

BEKKENBODEM OP DE KAArt

INFOMAGAZINE VAN DE STICHTING BEKKENBODEM4ALL

DRIEËNTWINTIGSTE JAARGANG • DECEMBER 2024 • NR. 71



**OUDER WORDEN:
IMPACT OP DE BEKKENBODEM**

WWW.BEKKENBODEM4ALL.NL

COLOFON

Bekkenbodem op de Kaart is het informatiemagazine van de Stichting Bekkenbodem4All en wordt uitgegeven in een oplage van 1500 exemplaren. Het Magazine verschijnt twee keer per jaar.

Drieëntwintigste Jaargang december 2024
nummer 71

POSTADRES

Stichting Bekkenbodem4All
Postbus 91
4000 AB Tiel
Telefoon (030) 656 96 30

Internet: www.bekkenbodem4all.nl
E-mail: info@bekkenbodem4all.nl

KvK Rotterdam: 243 20 275
Fiscaal nr: 816311663
Bank: NL21 ABNA 05 95 46 77 41

DONATEUR/LIDMAATSCHAP

Word donateur/lid voor € 30,- per jaar.
Aanmelden kan via een brief/kaartje naar bovengenoemd adres, via e-mail, de website of per telefoon.

Contributiejaar loopt per kalenderjaar.
Opzeggen schriftelijk of per e-mail voor 1 november.

Hoofdredactie en fotografie: Marlies Bosch
Eindredactie: Monica de Heide

Teksten: Marlies Bosch, Monica de Heide,
Lena Hillenga

Vormgeving/opmaak:
Mediapalet - Rizzo Schouten

Relatiebeheer: Relaties B4All:
lenahillenga@bekkenbodem4all.nl

Redactie en B4A zijn niet aansprakelijk voor eventuele gevolgen van toepassingen van de in dit blad beschreven informatie.
ISSN: 0920-0037

U kunt artikelen en illustraties uit dit nummer niet gebruiken zonder toestemming van de redactie.

Foto cover: Marlies Bosch

INHOUDSOPGAVE

REDACTIONEEL; INFOLIJN	3
SIMON MOOIJAART: DE 70-JARIGE NU EN 40 JAAR GELEDEN	4
SOFIE VAN DEN HAAK: ANDERS KIJKEN NAAR GENOT	6
HULPMIDDELEN BIJ ERECTIEPROBLEMEN	9
GOMMERT VAN KOEVERINGE EN THIJS DE RIJK: REVOLUTIONAIR ONDERZOEK NAAR OVERACTIEVE BLAAS	10
ERVARINGSVERHAAL	13
DORETH TEUNISSEN: NOCTURIA (NACHTELIJK PLASSEN)	14
ERVARINGSVERHALEN	16
ALEC MALMBERG: COLPOCLEISIS (DICHTMAKEN VAGINA BIJ VERZAKKING)	18
ERVARINGSVERHALEN	20
MARY LYNNE VAN POELGEEST-POMFRET: EUROPEES PROCON PROJECT INCONTINENTIEZORG	22
JANNIE HILBERTS: ERVARINGEN IN DE ZORG VOOR OUDEREN MET DEMENTIE	24
INCONTINENTIE EN DEMENTIE	25
LENA HILLENGA: COACH IN CLIËNTENRADEN	26
LISANNE KNOL: VERANDERINGEN IN ZORGLANDSCHAP VOOR OUDEREN	28
EVELIEN MAAS-MARTENS: VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE NAAR VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	30

DISCLAIMER

Ondanks de constante zorg en aandacht die wij besteden aan de samenstelling van het Magazine Bekkenbodem op de Kaart, kan Stichting Bekkenbodem4All (hierna aangeduid als: 'B4A') niet instaan voor de volledigheid of juistheid van de gegevens en de inhoud van de artikelen. Beweringen en meningen, geuit in artikelen, zijn die van de auteur(s) of geïnterviewden en niet (noodzakelijkerwijs) die van B4A. B4A kan op geen enkele manier verantwoordelijk worden gehouden voor de inhoud hiervan en is niet aansprakelijk voor enigerlei directe of indirecte schade die mogelijk voortvloeit uit de betreffende uitingen.

REDACTIONEEL

Ouder worden. We willen het niet, we willen jong en springlevend blijven, maar het feit ligt er: het gebeurt gewoon. We worden allemaal ouder. Alle crèmes en serums tegen huidveroudering ten spijt. Spieren worden slapper, vaten daarentegen stugger, we krimpen, krijgen rimpels en de eens zo 'kwieke' tred wordt langzamerhand steeds langzamer. En ook in de bekkenbodem verzwakken de functies, met incontinentieproblemen en verzakkingen tot gevolg.

Het goede nieuws is dat de gemiddelde levensverwachting 40 jaar geleden nog 65 jaar was, en die verwachting gaat iedere tien jaar met een vaart omhoog. Dankzij o.a. betere zorg, meer bewegen en betere voeding.

Hoe verandert de vitaliteit en daarmee vaak de levenskwaliteit? Wat gebeurt er in ons lichaam, de bekkenbodem in het bijzonder, en onze geest? Naast interviews met deskundigen, werkzaam in de ouderenzorg, noteerden we vele ervaringsverhalen van ouderen, die op een of andere wijze in aanraking zijn gekomen met deze zorg.

Wat duidelijk wordt in dit nummer is dat tal van specialisten de oudere medemens en de bekkenbodem goed in het vizier hebben. Door nieuwe behandelingen mogelijk te maken, door andere manieren te ontwikkelen

om de spierkracht en vitaliteit op peil te houden. Door uitvinding van hulpmiddelen die vallen helpen voorkomen en die het bewegingsapparaat ondersteunen. Ook leefstijl zoals voeding en drinken, komen in dit nummer aan de orde, net zoals de veranderingen op het gebied van intimiteit tussen ouderen door anders te gaan kijken hoe genieten ook mogelijk kan zijn.

Veel aandacht gaat naar blaas- en darmperikelen van de oudere mens in het algemeen en naar het baanbrekende onderzoek van Gommert van Koeveringe en Thijs de Rijk en zijn collega's naar de overactieve blaas in het bijzonder.

We vinden dat bekkenbodembzorg binnen de ouderenzorg een prominente plek moet hebben. Daarnaast moet het ook maatschappelijke en politiek de aandacht krijgen die het nodig heeft. We hopen dat dit Magazine dat zowel zichtbaar maakt als er een bijdrage aan levert.'

Marlies Bosch, hoofdredactie



INFOLIJN VOOR AL UW BEKKENBODEMKLACHTEN

Voor contact met onze ervaringsdeskundige Thea kunt u bellen naar:

06 - 156 61 860

maandagochtend van 09.00 - 12.00 uur en donderdagmiddag van 13.00 - 16.00 uur.

Voor contact met een ervaringsdeskundige in bekkenbodempijnklachten belt u op woensdagavond van 19.00 - 21.00 uur met Loes

06 - 114 25 750

Let op! Dit nummer is uitsluitend voor bekkenbodempijnklachten.

Voor patiëntgerelateerde vragen: emailconsult@bekkenbodem4all.nl

Aanvraag infomateriaal en bestuursvragen: info@bekkenbodem4all.nl

We zijn ook te vinden op Twitter en Facebook



EEN ZEVENTIGJARIGE VAN NU IS VEEL VITALER DAN DE ZEVENTIGJARIGE VAN 40 JAAR GELEDEN

Er gebeurt van alles in het lichaam en de geest van de ouder wordende mens. Maar wat? En zijn er verschillen met vroeger? Simon Mooijaart is internist ouderengeneeskunde in het LUMC. Hij werkt in het ziekenhuis in de zorg voor ouderen op de polikliniek en tijdens een opname, en legt uit wat er precies verandert bij het ouder worden.



Simon Mooijaart

DE BIOLOGIE VAN HET LICHAAM

Simon Mooijaart: 'In het algemeen kunnen we zeggen dat als gevolg van het verouderingsproces er biologisch erg veel verandert in je lichaam. Wat wij als professionals die met de oudere patiënten werken doen, is proberen een compleet beeld te maken van een oudere patiënt, omdat daar toch een iets andere invalshoek bij nodig is dan bij een jongere patiënt. Die komt met één aandoening, en bij de oudere patiënt spelen er meestal meerdere problemen tegelijkertijd. Dat geldt zowel voor de medicatie als voor het feit dat het vaak niet alleen om lichamelijke ziektes gaat. We kijken ook veel meer naar hoe de oudere mens functioneert. Is iemand zelfredzaam in het dagelijks leven? Hoe mobiel is iemand nog? Is er sprake van geheugenklachten of stemmingsproblemen? Sociaal gezien: heeft iemand een steunend netwerk of staat iemand er helemaal alleen voor?

Dat maakt dat we eigenlijk vanuit vier verschillende invalshoeken naar deze mens kijken. We weten dat het kenmerkende van de oudere patiënt is, dat als er in een van die gebieden iets gebeurt, er vaak ook in andere gebieden iets plaatsvindt. Alhoewel ik het nu over de ouder wordende mens in het algemeen heb, zal het ook zeker voor bekkenbodemproblematiek zo zijn dat het ene probleem vaak leidt tot het andere. Het werk van een internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater bestaat er dus uit dat we ten eerste de hele patiënt in kaart brengen: met welke ziektes en bij welke

specialisten of huisarts of andere zorgverleners loopt iemand? Zo krijgen we een totaalplaatje. Wat medicijnen betreft: soms kom je erachter dat het medicijn dat goed is voor de ene ziekte eigenlijk slecht is voor de andere. Of dat een medicijn dat 20 jaar geleden een heel goed idee was, dat nu niet meer is. Zo weten wij op de polikliniek van alle ouderen die bij ons komen na ruim een half uur hoe het met het geheugen is. We doen de geheugentest, een loop testje, we laten mensen knijpen omdat dat iets zegt over spierkracht. Mensen die weinig spierkracht hebben in hun handen, hebben dat meestal ook in hun benen. En dat betekent bijvoorbeeld dat als je een ontsteking krijgt en een week in bed komt te liggen je nog meer spierkracht verliest en in de problemen komt. Dan kan die longontsteking wel genezen, maar heb je een grotere kans dat je daarna je bed niet meer uitkomt.'

WEEFSEL

'Gemiddeld genomen wordt de functie van weefsel in de loop der jaren slapper, alhoewel vaten juist stugger kunnen worden. De bekkenbodem heeft vooral veel spieren en banden en als die verslappen, zorgen die er dus voor eigenlijk dat veroudering bijna per definitie gepaard gaat met grotere kans op problemen in dat gebied. Dat heeft gevolgen op het sociale vlak: mensen kunnen vereenzamen als ze de deur niet meer uit durven door bijvoorbeeld incontinentie. Dat heeft dan weer impact op het gevoel van welbevinden, mensen kunnen daar somber van worden. Wij als internist ouderengeneeskunde zien dat mensen vaak meer problemen hebben en dat het organiseren van de zorg, de behandeling en het ermee omgaan heel complex kan zijn. Dat maakt dat het niet genoeg is als je alleen maar kennis hebt van dat ene ziektebeeld of dat ene probleem. Je moet als arts echt naar de totale mens kijken. Naast dat de biologie verandert, worden ook het perspectief, de wensen en de doelen van oudere mensen anders.'

BEHANDELING

'Dat heeft veel consequenties voor de keuze van behandelingen. Wij zien bijvoorbeeld veel mensen met kanker. Als je op jonge leeftijd kanker krijgt, dan wil je de zwaarst mogelijke behandeling, want je wil het liefst nog zo



lang mogelijk leven. Maar als je eenmaal 85 bent, dan is dat misschien helemaal je doel niet meer en dan wil je een andere behandeling kiezen. In ieder geval moet het een behandeling zijn die is afgestemd de veerkracht en vitaliteit. Na het maken van het totaalplaatje, bespreken we dat met de oudere patiënt. Dat is eigenlijk de eerste stap.

Daarna vragen we: wat is voor deze patiënt eigenlijk belangrijk? Dat kan ontzettend verschillen. De een wil nog ontzettend mobiel zijn, want die wil naar de boulevard kunnen om met zijn vrienden nog een harinkje te kunnen eten en de ander wil vooral mentaal scherp blijven, want die wil blijven bridgen met haar vriendinnen. Dat houdt in dat wensen van oudere mensen heel verschillend zijn, ook al hebben ze dezelfde aandoening. Dus we proberen alles wat we doen aan te passen aan wat die persoon zelf nodig heeft. Wij vragen ouderen altijd om een mantelzorger mee te brengen. Bij patiënten waar iets mis is in het sociale of het mentale functioneren en de activiteiten van het dagelijks leven, zijn het vaak de mantelzorgers die een goede kijk hebben op wat er wel en niet lukt. En waarom. Dat is voor ons hele belangrijke informatie. Als die in kaart is gebracht maken we een behandelplan. Dat kan bestaan uit het kiezen van chemotherapie bij bepaalde vormen van kanker, of het aanpassen van medicijnen.

