit te vragen.

Kampt een oudere cliënt met anale incontinentie dan is het dus belangrijk uit te sluiten dat dit niet op basis van obstipatie is.

Ook bij anale incontinentie is het belangrijk te vragen naar de consistentie van de ontlasting. Hoe dunner de ontlasting, des te moeilijker het is deze op te houden. Hiervoor kan weer de Bristol Stool Scale gebruikt worden. Bij een Bristol 6 en 7 is indikken van de ontlasting noodzakelijk om continentie te kunnen bereiken. Een verwijzing naar de huisarts is dan dus geïndiceerd.

Anale incontinentie is veel beperkender dan urine incontinentie. Vraag altijd naar het incontinentie materiaal en of dit voldoet. Indien niet dan is een gesprek met de apotheek of verstrekkende instantie geïndiceerd.

Vraag ook nu weer naar het toiletgedrag. Is de toilethouding zo dat er optimaal geëvacueerd kan worden? Vraag of de oudere cliënt de tijd neemt om te ontlasten. Vaak komt er kort na het evacueren van een portie ontlasting na enkele minuten nog een portie. Wanneer men hier niet op verdacht is, kan deze worden verloren.

Het is belangrijk te vragen wanneer de ontlasting wordt verloren. Is dit kort na de toiletgang, dan is er waarschijnlijk sprake van onvolledige lediging. Is dit echter tijdens een buikdruk verhogende activiteit, dan kan worden geadviseerd vóór aanvang van en tijdens de activiteit de bekkenbodem aan te spannen en door te ademen tijdens de activiteit. Zo wordt de anus gesloten en de buikdruk zo laag mogelijk gehouden. Indien dit niet effectief is, is doorverwijzing naar een bekkenfysiotherapeut geïndiceerd. Veel oudere cliënten kampen met flatusverlies op buikdruk verhogende momenten. Dit kan ook door het aanspannen van de bekkenbodem voor en tijdens de activiteit en het doorademen tijdens de activiteit, worden verbeterd. Wanneer de ontlasting onmiddellijk na de aandrang verloren wordt is verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut geïndiceerd.

Ook anale incontinentie kan veroorzaakt worden door functionele beperkingen zoals het niet snel kunnen verwijderen van de kleding of door een loopstoornis niet snel genoeg bij het toilet kunnen komen. Deze vaardigheden kunnen door de geriatriefysiotherapeut worden getraind.

Anale incontinentie is over het algemeen een moeilijk te behandelen aandoening. Wanneer bovenstaande adviezen onvoldoende effectief zijn en de oudere cliënt is gemotiveerd de anale incontinentie aan te pakken, is verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut noodzakelijk.

In de behandeling van oudere cliënten met bekkenbodemdysfuncties hebben de geriatriefysiotherapeut en de bekkenfysiotherapeut elkaar nodig. Zowel in de diagnostiek als de behandeling. Een belangrijk onderdeel van de behandeling waarin de geriatriefysiotherapeut een belangrijke rol zou kunnen spelen is het automatiseren van het aanspannen van de bekkenbodemploeg tijdens de reguliere oefentherapie. Het correct aanleren van deze contractie kan het best worden gedaan door de bekkenfysiotherapeut. Een voorwaarde voor het implementeren van deze vaardigheid in de ADL, bijvoorbeeld tijdens het opstaan uit een stoel of het tillen van een boodschappentas, vergt automatisering. Het steeds opnieuw herhalen van een pre-contractie van de bekkenbodemploeg bij buikdruk verhogende activiteiten en het reguleren van de ademhaling zijn vaardigheden die eenvoudig ingepast kunnen worden in een geriatriefysiotherapeutische behandeling of in een groepstraining als 'Meer bewegen voor ouderen'. Aldus worden deze vaardigheden 'ingeslepen' zodat ook transfer naar dagelijkse activiteiten in de thuissituatie plaatsvindt.

Door deze samenwerking zullen zowel de geriatriefysiotherapeut als de bekkenfysiotherapeut beiden een beter behandelresultaat bereiken bij oudere cliënten.