We kijken daarbij dus naar de levensverwachting van de mens. Bij iemand van 75, die misschien al geheugenproblemen heeft en met een rollator loopt, is er niet meer zoveel te winnen, want die heeft al een veel kortere levensverwachting. Maar bij iemand die volop in het leven staat en verder vitaal is, is er nog heel veel te winnen. We verwijzen vaak mensen naar de fysiotherapeut om ervoor te zorgen dat die spierkracht getraind wordt, liefst voordat iemand valt en een heup breekt. Ook om ervoor te zorgen dat mensen niet bang worden om te vallen. Want als dat eenmaal zo is, dan gebeurt het ook. We geven adviezen over ergotherapie (aanpassingen in de woonruimte), adviezen over voeding, beweging en over sociale activiteiten. Dat overleggen we met de huisarts, want die is over het algemeen de kapitein op het schip van die patiënt om zeker te weten dat als de patiënt weer uit het ziekenhuis is, het ook thuis allemaal goed gaat. We dragen de patiënt over aan de huisarts, zodat die controle kan uitvoeren.

Ik denk dat ik uiteindelijk ook bijna alle huisartsen wel een keertje aan de telefoon heb gehad.'

AANPAK VROEGER EN NU: DE BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN?

Mooijmans: 'Ik herinner mij dat mijn eigen opa 65 werd. Die was in mijn ogen toen echt oud. Sterker nog, meestal gingen mensen dan zo ongeveer naar het verzorgingshuis. De AOW-leeftijd is destijds vastgesteld op 65 jaar, omdat dat toen de gemiddelde levensverwachting was. Nu zijn we in 2024, moet je op je 65e nog een paar jaar langer werken omdat mensen nu veel gezonder op hun 65e zijn dan 40 jaar geleden. Iedere 10 jaar dat we verder komen, wordt de levensverwachting 2,5 jaar, 3 jaar langer. We gaan er nu niet meer van uit dat je als je oud bent je meteen maar krakkemikkig wordt. We moeten nu zo lang mogelijk zelfredzaam thuis wonen. Toen de verzorgingshuizen werden afgeschaft leidde dat tot veel weerstand. Maar de meeste ouderen van nu willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Dat is wel een nieuwe uitdaging in ons zorgsysteem. Steeds meer ouderen langer thuis met een afnemende hoeveelheid zorgprofessionals. Niet alleen is een zeventigjarige van nu veel vitaler dan de zeventigjarige van 40 jaar geleden, maar ook de behandelingen verschillen. Nu worden we bijvoorbeeld ook bij niertransplantaties betrokken. Dat gebeurde 40 jaar geleden echt niet. We weten nu dat ook oudere patiënten daar heel veel baat bij hebben en daar een aantal jaren van kunnen genieten.'

ADVIES

'We gaan allemaal een keer dood. Dat weten we. Maar zorg ervoor dat je fysiek actief blijft, je spieren sterk houdt, in beweging blijft en dat je geen botontkalking krijgt, geen losse kledjes in huis hebt liggen en op tijd voor hulpmiddelen zorgt die je leven veiliger maken. Dan kom je een heel eind, maar natuurlijk voorkom je lang niet altijd het hele proces van veroudering. Er komen steeds meer campagnes, door gemeentes georganiseerd, om ervoor te zorgen dat ouderen en hun familieleden/mantelzorgers daar aandacht voor hebben om dit soort dingen een onderdeel van je leven te maken. Dat hoort bij het feit dat je ouder wordt.'

ANDERS KIJKEN NAAR GENOT: SEKSUALITEIT EN OUDER WORDEN

Over ouderen en seks wordt soms al lacherig gedaan. Maar als dat zich afspeelt in verpleeghuizen, ontstaat er een nog groter gevoel van ongemak. Bij de meeste vormen van dementie bijvoorbeeld, verdwijnen de sociale filters en daarmee ook de graadmeter voor acceptabel gedrag, zoals rondom eten, maar ook naaktheid. Andere bewoners of verzorgers schrikken ervan als iemand in de huiskamer opeens de broek naar beneden trekt of gaat masturberen. Psycholoog Sofie van den Haak houdt zich bezig met projecten rondom intimiteit en seksualiteit in de zorg.



Sofie van den Haak

BESPREEKBAARHEID VAN INTIMITEIT

‘Tijdens mijn studie verpleegkunde werkte ik een tijdlang in de revalidatie, zoals een zorghotel. Daar zag ik dat seksualiteit niet of nauwelijks bespreekbaar was. Mensen kregen vaak een diagnose samen met een prognose, dikwijls op lichamelijk gebied en die moesten zich zowel mentaal als emotioneel gaan voorbereiden op een ander soort van bestaan. Hoe gaat mijn leven er nu uitzien? Wat valt er nog te herstellen?

En wat blijft voor altijd beperkt of een gemis? Daar moesten we samen alternatieven voor gaan zoeken en op heel veel gebieden was dat gesprek toegankelijk, zoals over uitval van ledematen, van bepaalde functies in de hersenen, maar intimiteit en seksualiteit was nooit een onderwerp. Collega’s vonden vaak dat het om een kortdurende opname ging, dus ‘daar gaan wij niet over’. Maar nu blijkt uit diverse onderzoeken dat het juist fijner is als de professional, of dat nou een arts is of een verpleegkundige, een maatschappelijk werker of een fysiotherapeut, zelf over intimiteit begint. In de trant van: ‘uw diagnose kan best wel impact hebben op bijvoorbeeld uw seksleven. Mocht u daar vragen over hebben, dan kunnen we daar altijd een keer over praten’. Het gaat erom dat je als professional het gesprek laagdrempelig kunt maken zodat het niet in die taboesfeer hoeft te blijven.’

VERPLEEGHUIZEN

‘In een zorghotel kijk je naar herstel. In verpleeghuizen is dat niet meer aan de orde. Daar kijken we met de bewoners naar hoe je kunt aansluiten aan behoeftes en het faciliteren ervan. Het is nog steeds zo dat jongeren denken dat mensen boven de 75 geen interesse meer hebben in seksualiteit. Dat komt omdat dat niet zichtbaar is. Ook wordt er gedacht dat, als het nog aan de orde is, het alleen tussen een man en een vrouw zal zijn. Homoseksualiteit speelt geen enkele rol in de discussies in de jongere generatie. Ik geef af en toe hoorcolleges aan zorgstudenten en veel van hen knipperen met hun ogen als ik het heb over seksualiteit tussen mensen boven de 80, laat staan dat ze homo zijn. Terwijl die mensen in hun jonge jaren ook al hebben gevochten voor een andere relatievorm. Om in de wat progressievere verpleegtehuizen aandacht te krijgen voor seksualiteit tussen oudere bewoners hebben we een aandachtsfunctionaris ingesteld. Dat is iemand



die veel weet over het onderwerp en er gemakkelijk over kan praten. Ook met de familie of de bewoners zelf. Ik heb voorbeelden gehoord van verpleegtehuizen waar ze een 'seksdoos' hebben. Dat is een grote Tupperware doos met van alles, zoals speeltjes, ondersteuningshulpmiddelen, verschillende soorten glijmiddelen zodat mensen het verschil leren voelen. Maar bijvoorbeeld ook gesprekskaartjes, voor mensen die moeilijk uit hun woorden kunnen komen, maar wel visueel dingen aan kunnen wijzen. Maar dat is meer de uitzondering dan de regel. Ik begrijp dat sommige verpleegkundigen het ongemakkelijk vinden om daarover te beginnen, net zoals het voor sommige bewoners ongemakkelijk is om bevraagd te worden. Maar als je met een bepaalde luchtigheid de goede toon kunt vinden en met humor het gesprek aan kan gaan, dan kun je uiteindelijk echt wel hele mooie dingen voor iemand voor elkaar krijgen. Soms gaat het om nadenken dat iemand bijvoorbeeld privacy nodig heeft voordat wat hij of zij graag wil. Want stel dat iedereen de sleutel van je kamer heeft en te pas en te onpas binnen kan komen. Die wel klopt, maar niet wacht tot iemand 'binnen' zegt, en dan vervolgens al binnenkomt. Ja, dan is er geen privacy. Een kaartje op de deur met 'niet storen' zou al voldoende moeten zijn.'

OPLEIDING VERPLEEGKUNDIGEN

'Dit onderwerp moet echt op verschillende lagen aangepakt worden. Het moet al in de basisopleiding van verpleegkundigen aan bod komen en dan ligt het aan de interesse of zij er in de praktijk iets mee willen doen. Neem de medicatie voor Parkinson. Het is bekend dat Parkinson-medicatie ervoor kan zorgen dat mensen een enorme actieve seksuele, ja bijna drift, kunnen ervaren, waardoor ontremd gedrag kan ontstaan. Dat moeten verpleegkundigen weten.

Verder vind ik dat iedere zorginstelling een visie moet hebben op seksualiteit. Bijvoorbeeld: wij vinden dat al onze bewoners de vrijheid moeten hebben om hun seksuele gezondheid in te richten zoals zij dat willen. Dat moet meegenomen worden in een intake en anamnese overleg. Als iets onderdeel is van het systeem dan is het niet langer een taboe. Het hoort gewoon bij het protocol. Zo simpel.'

MENSEN MET DEMENTIE

'Dementie is natuurlijk een ontzettend complex gebeuren. Bij iedereen uit het zich anders. Bij iedereen vallen in een ander stukje van het brein functies uit. Maar het raakt ook de seksualiteit. Bij de meeste vormen van dementie verdwijnen de sociale filters. Daarmee ook de graadmeter voor wat acceptabel gedrag is zoals rondom eten, maar ook rondom naaktheid. Mensen hebben soms niet meer door dat in bepaalde settingen het niet wenselijk is om naakt te zijn. In de thuissituatie was dat misschien niet zo erg, want dan ben je met mensen die jou vaker naakt hebben gezien, maar in een instelling schrikken andere bewoners ervan als iemand in de huiskamer opeens de broek naar beneden trekt of gaat masturberen. Mensen met dementie hebben vaak een andere beleving van hun omgeving.'

'Als twee mensen 50-60 jaar naast elkaar hebben geslapen, maar ineens worden gescheiden omdat degene met dementie naar een verzorgingstehuis gaat, wordt het vreemd gevonden dat mevrouw 's nachts zo onrustig is. Ze krijgt dan slaaptabletten, maar hoe fijn zou het zijn als partner nog af en toe kan blijven slapen? Er zijn speciale bedden die je aan een zorg-bed kunt klikken. Daardoor is er rust, geborgenheid en intimiteit. Door misschien hand in hand in slaap vallen, samen douchen, elkaar masseren of strelen. Een kleine aanraking kan



een enorm verschil maken voor mensen met dementie voor hun gevoel van veiligheid en geborgenheid. Maar het gaat ook gewoon om de kwaliteit van leven.’

‘Het kan ook zijn dat iemand in een verzorgingshuis verliefd wordt op een ander. Hoe maakt een team daar goede afspraken over? Kan dat? Vertellen we het aan de thuiswonende partner? Dat ligt heel erg aan de normen en waarden van de verzorgenden zelf. Christelijke tehuizen keuren het af, antroposofische kunnen het laten gebeuren. Mijn rol daarin is mensen aan te zetten om er beleid op te maken. Zodat niet de ene zorgverlener anders handelt dan de collega. Ik vind het interessant om te kijken hoe je een organisatie tools kan geven om met het onderwerp aan de slag te gaan. Maar belangrijker is: meer wetenschappelijk onderzoek naar dit thema. Als het dan al onderzocht wordt, is er vaak sprake van probleem- of grensoverschrijdend gedrag. En dat klopt niet want als er al een probleem is ben je te laat. Je moet daarvóór al erkennen dat dit een belangrijk thema is. Ook als iemand geen grensoverschrijdend, of ongepast gedrag vertoont, kan je al in gesprek. Vragen: ‘Is er iets dat u zou willen?’ Dat voorkomt probleemgedrag. Laten we beter onderzoeken wat de behoeftes zijn en daar een oplossing voor bedenken. Dat kan ook door het faciliteren van seks- of snoezelzorg. Hier zijn professionele organisaties voor die werken met seksverzorgenden. Zij bieden praktische ondersteuning bij intimiteit. Deze ondersteuning kan worden gezien als een vorm van secundaire zorg. Seksverzorgenden kennen de zorg goed en kunnen omgaan met een stoma of katheter, en kunnen ook gewoon een uur naast iemand liggen. Of alleen iemand vasthouden en knuffelen. Die genegenheid

kan ontzettend veel verschil maken. Het wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar, daarom is het niet voor iedereen beschikbaar. Dat is jammer, want het is een fantastische vorm van zorg die fantastische resultaten geeft. Als ik een hoorcollege geef, vraag ik aan de studenten of ze het kennen en de laatste jaren gaan er steeds meer handen omhoog. Ze zien dat de bewoners rustiger, blijer zijn. Je ziet minder onaangepast gedrag als gevolg van dementie. Ik hoorde zelfs verhalen van mensen met hele slechte heupen, die nog steeds een huppeltje maken door de gang als iemand langs is geweest.’

NORMALE SEKSUALITEIT

Sofie van den Haak: ‘Er is geen ‘normaal’ in seksualiteit. Ieder mens heeft in verschillende fases van zijn of haar leven een andere invulling van dit onderwerp. Natuurlijk verandert ons lichaam naarmate we ouder worden. Maar dan kunnen twee mensen hun intimiteit steeds een andere vorm en inhoud geven. Zoals mensen met een dwarslaesie, die hebben geen gevoel meer in hun onderlijf. Die kunnen toch weer genot ervaren op een andere plek. Dan kunnen bijvoorbeeld oorlellen heel gevoelig worden. Dat geldt ook voor ouderen. We kunnen leren compenseren om alsnog samen een andere vorm van genot te kunnen ervaren.’

HULPMIDDELEN BIJ ERECTIEPROBLEMEN



WAT U ZELF KUNT DOEN

Als aanraken of fantaseren niet meer voldoende is om een goede erectie te krijgen, zorg dan voor extra stimulatie van de penis. Dit kan door de penis extra stevig vast te houden of een glijmiddel te gebruiken. Een (vinger)vibrator kan ook voor extra stimulatie zorgen. Bij nog aanwezige erectie, kan een steuncondoom (condoom met dubbele wand, die u om de penis schuift) of penisring (elastieken ring) helpen om langer te kunnen vrijen.

Bij geen erectie kan de vacuümpomp uitkomst bieden. Dit is een koker die over de slappe penis gaat en er een vacuüm ontstaat wanneer de lucht uit de koker wordt gezogen. Hierdoor wordt bloed in de penis gepompt en ontstaat een erectie. Daarna plaats je een elastische ring om de basis van de penis, zodat het bloed niet terug kan stromen. De ring mag je niet langer dan 30 minuten laten zitten.

Roken heeft een negatieve invloed op de erectie. Drink minder alcohol en eet gezond. Mannen met overgewicht hebben meer kans op een erectiestoornis.

Bespreek uw problemen met uw huisarts en vraag naar bijvoorbeeld erectie bevorderende medicatie. Langdurige behandeling met zuurstof kan een erectiestoornis verbeteren, helaas wordt de toedieningsvorm (neusbrilletje of slangetje) vaak als hinderlijk ervaren.

Lees meer: <https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/doen/intiem-zijn-en-erectieproblemen>

REVOLUTIONAIR ONDERZOEK NAAR OORZAKEN EN BEHANDELING VAN DE OVERACTIEVE BLAAS

Er zijn diverse manieren om vast te stellen of iemand een overactieve blaas heeft. Dat gebeurde tot nu toe door onderzoek van de blaas zelf. Maar sinds enige tijd is er een revolutionaire nieuwe manier om te onderzoeken waar het mis gaat met die blaas: door middel van een functionele MRI kan nu worden gezien wat er gebeurt binnen dat deel van de hersenstam, namelijk het 'periaqueductaal grijs' (zie kader) waar de impulsen om te plassen worden verwerkt. Professor Gommert van Koeveringe (uroloog en onderzoeker) en Thijs de Rijk (hersenonderzoeker) leiden dit onderzoek. Professor Gommert van Koeveringe is gespecialiseerd in Functionele Neuro- en Reconstructieve Urologie in het UMC Maastricht. Thijs de Rijk is daar hersenonderzoeker en is gepromoveerd op de studie naar een totaal andere benadering van de overactieve blaas. (OAB)



Thijs de Rijk & Gommert van Koeveringe

ONDERZOEK

Thijs de Rijk: 'Door zuurstofverbruik in de hersenstam te meten met een MRI-scanner kunnen we in kaart brengen hoe het blaasvullingsgevoel wordt verwerkt in het brein. Met een functionele MRI meten we hoeveel zuurstof er in het bloed zit. Als er hersencellen actief zijn in een bepaald gebied, dan is daar meer zuurstof nodig, dus dan brengt het bloed daar zuurstof naar toe. Zo kunnen we zien welke gebieden actief zijn en op welke manier verschillende gebieden met elkaar communiceren. We meten verschillen

in de verwerking van deze signalen tussen gezonde mensen en mensen met een overactieve blaas. We kunnen met deze techniek ook bestuderen hoe behandelingsmethoden voor blaasproblematiek precies werken, zoals bijvoorbeeld tijdens Sacrale Neuromodulatie. Dat is een methode waarbij de te sterke impuls om te gaan plassen, bij een overactieve blaas (OAB), wordt gedempt. Het apparaatje dat we hiervoor gebruiken is een soort pacemaker, waarvan de electrode via de bestaande 'openingen' in het heiligbeen naast de zenuwen wordt gelegd die van de blaas en de sluitspier naar

OAB answers

Helping you make decisions about
treatment for **overactive bladder**



de hersenen gaan. Maar het is slechts één behandelmethode. Kennis over diverse methodes kan helpen om de therapie voor patiënten meer te personaliseren om mensen weer een normaal plaspatroon te geven, zodat ze geen last meer hebben van een overactieve blaas. We doen dit onderzoek alleen met vrouwen, samen met urologen van het Erasmus UMC in Rotterdam en met hersenonderzoekers in het Spinoza Centrum in Amsterdam.'

Gommert van Koeveringe: 'Dit onderzoek gaat dus over het in beeld brengen van verschillen in activiteit in de hersenen bij mensen met een overactieve blaas en bij mensen die dat niet hebben. Ook wordt de activiteit van de hersenen in kaart gebracht bij mensen die een behandeling krijgen voor de overactieve blaas, bijvoorbeeld tijdens een behandeling met neuromodulatie. Onze meetmethode kan daarnaast ook nieuwe informatie geven over de tot nu toe onbekende werkingsmechanismen van neuromodulatie, dat al sinds begin jaren negentig wordt toegepast voor diverse plas- klachten. We verwachten dat we deze dure behandeling met onze onderzoeksmethode beter kunnen toespitsen op patiënten die hier de meeste baat bij kunnen hebben en ook de behandeling kunnen aanpassen op de individuele situatie van de patiënt.'

VERGELIJKING 'BESTAANDE' METHODES

Thijs de Rijk: 'Voor de overactieve blaas kennen we natuurlijk de bestaande methodes, zoals bekkenfysiotherapie, medicijnen of botox injecties in de blaaswand. Met dit onderzoek kijken we echter naar wat het brein doet. Het interessante is dat verschillende patiënten goed reageren op sacrale neuromodulatie, maar het succespercentage ligt altijd tussen de 70-80%. Het is niet bekend waarom sommige patiënten wel reageren en anderen niet, en wat nu precies het effect is van sacrale neuromodulatie op de verwerking van gevoelsinformatie van de blaas in de hersenen. Wij kijken in detail hoe dat er precies uit ziet. We vergelijken hierbij mensen met overmatige aandrangklachten en/of incontinentie met gezonde mensen. Als we dat goed in kaart kunnen brengen, kunnen we ook kijken naar verschillen tussen mensen die wel of geen baat gaan hebben bij die therapie. We willen graag dat zo veel mogelijk mensen al met deze therapie beginnen voordat een langdurig traject met onsuccesvolle behandelingen wordt ingezet. Nu wordt het pas aangeboden op het moment dat mensen niet reageren op andere therapieën. Als we er sneller bij zijn kun je mensen

al in een eerder stadium normalisatie aanbieden, hetgeen zou betekenen dat ze niet door onnodige trial and error fases van medicatie heen hoeven te gaan. We zouden dan hogere succespercentages hebben dan die op dit moment gebruikelijk is.'

GEEN PROEFPERIODE

Gommert van Koeveringe: 'Als we beter kunnen inschatten of iemand baat heeft bij sacrale neuromodulatie, is de proefperiode niet meer nodig. Dus dat scheelt een operatie, de behandeling wordt daardoor goedkoper. De neuromodulator neemt niet de taak van een bekkenfysiotherapeut over; dit apparaat geeft een permanente stimulatie op die zenuw om de normale reflex weer de kans te geven, en de patiënt heeft daarbij volledig de controle. Sterker nog, de patiënt wordt niet meer overvallen door de blaas want die reageert vaak alleen maar op het moment als de patiënt zelf wil gaan plassen. Je kunt neuromodulatie zien als een vinger die krabt als je jeuk hebt. Dan gaat de jeuk weg. Als je ophoudt met krabben komt de jeuk terug. Jeuk is een bekende irritatieprikkel, te vergelijken met de overactieve blaas, en op die manier werkt ook dit systeem: de overactiviteit van de sluitspier van de blaas verdwijnt door de continue stimulatie door de pacemaker, te vergelijken met krabben. Het doel is goed te onderzoeken, door te kijken in het brein, welke behandeling de blaas weer in de normale situatie terugbrengt waarmee je de normale reflexen weer een kans geeft. We spreken hier dus over een meer persoonlijke aanpak van de zorg. Het onderzoek heeft verschillende facetten. We proberen nu voor deze eerste vergelijking 20 gezonde mensen te includeren en 30 mensen met een overactieve blaas. Die hebben we nog niet. We kijken naar het gebied dat zorgt voor regulatie van autonome functies zoals bloeddruk, lichaamstemperatuur en dus ook het tijdig legen van de blaas. Uiteindelijk is het doel een betere match te vinden tussen patiënt en de therapie. Daarnaast is het goed dat we minder afhankelijk worden van dierproeven. Die zeggen vaak toch te weinig over de uitwerking bij de mens, vooral op het gebied van medicatie. De klinische samenwerking is eigenlijk vooral tussen Erasmus MC en Maastricht UMC+ en de MRI-scans worden uitgevoerd in het Spinoza Centrum in Amsterdam en bij Scannexus in Maastricht.'

WAT IS HET PERIAQUEDUCTAAL GRIJS?

Dat is een gebied in de hersenen dat gelokaliseerd is rond het cerebraal aquaduct. Het aquaduct verbindt verschillende ruimtes met hersenvocht binnen de hersenen met elkaar. Het periaqueductale grijs (PAG) is een gebied met zenuwcellen in de hersenstam. Het ligt heel centraal in het brein en is betrokken bij de aansturing van een aantal belangrijke lichaamsfuncties zoals hartslag, bloeddruk, lichaamstemperatuur, angst, en het tijdig legen van de blaas. In onze hele sterke functionele MRI-scanner kan gemeten worden hoe signalen van het lichaam verwerkt worden binnen sub-gebieden van het periaqueductaal grijs om deze functies goed te reguleren.



REVOLUTIONAIR

‘Het revolutionaire van dit onderzoek is, dat we kunnen zien hoe zo’n gebied samenwerkt met bijvoorbeeld een gebied dat zorgt voor het aanzetten van het plassen: namelijk het ‘periaqueductaal grijs’. Dit zijn hele kleine hersengebiedjes die diep verscholen liggen in de hersenstam en niet makkelijk toegankelijk zijn voor onderzoek. We kunnen meten of daar die veranderingen al plaatsvinden op een moment dat het nog niet nodig is. We zien zelfs of er een ander probleem is dat de overactiviteit veroorzaakt. Dit gebied werd eigenlijk altijd beschouwd als een homogeen gebied, terwijl we nu weten dat het een heleboel verschillende functies heeft. We hebben dat

met dierproeven al gezien, maar dit is de eerste keer dat we dat bij mensen kunnen. Dat kan omdat we nu een hele sterke scanner gebruiken waarmee we een hele goede resolutie krijgen, waardoor we nu binnen dat gebied verschillende subgebieden van elkaar onderscheiden en kunnen zien hoe die betrokken zijn bij controle van de urinewegen. Dat is ook het nieuwe aspect van dit onderzoek.’

OUDEREN

Gommert van Koeveringe: ‘Een overactieve blaas komt vaker voor bij ouderen dan bij jongeren, maar kan op iedere leeftijd optreden. Oudere mannen krijgen vaak overactiviteit door obstructie van de prostaat. Bij vrouwen kan dat gebeuren als ze heel lang met een te gespannen bekkenbodem plassen. Bij een ander groot deel van de oudere personen met een overactieve blaas weten we overigens nog niet waardoor het komt’

PRIJZEN

‘Het onderzoek heeft al verschillende prijzen ontvangen, waaronder een prijs van de Nederlandse Vereniging voor Urologie, de FURU-prijs. (Functionele Reconstructieve Urologie). Daarnaast kregen we een prijs voor de beste voordracht in 2022 op het ICS-congres in Wenen.’

OPROEP

Zowel in Maastricht als in Amsterdam kunnen nog gezonde vrouwen en vrouwen met een overactieve blaas meedoen aan dit onderzoek. Het onderzoek neemt ongeveer drie uur in beslag. Je wordt gevraagd veel te drinken en met een MRI-scan wordt gekeken naar de hersenactiviteit terwijl de blaas langzaam vult. Geïnteresseerden kunnen contact opnemen met secretariaat.urologie@mumc.nl of 043-3875255. In een telefoongesprek daarna zal dan samen met de onderzoeker worden besloten of u met het onderzoek kan meedoen.

ERVARINGSVERHAAL



ELS (79)

'Ik heb al een aantal jaren de ziekte van Parkinson. Maar door mijn lichamelijke achteruitgang, regelmatig vallen en moeizaam lopen kon ik niet goed meer voor mezelf zorgen en moest toen worden opgenomen in een verpleegtehuis. Dat was voor zowel mijn man, met wie ik 54 jaar getrouwd ben, als mijzelf een hele grote stap, maar de zorg voor mij werd voor hem alleen te zwaar. We hebben wel twee kinderen, maar die wonen aan de andere kant van het land, dus die kunnen ook niet bijspringen. Wat heel fijn was, is dat degene die het opnamegesprek in het verpleeghuis met me voerde me vroeg of ik vragen had rondom intimiteit. Die had ik toen nog niet, moest eerst wennen aan het idee dat we apart zouden wonen in de toekomst. Ze gaf me een foldertje mee over het beleid van de instelling rondom seksuele gezondheid, maar ik heb dat maar even laten liggen. De eerste drie maanden moest ik echt mijn draai vinden in dat tehuis, kennis maken met de

verzorgenden en medebewoners, en wennen aan een heel ander dagritme. Toen vond ik ineens dat foldertje terug in een lade en dat maakte dat ik me realiseerde hoezeer ik het samen slapen met mijn man miste. Een verzorgende met wie ik een goede klik heb, zag de folder op tafel liggen en vroeg me of ik daar nog iets van ondersteuning bij wilde. Dit luchtte me enorm op, nu hoefde ik het zelf niet te vragen, want dat vond ik toch wel ongemakkelijk. Zij nam voor mij die drempel weg en daarna heeft ze alles in gang gezet. Ik kan je niet vertellen hoe blij mijn man en ik zijn dat we nu weer regelmatig samen in bed kunnen liggen. We kunnen de situatie nu veel beter aan.'

NOCTURIA: PLASSEN IN DE NACHT... EN DAN?

Naarmate mannen en vrouwen ouder worden, komt nachtplassen vaker voor en op een gegeven moment is het eigenlijk wel normaal dat je een of twee keer in de nacht naar de wc moet. Maar met de ouderdom ligt dan ook het risico op vallen op de loer, en het is ook weer lastig om daarna in slaap te vallen. Huisarts Doreth Teunissen komt 'nocturia' vaak in haar praktijk tegen, en geeft uitleg over de oorzaken en behandelingen.



Doreth Teunissen

Doreth Teunissen: 'Er is, wat de urinewegen betreft, best veel verschil tussen mannen en vrouwen. Zowel wat de anatomie, als wel de hele fysiologie betreft. Naarmate mannen en vrouwen ouder worden, komt nachtplassen vaker voor en op een gegeven moment is het eigenlijk wel normaal dat je een of twee keer in de nacht naar de wc moet. Maar als je gaat kijken naar het verloop bij mannen en vrouwen naarmate ze ouder worden, dan zie je bij ongeveer 70 jaar een omslagpunt. Vanaf die leeftijd blijken mannen vaker te plassen. De opslagfunctie van de blaas wordt geleidelijk aan bij beiden minder, maar bij mannen gaat dat wat sneller dan bij vrouwen. Daarnaast merken we dat mensen die overdag vaker plassen dat ook gedurende de nacht doen. Daar is in de medische literatuur nog weinig aandacht voor. Er is niet altijd sprake van een

onderliggend probleem, het hoort ook gewoon bij het proces van ouder worden. Maar intussen doen we natuurlijk onderzoek en zien we dat mannen naarmate ze ouder worden vaker minder goed uit kunnen plassen en we weten inmiddels dat dit niet altijd een kwestie is van een groter wordende prostaat, maar dat ook bij hen de bekkenbodem stugger wordt. Dat betekent dat het niet goed lukt die bekkenbodem te ontspannen, zodat uitplassen moeilijker wordt en er wat urine achterblijft. Daardoor krijgt de blaas eerder het signaal: 'ik moet plassen', met meer toiletbezoek als gevolg. Dat vrouwen moeite hebben met uitplassen komt eigenlijk niet zo heel vaak voor. Als dat wel zo is, kan het bijvoorbeeld komen doordat ze een forse verzakking hebben. Het is goed om alles mee te nemen bij de diagnose en behandelplan.'

WAT DOET DE HUISARTS?

Doreth Teunissen: 'We zien dat vrouwen bij bijna alle klachten eerder aan de bel trekken dan mannen. Maar wat wel heel typisch is, dat wat betreft plasklachten mannen wel sneller naar de huisarts gaan, omdat de angst voor prostaatkanker een rol gaat spelen, terwijl vrouwen heel vaak denken bij plasklachten: 'Ja, ik heb kinderen gekregen, ik word ouder. Dat hoort er een beetje bij toch?' Dat is wel heel opvallend. Bij andere aandoeningen is het meestal andersom. Wat ik als huisarts de basis vind van de behandeling van plasklachten is een plasdagboek. Het is wel even een belasting, maar eigenlijk heel simpel. Iemand houdt twee of drie dagen een dagboek bij waarbij je precies aangeeft op welk moment je hoeveel drinkt en hoeveel je plast. Wat kun je dan zien? Bijvoorbeeld: iemand die overdag heel druk is en 's avonds denkt: 'Jee, ik heb vandaag bijna niks gedronken.' en dan veel gaat drinken. Ja, die moet in de nacht vaker plassen. Dat zie je heel goed terug in dat dagboek. De regel is: 's Avonds veel drinken is 's nachts vaak plassen. Dan geef ik het advies: drink overdag wat meer en 's avonds wat minder. Dat is het begin. Als er sprake is van een te kleine blaascapaciteit waardoor je heel vaak moet plassen overdag en in de nacht altijd kleine beetjes, probeer ik degene zichzelf te trainen om de tijd tussen wc bezoeken steeds iets te verlengen waardoor de blaas geleidelijk aan weer meer aan kan. Een ander aspect van blaasproblemen ligt bij vrouwen die vaginaal een kind hebben gekregen: dat heeft op latere leeftijd gevolgen voor de bekkenbodem. Aan de ene kant wordt de bekkenbodem op den duur minder sterk, aan de andere kant wordt het slijmvlies van je blaas bij het ouder worden gevoeliger voor prikkels en trekt sneller samen. Dan is de kans groter dat je bijvoorbeeld in de nacht minder controle hebt op je aandrang om te plassen en soms urine verliest. Wat je als huisarts ook mee moet nemen is de mogelijkheid dat iemand bijvoorbeeld door diabetes continu veel suiker in urine heeft. Ja, die moet ook vaak plassen.'



DIAGNOSE

'Als iemand bij mij komt met problemen met vaak plassen in de nacht, wil ik eerst weten wat het onderliggende probleem is. Daarvoor is het ook belangrijk om te weten hoe het plassen overdag gaat. Is het probleem dat je de plas gewoon niet goed op kunt houden of dat de aandrang zo sterk is dat je wel naar de wc moet? Of is het een combinatie daarvan? En moet iemand vaak kleine beetjes plassen of slechts enkele grote plassen per dag? Daar is zo'n plasdagboek behulpzaam bij. Dan pas plan je een aanpak. Ik wil het ook goed kunnen uitleggen. Kijk, als iemand boodschappen wil gaan doen, en denkt: 'ik plas even van tevoren' terwijl je geen aandrang hebt, dan word je blaascapaciteit op den duur alleen maar kleiner. Hetzelfde geldt als je om die reden maar niks drinkt. Je urine wordt dan geconcentreerder en dat prikkelt de blaas extra. Als je mensen inzicht geeft in wat precies het probleem is, dan bedenken ze vaak zelf hoe ze dat willen aanpakken.'

PLASSEN EN VALLLEN

'Ouderen die bijvoorbeeld slecht ter been zijn of niet goed kunnen zien, hebben vaak naast een plasprobleem ook het probleem hoe ze snel bij een toilet komen. Dan zijn praktische tips heel handig, zodat iemand kan gaan zeggen: ik kan er nu prima mee leven. Als ouderen in de nacht in het donker naar de wc moeten, en ze zijn niet goed ter been, dan kunnen daar dus valpartijen door komen. Hoe kunnen we dat voorkomen? Voor mannen is het simpel: die kunnen een fles gebruiken. De meeste mensen voelen er niks voor om een luier aan doen. Vrouwen die niet goed ter been zijn raad ik daarom aan een postoeel naast hun bed te zetten. Dat is echt het veiligste. Er zijn ook medicijnen die de prikkel om te moeten plassen wat onderdrukken. Ik ben echter terughoudend in het voorschrijven van deze medicatie bij ouderen, die geven vaak te veel bijwerkingen, zoals droge ogen, obstipatie, het zicht kan minder worden, of ouderen kunnen ervan in de war raken. Ook een ergotherapeut en/of bekkenfysiotherapeut kan ouderen met nachtplas problemen soms goede, praktische adviezen geven die de kans op vallen verminderen. Maar bij alles dat we voorstellen kijken we naar de vitaliteit en mobiliteit van degene in kwestie. En we kijken naar wat iemand zelf nog graag kan en wil. Als huisarts kun je hen daarin goed begeleiden omdat je de achtergrond kent, weet of iemand een behandeling fysiek of mentaal aankan. Mensen kunnen van alles willen maar het moet ook kunnen. In verpleeghuizen wordt bij incontinentie of nachtplassen soms een beetje te gemakkelijk naar de luier gegrepen, gewoon door een tekort aan personeel. Het zou beter zijn om op vaste momenten te vragen: Goh, zullen we even naar het toilet gaan? Dat helpt om te voorkomen dat mensen incontinent worden en dat scheelt heel veel continentiematerialen.'

ERVARINGSVERHALEN

WHISKY EN URINEVERLIES?

Marie (82): 'Ik word wel eens wakker 's nachts en denk: ik moet naar de wc. Meestal heb ik een inlegkruisje in vanwege zelf die ik in de avond smeer tegen lichen sclerosus. Dan voel ik dat dat inlegkruisje nattig is, en weet dan ik eigenlijk al dat ik wat urine heb verloren in mijn slaap. Maar kennelijk stop ik op tijd met urineverlies, en word ik wakker en ga alsnog naar de WC. Het gebeurt af en toe, niet iedere nacht. Ik heb wel eens gedacht dat het alleen gebeurt als ik als slaapmutsje een glaasje whisky heb gedronken, en daarom niet op tijd wakker word. Ik vertelde dat aan mijn huisarts. Die heeft me uitgelegd dat je, als je ouder wordt, je blaas minder goed werkt, en dat je in de nacht niet altijd in staat bent om in je slaap je bekkenbodemspier aan te spannen. En ja, dan ben je net te laat, maar het stopt wel op tijd om niet je hele blaas leeg te plassen.'

TOILET IN DE SLAAPKAMER MET LICHT

José (75): 'Ik moet het halve huis door om naar mijn badkamer te komen waar ook de wc is. Dat was vroeger geen probleem. Maar op een gegeven moment werd het me te veel, je wordt klaarwakker en in de winter is het een koude aangelegenheid. Dus op een ochtend lag ik wat te soezen in bed, en tegenover me stond een ingebouwde kastdeur open. Ineens dacht ik: ik ga mijn loodgieter vragen of je daar een wc in kan maken. Omdat die kast tegen de buitenmuur aan stond, was het geen enkel probleem om een gat te boren naar beneden, buiten vond hij de riolering langs het huis en met een T-stuk heeft hij mijn nieuwe WC erop aangesloten. En nu heb ik gewoon een wc in mijn slaapkamer. Ik laat de deur openstaan en ik heb van die lichtjes in de pot die vanzelf aangaan als je aan komt lopen. Want een keer, de kamer was toen pikkedonker, dacht ik dat de deur dicht was, maar die stond halfopen en ik knalde met mijn gezicht tegen de zijkant en verloor mijn boventanden. Dus die deur staat nu altijd wijd open en er is een automatisch nachtlampje met een bewegingsmelder. Dat gebeurt me niet nog een keer!'





DREMPELS WEGHALEN EN BEUGELS PLAATSSEN

Gerard is 86 jaar en is een paar maanden geleden gevallen. 'Na een korte opname in het ziekenhuis moest ik vijf weken revalideren voordat ik weer naar huis kon. Ik moet nu echter wel binnen gebruik maken van een elektrische rolstoel om me te kunnen verplaatsen. Gelukkig voel ik heel goed aan wanneer ik moet plassen, maar het kost me wel veel tijd en moeite om vanuit de rolstoel op het toilet te komen. Zodra ik in de badkamer aankom en naar het toilet ga, begint de urine al te lopen en wordt mijn broek, de rolstoel en de vloer nat. Ik heb dat aangegeven aan mijn huisarts. Via haar kwam er een ergotherapeut langs en die heeft het toilet nu toegankelijker gemaakt door de drempels weg te halen en er beugels te plaatsen. Ook raadde ze me aan om naar een bekkenfysiotherapeute te gaan. Zij heeft me geleerd mijn bekkenbodemspieren aan te spannen als ik de drang voel om naar het toilet te gaan. Nu gaat alles weer goed omdat ik vlot en veilig op het toilet kom te zitten.'

OVERDAG MOE DOOR 'S NACHTS PLASSEN

Marieke is de dochter van Alie (82 jaar). Ze maakt zich wat zorgen om haar moeder. 'Mijn moeder is moe, ze moet 's nachts namelijk elk uur uit bed om te plassen. Zo moe, dat ze overdag geen zin heeft om dingen te ondernemen, en vaak op de bank of op de stoel in slaap valt. Ze voelt hele heftige aandrang waar ze wakker van wordt en haast zich dan midden in de nacht naar het toilet, waarna ze een klein plasje doet, vaak maar een scheutje. Mama heeft al van alles geprobeerd, en drinkt inmiddels nog maar een halve liter per dag om 's nachts minder te hoeven plassen. Overdag hoeft ze helemaal niet zo vaak, maar twee of drie keer. Laatst kreeg ze een blaasontsteking, en een delier waardoor ze helemaal in de war was. Hier zijn we allebei erg van geschrokken en ik heb de huisarts gebeld om hulp. Die verwees me naar een bekkenfysiotherapeut. De afgelopen weken heeft mama met behulp van medicatie voor 's nachts en stapsgewijs meer drinken overdag gewerkt aan een gezonde blaas. Met de bekkenfysiotherapeut heeft ze geoefend om goed leeg te plassen op het toilet. Het was kort even nodig om een po-stoel op de slaapkamer te plaatsen om veilig, zonder angst om te vallen, 's nachts te kunnen plassen, maar na vier maanden kan mijn moeder gelukkig weer gebruik maken van haar vaste wc en hoeft zij er 's nachts nog maar drie keer uit. Ze heeft nu weer energie om overdag iets te ondernemen.'

COLPOCLEISIS

EEN ZELDZAME OPLOSSING VOOR VERZAKKINGEN BIJ OUDERE VROUWEN

Gynaecoloog Alec Malmberg voert met enige regelmaat een colpocleisis uit: een operatie waarbij de vagina grotendeels dicht wordt gemaakt. Sommige gynaecologen vinden dit een operatie uit de Middeleeuwen maar bij een aantal mensen, waaronder kwetsbare oudere vrouwen die te maken hebben met een verzakking, kan het wel degelijk iets zijn om te bespreken. Wat zijn voor- en nadelen? Komt het vaak voor? En hoe verloopt een besluit daarover, als mevrouw zelf niet kan beslissen?



Alec Malmberg

WAT IS COLPOCLEISIS?

Alec Malmberg is gynaecoloog in het UMCG (Groningen) en in het Vrouwenzorg Centrum in Zevenaar. Daarnaast zit hij al jaren in de Medische Advies Raad van de Stichting Bekkenbodem4All.

Alec Malmberg: 'Het is een redelijk onbekende ingreep die zowel voor de vrouw als de arts niet zomaar voor de hand ligt. Bij deze operatie wordt de vagina zo goed als helemaal dichtgemaakt. Dat is nogal een drempel voor een vrouw, dus het is begrijpelijk dat daar niet licht over wordt gedacht of beslist. Maar het kan bij aanhoudende klachten van een heftige verzakking van bijvoorbeeld de baarmoeder of de blaas toch een oplossing zijn voor vrouwen die geen penetratieseks meer (willen) hebben. Het doel is dat vrouwen

van hun klachten af zijn met een relatief kleinere ingreep dan bijvoorbeeld met robotchirurgie of door het plaatsen van een implantaat. Het gaat bij deze ingreep meer om de kwetsbare gezondheid van de wat oudere vrouw die ook andere aandoeningen heeft of voor vrouwen na oncologische behandelingen.

Natuurlijk vereist dat goede uitleg van de ingreep zelf, en van de gevolgen daarvan. Het is een beslissing die je zorgvuldig, samen met de vrouw, neemt. Want het is wel ingrijpend voor een vrouw. Ik zie dat vrouwen die niet meer seksueel actief zijn er gemakkelijker overheen stappen, omdat voor hen de uitkomst het belangrijkste is. Maar voor een deel van de patiënten is deze ingreep een brug te ver.'

EN BIJ OUDEREN MET DEMENTIE?

'Als blijkt dat degene voor wie dit een optie zou zijn in een vergevorderd stadium van dementie is, en als zij bijvoorbeeld zelf steeds het pessarium verwijderd, dan moet je dat met degene die volmacht heeft bespreken. In de praktijk gebeurt dat weinig. Het is een ingreep die meestal op gevorderde leeftijd plaats vindt, vooral bij vrouwen die het moeilijk vinden of pijn hebben bij het verwijderen van hun pessarium. Dan is dit een oplossing die geen grote inwendige ingreep is. Mijn ervaring is dat de meeste vrouwen die er zelf toe besloten er tevreden over zijn omdat hun verzakking verdwenen is en ze niet steeds opnieuw naar de gynaecoloog hoeven gaan. Ook vrouwen met uitgebreide lichen sclerosus (een auto-immuunziekte aan de buitenkant van de vagina en de anus, die gepaard gaat met jeuk en pijn) vinden een pessarium vaak niet prettig en kiezen dan voor deze optie. De lichen blijft zichtbaar, omdat dat een huidziekte is, dus geen aandoening van de slijmvliezen. De lichen kun je dan goed in de gaten blijven houden.'

SEKS NOG MOGELIJK?

Malmberg: 'Op sommige sites van ziekenhuizen staat dat een vrouw na deze ingreep nog penetratie-seks kan hebben, maar dat is dus niet zo. De vagina is dan niet langer toegankelijk, maar de clitoris blijft wel intact. Dus een orgasme is gewoon mogelijk. De vagina kan aan elkaar groeien als je slijmvlies van de voorzijde en achterkant van de schede of vagina weghaalt en die dan aan elkaar hecht. Er blijft wel een dun kanaaltje open voor eventuele afscheiding vanuit de baarmoeder.'

KAN VERZAKKING TERUGKOMEN?

Malmberg: 'Ja, dat is bij alle verzakingsoperaties het geval. We gebruiken eigen weefsel waar we steun mee creëren. Door druk van de darmen of blaas, kan toch een nieuwe verzakking ontstaan, soms via de anus. Dat heet dan een darmverzakking. Ook kan er stressincontinentie ontstaan omdat de plasbuis door de ingreep iets naar beneden wordt getrokken. Dus dat is wel een van de risico's. In dat geval kunnen we een minisling aanbrengen of een injectie met bulk zetten. Het doel van de behandeling met bulking agents is om de plasbuis wat nauwer te maken. De uroloog spuit een speciale gelei (bulking agent) in de wand van de plasbuis, net onder de blaas. In een groot aantal gevallen verdwijnt dan de incontinentie.'

Daar moeten we helder over zijn want als dat gebeurt helpt bekkenfysiotherapie niet altijd afdoende. Maar als een vrouw niet geholpen is met een ring omdat die uitvalt, pijn doet, of dat ze echt last heeft van een ring bij een zeer kwetsbare gezondheid, dan kan deze ingreep een goede oplossing zijn. Nogmaals: de colpocleisis operatie kan iets met je vrouw-zijn doen, en dat maakt dat we er echt zorgvuldig over nadenken, samen met de vrouw en haar eventuele partner, zodat het geen overhaaste maar een weloverwogen beslissing wordt. Vrouwen moeten echt bij zichzelf te rade gaan met de vraag: is dit iets voor mij?

Het grote voordeel is, dat het fysiek een kleine ingreep is, die met plaatselijke verdoving en misschien een licht roesje mogelijk is. Het herstel gaat ook redelijk snel, al is er een geringe kans op infectie, zoals bij alle operaties.'

Aanzicht voor de colpocleisis



Aanzicht na de colpocleisis



Bron: Yourpelvicfloor.org, IUGA, 28 januari 2019

DEZE OPERATIE MIDDELEEWS

'Op congressen hoor je er wel eens over, maar niet vaak. Toch moeten we deze operatie niet vergeten omdat die bij een kleine groep mensen wel degelijk iets kan brengen. Sommige gynaecologen vinden maar bij een aantal mensen is het wel degelijk iets om te bespreken. Bij mij werd dat duidelijk toen een vrouwelijke hoogleraar een patiënte met de vraag voor deze ingreep naar mij stuurde. Die mevrouw was er echt blij mee en daardoor bespreek ik het nu gemakkelijker en met alle respect met vrouwen die ervoor in aanmerking komen of ernaar vragen.'

Ik weet dat we het nu alleen aanbieden als alle andere opties, ook vanwege de hoge leeftijd, niet goed mogelijk zijn. Dit omdat deze ingreep veel minder belastend is voor de vrouw. Ga ervan uit dat we deze optie vooral met alle respect voor de vrouw bespreken. Natuurlijk, als vrouwen nog seksueel actief zijn, zullen ze er waarschijnlijk langer over nadenken of het niet willen. Wij mogen er niet van uitgaan dat een tachtigjarige niet meer seksueel actief is. Dat is tegenwoordig echt flauwekul.'

ERVARINGSVERHALEN

COLPOCLEISIS GAF ME MIJN ZELFSTANDIGHEID TERUG

Marian, 92, is nog zeer actief en had veel last van een verzakking: 'Ik ga nog steeds veel op reis met vriendinnen, zoals een keer per jaar naar Zwitserland. Die stomme verzakking ging me steeds meer belemmeren in mijn bewegingsvrijheid. Ik had zo'n ring, maar daardoor zat ik nooit meer lekker in een stoel, en dat ding moest er af en toe uit om schoon gemaakt te worden. Ik was er helemaal klaar mee. Dus ik naar de gynaecoloog. Vanwege mijn hoge leeftijd hebben we samen lang gepraat over alle mogelijkheden om te kijken wat mij het minste zouden belasten. Nou, uiteindelijk kwam ook die operatie met die moeilijke naam ter sprak: colpocleisis. Hij zei dat hij de vagina zo kon dichtmaken dat ik van die verzakking af was en dat dat geen grote operatie was. Mijn man is al twintig jaar geleden gestorven en ik ben nooit meer aan een nieuwe relatie begonnen. Dus toen hij me vertelde dat

seks dan niet meer mogelijk was moest ik daar wel om lachen. Ik heb uiteindelijk voor deze behandeling gekozen, na de voor- en nadelen van alle andere behandelingen ook te hebben afgewogen. Ik ben geopereerd, in een speciale kamer, maar ik hoefde niet in het ziekenhuis te blijven. Kon daarna gewoon weer naar huis. Mijn dochter kwam me ophalen. Natuurlijk moest ik alles wel goed schoonhouden om geen infectie te krijgen, dus ik heb de buurtzorg ingeschakeld. Na een paar weken was het aardig genezen, en ja hoor, ik kan weer gewoon op een stoel zitten. En wat nog fijner is: ik heb mijn kwaliteit van leven weer terug. Mijn vriendinnen en ik: we gaan weer weekendjes weg en we maken ons jaarlijkse uitstapje naar Zwitserland. Ik ben niet meer aan huis gebonden, kan weer gewoon mijn eigen boodschappen doen. Ik woon zelfstandig en hoop dat nog heel lang te kunnen blijven doen.'





HUISBEZOEK HIELP BIJ VERGROTEN KWALITEIT LEVEN

Liselot (33) is de dochter van Anja (72), die angstig is voor dokters in het algemeen en voor gynaecologen in het bijzonder. Ze heeft beginnende dementie en is daardoor argwanend geworden. Als ze naar het ziekenhuis moet, voor wat dan ook, is ze volledig van de kaart. 'Mijn moeder heeft een forse verzakking met plasklachten. Maar ze wilde absoluut niet naar het ziekenhuis voor een onderzoek. Ik was ten einde raad, want ook het incontinentiemateriaal verschoonde ze niet op tijd. Er moest echt iets aan gedaan worden. Mijn vriendin werkt als assistente in een Vrouwenzorgkliniek. Toen ik haar vertelde dat mijn moeder al schrikt als ze een naar een onbekende plek moet, maar eigenlijk echt naar een gynaecoloog moest, zei ze: 'ik bespreek dat even in ons centrum. We vinden vast wel een oplossing.' En ja hoor, een week later belde ze me met de mededeling dat een van de gynaecologen wel op huisbezoek wilde komen zonder witte jas aan. Zo aardig. De arts kwam op het afgesproken moment

langs. Ze vertelde dat ze dokter is en legde uit wat ze kon doen. Mijn moeder gaf met een knik aan dat dat goed was. De arts zag al gauw dat er sprake was van een verzakking en heeft een ring geplaatst. Ze heeft mij geleerd hoe ik de ring af en toe kan schoonmaken en plaatsen, mijn moeder heeft er gek genoeg geen problemen mee als ik dat doe. Dus nu gaat het een stuk beter met haar. Maar toch: het is wel heel bijzonder dat een gynaecoloog de moeite neemt om een huisbezoek te doen om iemand zo te helpen weer een beetje kwaliteit van leven te hebben.'

EUROPEES PROCON-PROJECT VOOR TOEKOMSTIGE EFFECTIEVE INCONTINENTIEZORG

Met de vergrijzing wordt de druk van continenzorg in verpleeghuizen ook groter. Hoe kan deze zorg gerealiseerd worden als er niet voldoende personeel is? Zijn er innovaties mogelijk die deze zorg kunnen verlichten? Een nieuw Europees Erasmus+project met als een van de deelnemers de WFIPP, de internationale koepelorganisatie van Bekkenbodem4All, gaat dit de komende jaren onderzoeken.



Mary Lynne Van Poelgeest-Pomfret

Mary Lynne Van Poelgeest-Pomfret is voorzitter van de WFIPP, de World Federation of Incontinence and Pelvic Problems, en zet zich al jarenlang in voor het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen die te maken hebben met alle vormen van incontinentie. 'WFIPP ondersteunt patiënten door voorlichting en belangenbehartiging en zet zich in voor het bevorderen van betere zorg en behandeling op het gebied van incontinentie. De organisatie werkt nationaal en

internationaal samen met zorgverleners, beleidsmakers en andere belanghebbenden om bewustzijn te vergroten en te zorgen voor betere zorgopties voor mensen met incontinentie.'

COVID-PANDEMIE

Van Poelgeest: 'Hoe uitdagend het is om urine-incontinentie van de bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen goed te managen door zorgverleners, bleek wel tijdens de

DE DOELSTELLINGEN VAN HET PROCON-PROJECT

1. Framework voor innovatie en ondernemerschap:

Co-creatie en verspreiding van aanbevelingen om innovatie en ondernemerschap in verpleeghuizen te stimuleren.

2. Technologische oplossingen: Ontwikkeling en testen van een technologie die op basis van sensordata ondersteuning biedt bij continenzorg.

3. Onderwijs in innovatie en ondernemerschap:

Cursussen ontwikkelen en aanbieden voor personeel en studenten.

4. Training in veerkracht en flexibele werkpraktijken:

Cursusontwikkeling en training voor personeel en studenten.

5. Training in continenzorg: Het creëren en aanbieden van een opleiding gericht op continenzorg in verpleeghuizen

6. Evaluatie van trainingsprogramma's: Multinationaal onderzoek naar de haalbaarheid, acceptatie en effecten van de trainingsprogramma op het verminderen van urine-incontinentie

7. Disseminatie en exploitatie van resultaten:

Communicatie en verspreiding van de projectresultaten.

Covid-pandemie. De universiteit de Vic Barcelona deed hier onderzoek naar. Twee hoofdfactoren die een efficiënt continenzorg van verpleeghuizen verhinderden, werden geïdentificeerd: factoren gerelateerd aan het personeel en factoren gerelateerd aan de bewoners. Voor het personeel kwamen drie belangrijke onderwerpen naar voren: de pandemie als prioriteit, personeelstekort en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen als een obstakel voor communicatie met bewoners en het inspelen op hun behoeften. 76% van de bewoners bleek te maken te hebben met urine-incontinentie, 48% met fecale incontinentie. Minder dan de helft van de bewoners kreeg gedragstherapie om incontinentie te voorkomen of te beheersen. In het onderzoek werd ook de samenhang tussen urine-incontinentie, cognitieve achteruitgang en verlies van spiermassa aangetoond.'

CONTINENTIE-MANAGEMENT VERBETEREN

'Wij wilden weten hoe verpleeghuizen hun continenzorg kunnen verbeteren. Samen met universiteiten en zorginstellingen uit België, Finland, Italië, Spanje, Canada en Nederland hebben we het project PROCON bij de Europese Unie ingediend, en dat is in september goedgekeurd. PROCON staat voor PROMoting CONTinence in nursing homes: boosting innovation, entrepreneurship and training. De afgelopen jaren zijn er al enkele innovaties op het gebied van continenzorg geweest. Denk aan het gebruik van sensortechnologie in continentiemateriaal en in bedden. Ook gedragsveranderingstechnieken gebaseerd op het monitoren van het gedrag en bewegingen van bewoners zijn

in ontwikkeling. Toch blijkt in de praktijk dat deze innovaties nog niet voldoende, of niet voldoende samenhangend worden benut door het personeel in de verpleeghuizen. Het is van groot belang om verdere technologische innovatie te stimuleren, in combinatie met gedragstherapie voor bewoners, maar wel in nauw overleg en zelfs op initiatief met personeel, dat daarvoor ook de juiste trainingen en opleiding moet krijgen. In dit project zullen dan ook zowel technologische innovaties worden ontwikkeld, als nieuwe gedragsveranderende technieken. Er zullen daarover nieuwe, gratis toegankelijke online cursussen worden ontwikkeld in samenwerking met studenten en personeel. En de effecten van deze cursussen zullen systematisch gemonitord worden, zodat we daar van kunnen leren.'

TROTS

'Ik ben er trots op dat we als WFIPP dit project samen met universiteiten, opleidingsinstituten en zorgverleners uit maar liefst 6 landen hebben kunnen opzetten. Mijn inzet is dat de behoeften en wensen van de cliënten van verpleeghuizen via de WFIPP op een waardige manier gehoord en erkend worden. De komende drie jaar gaan we hier keihard aan werken en ik verwacht dat de daarmee we een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de toekomstige effectieve continenzorg in een wereld met steeds meer kwetsbare ouderen in verpleeghuizen en met steeds minder personeel.'

ZORG VOOR OUDEREN MET DEMENTIE EN INCONTINENTIE

Hoe om te gaan met mensen met dementie die geen controle meer hebben om urine of ontlasting op te houden? Jannie Hilberts is verzorgende op een afdeling van het Zonnehuis in Zuidhorn. In haar groep wonen zes mensen die een vergevorderd stadium van dementie hebben en daardoor niet meer aanvoelen wanneer ze naar de wc moeten. Het gevoel om naar het toilet te gaan is bij een aantal bewoners compleet verdwenen.



Jannie Hilberts

HOE VANGEN JULLIE DAT OP?

Jannie Hilberts: 'Iedereen heeft incontinentiemateriaal, maar wel verschillende soorten. Sommigen van hen alleen voor de nacht. Het ligt eraan hoe bewust de bewoners nog zijn van de aandrang. Dat ligt aan het stadium van de dementie. Dus het materiaal is er in verschillende gradaties. Als mensen echt niet meer weten wat ze moeten doen, dan gebruiken we inleggers voor hen. Maar het is onze taak om bewoners te behoeden voor incontinentie, dus voordat we dat materiaal gaan gebruiken, gaan we zo vaak mogelijk met hen naar de wc. Zo kunnen we het gebruik van incontinentiemateriaal zo lang mogelijk uitstellen. In de ochtend beginnen we daar al mee bij het wassen en aankleden. En als we samen koffie gaan drinken gaan we ook eerst langs het toilet. Net zoals voor het eten, zowel de lunch als het avondeten. Alleen als we echt weten dat dat niet meer werkt, stoppen we ermee. We weten natuurlijk dat ontlasting niet op commando werkt.

We hebben er een bewoner bij die weet echt niet meer welke spier ze moet gebruiken om ontlasting te krijgen of te gaan plassen. Zij draagt dus dag en nacht een inlegger. We hebben ook een bewoner tegen wie ik zeg: wilt u me wel

even aangeven wanneer u naar het toilet moet? Dan zegt hij ja, maar dan kom ik later bij hem in de kamer en dan ruik ik al dat het mis is. Dus dat betekent meer werk voor ons als verzorgenden. Een andere bewoner kan niet vertellen dat ze naar het toilet moet maar we merken dat ze heel onrustig wordt als het zover is. Intussen weet iedereen dat en dan gaan we met haar naar de wc. Dat gaat dus goed.'

BLAAS-SCAN

Jannie Hilberts: 'Wat we moeten doen, is bijhouden hoeveel iemand drinkt, en hoeveel er wordt uit geplast. We hebben een echoapparaat tot onze beschikking, waarmee we kunnen meten hoeveel urine in de blaas is achtergebleven. Op die manier weten we of iemand goed kan uitplassen. Dat is belangrijk, want we zien dat mensen die dat niet goed kunnen vaker een blaasontsteking krijgen. Dat willen we voorkomen. We beginnen niet aan katheters want ook die zorgen voor infecties, en de ervaring heeft ons geleerd dat bewoners die er ook uit trekken omdat ze niet weten waar dat ding voor dient. Dus je leert de lichaamssignalen te herkennen van mensen die het niet verbaal kunnen overbrengen omdat je steeds dezelfde groep hebt. Dus jij kent de mensen en zij kennen jou. Al weten ze mijn naam niet, ik ben intussen wel een vertrouwd gezicht voor hen. De zes bewoners zitten de hele dag in de huiskamer, vaak merken ze niet eens op dat een van hen in de broek heeft gepoept. Dat ruiken wij wel, dus dan gaan we met hen naar hun kamer om hen te wassen en verschonen. Iedereen heeft een eigen badkamer met douche en toilet bij de kamer. Dus daar is genoeg privacy voor iedereen.'

MOOI WERK

Jannie: 'Ik vind dit dankbaar werk. Je bent wel moe aan het einde van de dag, maar ook voldaan. Ik ben blij dat wij met een groep verzorgenden iets voor de bewoners kunnen betekenen op een manier waardoor hun waardigheid enigszins overeind blijft. Maar het kan je ook opslokken. Niet omdat je mensen steeds opnieuw moet verschonen, maar omdat je dagelijks wordt geconfronteerd met het feit dat mensen gewoon niet meer weten wie ze zijn. Ik kan het wel van me afzetten, maar als ik 's avonds thuiskom heb ik wel twee uur nodig om helemaal bij te komen. Dementie kan zwaar zijn. Gelukkig kun je er af en toe met collega's of in werkoverleg over praten. Dan geven we elkaar handvatten als we ons ergens geen raad mee weten.'

INCONTINENTIE EN DEMENTIE: UITDAGINGEN EN OPLOSSINGEN VOOR OUDEREN

Dementie is een groeiend probleem in de ouderenzorg en brengt complexe uitdagingen met zich mee, waaronder incontinentie. Voor ouderen met dementie wordt het omgaan met de signalen van hun lichaam steeds moeilijker. Sommigen voelen niet meer dat ze moeten plassen, anderen begrijpen het signaal niet of weten niet hoe te reageren. Daarnaast vergeten ze vaak waar het toilet is of hoe ze daar moeten komen. Dit vraagt om praktische, op maat gemaakte oplossingen om hun kwaliteit van leven te verbeteren. Gea Willems is continëntieverpleegkundige met dit aandachtsgebied.

Gea Willems: 'Bij ouderen met dementie komt incontinentie vaak voor omdat het brein de blaas niet goed meer aanstuurt. Ze herkennen de signalen van hun lichaam niet meer, waardoor ze niet weten dat ze naar het toilet moeten. Soms weten ze het wel, maar kunnen ze niet meer op tijd reageren of het toilet vinden. Daarnaast kunnen andere gezondheidsproblemen, zoals hartfalen of een beroerte, ook bijdragen aan urineverlies. Dit maakt de zorg voor deze groep extra uitdagend.'

PRAKTISCHE HULPMIDDELEN

'Gelukkig zijn er hulpmiddelen die kunnen helpen om het leven van ouderen met incontinentie en dementie iets makkelijker te maken. Zo kunnen simpele aanpassingen in hun omgeving al veel doen. Denk aan het plaatsen van duidelijke pictogrammen bij het toilet, zodat ouderen het makkelijker kunnen vinden. Een afbeelding van een wc-pot op de deur is vaak effectiever dan een bordje met alleen het woord 'WC'. Als continëntieverpleegkundige richt ik me op het maken van een overzichtelijke en toegankelijke omgeving. Voor mannen met dementie kan bijvoorbeeld een urinoir in de kamer een oplossing zijn. Dit is misschien minder geschikt in een huishouden met een partner, maar het voorkomt dat iemand in een hoekje van de kamer gaat plassen omdat hij het toilet niet kan vinden. Zulke praktische hulpmiddelen kunnen veel problemen voorkomen.'

AANPASSINGEN

'Kleuren en inrichting van ruimtes spelen ook een belangrijke rol. Ouderen met dementie kunnen moeite hebben met het herkennen van het toilet. Een gekleurde wc-bril of pot, bijvoorbeeld zwart, kan een herkenningspunt zijn, omdat ze dit gewend zijn uit hun jeugd. Het gebruik van verkeerde kleuren kan daarentegen verwarring veroorzaken. Bijvoorbeeld een donkere tegelvloer kan eruitzien als een gat, waardoor ouderen bang zijn om eroverheen te lopen. Daarnaast is goede verlichting essentieel, vooral 's nachts. Automatische lampen die aangaan zodra iemand opstaat, zijn een uitkomst. Dit voorkomt ongelukken en vergroot de zelfstandigheid van ouderen, omdat ze makkelijker hun weg kunnen vinden naar het toilet zonder hulp. Kleding die makkelijk aan en uit kan, zoals joggingbroeken, is ook van groot belang. Veel ouderen met dementie vinden het lastig om ingewikkelde kleding los te maken, wat kan leiden tot ongelukjes. Comfortabele en praktische kleding geeft ouderen meer controle en vergroot hun gevoel van eigenwaarde.'

ABSORBERENDE BROEKJES

'Voor ouderen met dementie die nog enigszins zelfstandig naar het toilet kunnen, zijn absorberende broekjes een goede oplossing. Deze broekjes zien eruit als normaal ondergoed en voelen vertrouwd aan. Ouderen kunnen ze zelf aan- en uittrekken, waardoor ze minder afhankelijk zijn van verzorgers. Dit vermindert ook de kans dat absorberend materiaal wordt weggegooid of in de wc wordt gegooid, wat vaak gebeurt door het beperkte leervermogen van mensen met dementie.'

SPECIFIEKE UITDAGINGEN BIJ MANNEN EN VROUWEN

Willems: 'Mannen en vrouwen gaan vaak verschillend om met incontinentie. Mannen met dementie proberen soms controle te houden door hun penis uit het absorberende materiaal te halen of erin te knijpen. Dit doen ze vaak zonder erbij na te denken, maar het kan leiden tot natte bedden en frustratie, zowel voor henzelf als voor de zorgverleners. Bij vrouwen speelt vaak iets anders. Ze willen liever geen hulp en drinken daarom minder om toiletbezoek te vermijden. Dit kan echter zorgen voor uitdroging en problemen met de blaas, waardoor de situatie alleen maar slechter wordt. Deze voorbeelden laten zien hoe belangrijk het is om goed te kijken naar wat elke persoon nodig heeft en hier met aandacht op in te spelen.'

NAAR EEN BETERE TOEKOMST

'Met de groei van de groep ouderen met dementie zal de vraag naar oplossingen voor incontinentie toenemen. Investeren in scholing, voorlichting en innovatieve hulpmiddelen is essentieel om de kwaliteit van leven van deze kwetsbare groep te verbeteren. Door praktische aanpassingen, begrip en een mensgerichte benadering kan de zorg voor mensen met dementie aanzienlijk verbeteren. De zorg draait niet alleen om fysieke hulp, maar ook om het respecteren van waardigheid en eigenwaarde. Elke kleine verbetering maakt een groot verschil in het dagelijks leven van mensen met dementie.'



Gea Willems

CLIËNTENRADEN, OUDERENZORG, EIGEN REGIE EN BEKKENBODEM-PROBLEMATIEK: WAAROM HET ALLEMAAL SAMENHANGT

In de zorg draait het om meer dan medische behandelingen alleen. Voor ouderen gaat goede zorg ook over kwaliteit van leven, zelfstandigheid en eigen regie. Cliëntenraden spelen hierin een belangrijke rol. Zij zorgen ervoor dat de stem van bewoners en cliënten gehoord wordt. Dit is belangrijk, want goede zorg moet niet alleen effectief zijn, maar ook aansluiten bij de wensen en behoeften van de mensen die het betreft. Lena Hillenga is bestuurslid van de Stichting bekkenbodem4All. Ze is loopbaancoach, en begeleidt mensen met kanker op hun levensloopreis. Vanuit haar bedrijf coacht ze cliëntenraden in diverse instellingen, zoals verpleeghuizen voor mensen met dementie of fysieke beperkingen.



Lena Hillenga

WAT DOET EEN CLIËNTENRAAD?

Lena Hillenga: 'Een cliëntenraad in de zorg is een groep mensen (vrijwilligers) die de belangen van cliënten of patiënten vertegenwoordigt. Ze werken binnen een zorginstelling, zoals een ziekenhuis, eerstelijnsorganisatie, verpleeghuis, GGZ-instelling of thuiszorgorganisatie. De cliëntenraad bestaat uit cliënten zelf of mensen die hen vertegenwoordigen,

zoals familieleden. Ze zorgen ervoor dat de zorginstelling rekening houdt met de wensen en behoeften van de mensen die daar zorg krijgen. Ze kunnen adviezen geven over allerlei onderwerpen, van grote beleidsplannen tot praktische zaken. Dit kan gaan over hoe toegankelijk een gebouw is, of hoe informatie wordt gegeven aan cliënten. Alle cliënten, mantelzorgers, familieleden, vrijwilligers en andere betrokkenen zijn welkom om lid te worden van een cliëntenraad. Hun doel is om ervoor te zorgen dat de zorg niet alleen professioneel is, maar ook mensgericht blijft.'

EIGEN REGIE IN OUDERENZORG

'Ouderen hechten veel waarde aan zelfstandigheid, ook als ze zorg nodig hebben. Dit wordt "eigen regie" genoemd: zelf kunnen beslissen over zaken die je leven beïnvloeden. In zorginstellingen is dat niet altijd makkelijk. Denk bijvoorbeeld aan mensen met dementie. Zij willen vaak nog zoveel mogelijk zelf doen, maar hebben wel duidelijke ondersteuning nodig. Dit kan heel praktisch zijn, zoals ervoor zorgen dat een toilet goed herkenbaar is, of ervoor zorgen dat mensen zelf kunnen kiezen wat ze willen eten. Cliëntenraden kunnen erop wijzen hoe belangrijk het is dat ouderen die eigen regie behouden, en dat zorgverleners hier ruimte voor maken. Het gaat om kleine keuzes die een groot verschil maken in het gevoel van vrijheid en waardigheid.'

DE LINK MET BEKKENBODEMPROBLEMATIEK

'Een onderwerp dat vaak minder besproken wordt, maar van groot belang is, is bekkenbodemproblematiek. Die omvat klachten zoals urine- of ontlastingsincontinentie, hetgeen vooral voorkomt bij ouderen. Het is een probleem dat hun leven sterk kan beïnvloeden: het kan hen onzeker maken, hun mobiliteit beperken en zelfs sociale isolatie veroorzaken. Toch rust er een groot taboe op dit onderwerp. Veel ouderen

Samen zorgen voor een goede basis

Het levensverhaal

Elke cliënt is gevormd door het leven. De beste zorg kan worden verleend als iedereen het levensverhaal kent. Familie en zorgpersoneel.



Het is belangrijk dat ieder de rol pakt die hem of haar past. Laat weten wie welke rol heeft, en waarvoor aangesproken kan worden. Bijvoorbeeld: wie zorgt voor de financiën? En wie beantwoordt medische vragen?

Voor zorgvragen is er altijd een eerste aanspreekpunt.

Indien nodig zorgt hij of zij dat er een andere zorgprofessional bij betrokken wordt.



Vragen, klachten of een complimentje? Laat het weten.



Als naaste ken jij de cliënt het beste. Help bij het vertellen van het levensverhaal.



Iedereen heeft iets te bieden. Wat draagt u bij aan het huishouden?



De basis: wederkerigheid, waardering, en vertrouwen!



Spreek verwachtingen uit.



Neem ruimte voor een persoonlijk gesprek of aandacht. Vertel als er iets moois gebeurd is.



Wil je iets weten over de cliënt of van de naasten? Vraag om informatie.

 Samen Zeggenschap hoe bereik je dat?

vinden het moeilijk om hierover te praten, zelfs met hun eigen zorgverleners. Cliëntenraden kunnen een belangrijke rol spelen door dit soort problemen bespreekbaar te maken en te zorgen dat er aandacht komt voor praktische oplossingen. Denk aan betere voorzieningen, zoals toegankelijke toiletten of moderne hulpmiddelen die discreet zijn en mensen helpen zich zekerder te voelen.'

WAT KUNNEN WE DOEN?

'Om goede zorg te bieden aan ouderen, moeten zorginstellingen meer doen dan medische problemen behandelen. Ze moeten ook oog hebben voor hoe ouderen hun leven willen leiden. Cliëntenraden kunnen hierbij helpen door signalen van bewoners en cliënten op te vangen en door te geven aan de organisatie.

Voor bekkenbodempromblematiek betekent dit bijvoorbeeld:

- Voorlichting geven: Ouderen en hun families informeren over wat bekkenbodempromblematiek is en welke oplossingen er zijn.
- Voorzieningen verbeteren: Zorgen dat toiletten goed bereikbaar zijn, ook voor mensen met beperkingen.
- Taboes doorbreken: Het gesprek aangaan, zodat mensen weten dat ze niet de enige zijn en dat er hulp is.'

SAMEN WERKEN AAN EEN BETERE TOEKOMST

Lena Hillenga: 'Cliëntenraden, zorgverleners en beleidsmakers moeten samenwerken om de ouderenzorg te verbeteren. Eigen regie, kwaliteit van leven en aandacht voor thema's zoals bekkenbodempromblematiek zijn hierin onmisbaar. Door meer openheid te creëren en praktische oplossingen te vinden, kunnen we ervoor zorgen dat ouderen zich veilig, gehoord en gesteund voelen in elke fase van hun leven.'

VERANDERINGEN IN HET ZORGLANDSCHAP VOOR OUDEREN

Lisanne Knol is geregistreerd MSc bekkenfysiotherapeut. Ze is lid van de NVFB (Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie) en is daarnaast in opleiding voor geriatriefysiotherapeut. Ze werkt voor Cordaan, dat is de grootste zorginstelling van Amsterdam in de afdeling 'wijkverpleging'. Ze behandelt mensen die zorg aan huis krijgen, en die groep bestaat voornamelijk uit kwetsbare ouderen die zorg aan huis krijgen. Ze is vanuit het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) en de NVFB betrokken bij de Richtlijn Kwetsbare Ouderen van de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland).



Lisanne Knol

RICHTLIJN INCONTINENTIE BIJ KWETSBARE OUDEREN

Lisanne Knol: 'Deze richtlijn is nog niet officieel gelanceerd. Hij zit in de implementatie fase. De richtlijn gaat over kwetsbare ouderen die thuis wonen. In deze richtlijn kijken we vooral wat we nog kunnen aanbieden aan de oudere mens met de nadruk op de kwaliteit van leven. Er is onder andere een uroloog, een verpleegkundig specialist urologie en een wijkverpleegkundige bij betrokken. Plus een medewerker van de Stichting Bekkenbodem4All, omdat we ervaringsdeskundige inbreng hoog in het vaandel hebben. Zij wist het stuk kwaliteit van leven heel goed te verwoorden.'

URINE- EN ONTLASTING INCONTINENTIE

'De richtlijn gaat zowel om urine- als ontlasting- en windjes incontinentie. Het laatste zorgt voor meer klachten, omdat

het geluid kan maken, maar ook kan ruiken. Dus verbandjes op zich zijn niet de enige oplossing. Het gaat met name over op welke manier we met elkaar kunnen samenwerken om de kwaliteit van leven voor de patiënt zo hoog mogelijk te maken. Dat kunnen we doen door het laagdrempelig inschakelen van elkaars expertise. In de praktijk betekent dit, dat met name de wijkverpleegkundige echt de ogen en de oren zijn in de wijk rondom de zorg van kwetsbare ouderen. Zij kent mensen vaak beter dan de huisarts, want ze komt er dagelijks. Ze heeft het vertrouwen en kan vragen stellen over zaken die een cliënt/patiënt niet zo snel met de huisarts of zelfs de kinderen zou bespreken. Want het is natuurlijk niet fijn om naar buiten te treden met klachten van incontinentie. Zo heeft de wijkverpleging daar een signalerende functie in.'

'Als ik kijk naar de ouderen dan zien we dat ieder zijn/haar eigen problematiek heeft, met totaal verschillende achtergronden. De overeenkomst is dat het gaat over thuiswonende ouderen, zowel alleenstaanden als samenwonenden, die allen een bepaalde mate van kwetsbaarheid hebben. Ze krijgen thuiszorg, dus dat betekent dat er zorg nodig is. Incontinentie is het probleem dat bij deze groep het meeste voorkomt, en dat is voor veel mensen een grote sociale beperking. Mensen gaan niet meer zo snel naar buiten of ontvangen nauwelijks nog bezoek. Daardoor is de belasting voor de mantelzorger, als die aanwezig is, nog best wel groot.'

PLANNING

'In de wijkverpleging valt veel te plannen, zoals het douchen, steunkousen aan of uit doen, je kunt plannen wanneer je medicatie geeft of een maaltijd opwarmt, maar je kan de toiletgang niet plannen. Dus zodra die toiletgang totaal ontregeld is, dan is wijkverpleging niet meer voldoende. Vooral in de nacht, dan moeten mensen eigenlijk naar de tweede lijn maar dat probeer je natuurlijk te voorkomen. We doen dit eigenlijk in samenspraak met iedereen: samen (hulpverleners en patiënten) kijken we wat er nodig is. Kan iemand het



toilet bereiken? Dus enerzijds kijken we functioneel: kan iemand opstaan uit de stoel en veilig naar de WC lopen zowel overdag als 's nachts? Hoe zit iemand op de WC? Is dat optimaal om goed uit te kunnen plassen? Is de handfunctie voldoende om bijvoorbeeld de broek naar beneden te doen of incontinentiemateriaal te verwisselen? Drinkt iemand voldoende? Anderzijds moet aan die randvoorwaarden worden voldaan om iemand zelfstandig, met hulp, thuis te kunnen laten wonen.'

BEKKENFYSIOTHERAPEUT

'Natuurlijk speelt de bekkenbodem spierfunctie een grote rol hierin, net zoals de leefstijl van iemand. Het is dus belangrijk dat iemand in staat is om de uitleg over deze zaken te begrijpen. De nachtrust vind ik ook belangrijk. Ik merk dat de ouder wordende mens die af en toe een beetje urine verliest dat minder erg vindt dan wanneer ze echt in hun bed gaan plassen. Dat is vooral een probleem als je minder mobiel bent, want hoe verschoon je dat bed midden in de nacht? Dat kan echt een nachtmerrie worden.

Ik had laatst een man onder behandeling die me vertelde dat hij 36 uur op de vloer van zijn badkamer had gelegen omdat hij het licht niet kon vinden en over een matje was uitgegleden. Zijn rollator stond nog naast zijn bed: ook dat soort problemen kunnen dus voorkomen.

Veel mensen gaan ervan uit dat op hogere leeftijd bekkenfysiotherapie geen zin meer heeft. Ook dan is de bekkenbodemspierfunctie nog heel goed te trainen. Dat taboe wil ik graag doorbreken. Ouderen kunnen goed leren wat de drempel is, hoe ze moeten aanspannen of juist ontspannen. Het doel is om je urine goed op te kunnen houden om veilig op het toilet te komen. En als je dan op het toilet zit in staat bent om je bekkenbodemspieren dusdanig goed te kunnen ontspannen dat je goed leeg kunt plassen.'

ZITTEND PLASSEN

'Een tijdlang gaven we mannen het advies om zittend te gaan plassen. Maar de praktijk leert dat als mannen altijd gewend zijn om staand te plassen dat dit voor hen een meer ontspannen positie is en dat het plassen beter verloopt. Ik vraag het soms: probeer het eens uit, en kijk zelf wat beter voelt, staand of zittend. Wanneer plas je beter uit? Maar de meeste mannen geven als antwoord: ik heb het mijn hele leven staand gedaan, als ik dan ineens ga zitten voelt dat gek.

Wat bij de oudere man dan toch een rol gaat spelen is: kan hij wel veilig staan? Als je twee handen nodig hebt om in balans te blijven kun je beter gaan zitten, want één hand is nodig om te kunnen richten. We kijken ook naar de thuissituatie van de mensen. Want als een man bijvoorbeeld enorm 'knoeit' kunnen we de partner of thuiszorg niet opzadelen met de dagelijkse schoonmaakklussen van het toilet. We horen wel eens dat een vrouw een man dan dwingt om zittend te plassen omdat ze geen zin meer heeft om steeds maar te moeten dweilen.'

VERANDERINGEN IN HET ZORGLANDSCHAP

'De herziening van de richtlijn van 2010 betreft de verandering in het zorglandschap. Het aandachtsgebied ligt bij de vitale thuiswonende ouderen naar de ouderen die zorg behoeven. De richtlijn bevindt zich nog in de implementatiefase, dus er kan nog het een en ander veranderen. Daarom ben ik een beetje voorzichtig met uitspraken daarover. De grootste verandering met de oude richtlijn is met name dat er qua bekkenfysiotherapie en in het zorglandschap heel veel veranderd is sinds die tijd. Vooral wat zelfstandig blijven wonen betreft. In 2010 was er nog geen sprake van dat alle mensen zo lang mogelijk thuis zouden blijven wonen. Dus veel mensen die tegenwoordig nog, met thuiszorg, thuis wonen, zouden in 2010 verpleeghuispatiënten geweest zijn. Dat betekent gewoon dat er veel meer zorglast ligt bij de thuiszorg. En daar is een tekort aan mensen. In de herziene richtlijn staan de aandachtspunten, samen met een aantal concrete voorstellen om die aandachtsgebieden ook vorm te geven.

Een verandering is het actief vragen naar iemands continentie problematiek. Enerzijds is dat een taak van de wijkverpleging omdat ze er zo dichtbij staan. Natuurlijk valt hen zelf al op hoe de situatie is: je komt binnen en je ruikt iets of je ziet een natte vlek op de kleding of op de stoel. Dan kan de verpleegkundige daar direct vragen over stellen om de situatie in kaart te brengen zodat er ook snel hulp ingeschakeld kan worden. Natuurlijk is dan een geregistreerd bekkenfysiotherapeut een van de opties. We vragen dus actief want als een proces nog niet zo ver gevorderd is, bijvoorbeeld bij een beetje incontinentie, dan is het vaak nog goed behandelbaar. En zo voorkom je dat het een groot probleem wordt met een enorme impact op de kwaliteit van leven.'

VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE TOT VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST UROLOGIE CONTINENTIE STOMA (UCS)

Van wijkverpleegkundige tot gespecialiseerd Urologie Continentie Stoma (UCS) verpleegkundige. Evelien Maas-Martens begon haar carrière als wijkverpleegkundige, maar enkele jaren geleden besloot ze mee te lopen met de UCS-verpleegkundige (gespecialiseerd verpleegkundigen in complexe zorg). Dit gaf haar een kijkje in een veelzijdige baan: niet alleen zorg verlenen, maar ook diepere problemen achter de voordeur onderzoeken en met verschillende interventies verhelpen. Eind 2020 maakte ze de overstap naar UCS-verpleegkundige en in 2022 rondde zij haar opleiding af. Sindsdien is het team UCS-verpleegkundigen bij TWB, Thuiszorg West Brabant, flink uitgebreid.

‘Er zijn nu drie nieuwe collega’s,’ vertelt Maas-Martens enthousiast. ‘Eén van hen is al opgeleid tot continëntieverpleegkundige, en twee anderen zijn net begonnen met de opleiding. Onze expertise is steeds meer nodig, met name in onze eigen zorgteams bij TWB, maar ook in de verpleeghuizen en organisaties in de gehandicaptenzorg in West Brabant komen we regelmatig.’

HUISBEZOeken

Als continëntieverpleegkundige doet Maas-Martens huisbezoeken bij mensen met incontinentieproblemen. ‘Deze zorg is erg belangrijk. Huisartsen verwijzen ook steeds vaker naar ons door. Wat deze specialisatie bijzonder maakt, is dat je verder kijkt dan alleen fysieke zorg. Je behandelt ook de mentale impact die incontinentie kan hebben. Incontinentie heeft invloed op het hele lichaam en de psyche. Het oplossen van deze problemen maakt mijn werk dynamisch en waardevol.’

HERZIENING RICHTLIJN

Incontinentie, vooral bij ouderen, is een veelvoorkomend probleem dat vaak onderbelicht blijft. Onlangs is een richtlijn ‘Continentie bij kwetsbare ouderen voor verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten’ herzien. Deze richtlijn biedt duidelijke stappen om cliënten met fecale en/of urine-incontinentie te helpen. Met deze richtlijn kunnen we beter signaleren en praktische oplossingen vinden,’ legt Maas-Martens uit. Het document biedt zorgverleners handvatten om oorzaken van incontinentie te achterhalen. Denk aan stressincontinentie of problemen met de bekkenbodem. De richtlijn stimuleert zorgverleners ook om samen te werken met andere specialisten, zoals fysiotherapeuten of huisartsen, voor een bredere aanpak.’

TOOLS VOOR ZORGVERLENERS

Om de richtlijn toegankelijker te maken, worden er tools ontwikkeld. Maas-Martens: ‘Zorgverleners hebben vaak geen tijd om uitgebreide teksten door te nemen. Daarom komen er praktische hulpmiddelen, zoals een beknopte samenvatting op één A4’tje en duidelijke stappenplannen. Daarnaast worden digitale hulpmiddelen ingezet, zoals een app waarin zorgverleners snel richtlijnen kunnen raadplegen. Dit maakt het makkelijker om de juiste stappen te zetten tijdens huisbezoeken.’

TABOES DOORBREKEN

Maas-Martens benadrukt dat incontinentie nog steeds een taboe is. ‘Veel mensen praten er niet over uit schaamte. Maar het heeft een grote impact op hun dagelijks leven. Zorgverleners moeten het onderwerp bespreekbaar maken.’ Ze ziet vaak dat mensen denken dat incontinentie ‘erbij hoort’ als je ouder wordt. ‘Dat is niet zo. Er is altijd een oorzaak. Soms is er een simpele oplossing, zoals bekkenfysiotherapie of het aanpassen van eet- en drinkgewoonten. Ook mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg voor mensen met incontinentie. Zij helpen vaak met praktische zaken, zoals het wassen van kleding en beddengoed. Maar mantelzorgers hebben zelf ook ondersteuning nodig. Het is belangrijk dat zij hun verhaal kwijt kunnen en praktische tips krijgen.’

DE TOEKOMST: SAMENWERKEN EN SCHOLING

Maas-Martens ziet een grote rol weggelegd voor wijkverpleegkundigen en de wijkteams in de toekomst. ‘Zij zijn vaak de eersten die problemen signaleren. Daarom is het essentieel dat ze goed geschoold zijn. Bijvoorbeeld in het stellen van de juiste vragen, zoals: Hoe vaak gaat u naar het toilet? Ervaart u pijn? Waarom draagt u een inleggers? Hoe beïnvloedt het uw leven? De scholing moet praktisch zijn. We hebben geen lange theoretische teksten nodig, maar duidelijke tools die we direct kunnen gebruiken in de praktijk. Samenwerking met huisartsen, fysiotherapeuten en andere specialisten is ook essentieel. Continentie problemen behandelen vraagt om een breed netwerk. Samen zorgen we ervoor dat cliënten weer regie over hun leven krijgen.’

WAARDEVOL

‘Daarmee is mijn werk als UCS-verpleegkundige een waardevolle bijdrage aan de kwaliteit van leven van ouderen. Door taboes te doorbreken, mantelzorgers te ondersteunen en praktische oplossingen te bieden, kan de zorg voor deze kwetsbare groep mensen verder verbeteren. En met de nieuwe tools die nu ontwikkeld worden, wordt het werk voor zorgverleners niet alleen eenvoudiger, maar ook effectiever.’



Evelien Maas-Martens

Medtronic

Continue controle geeft vertrouwen

Sacrale neuromodulatie (SNM):

voor de behandeling van ontlastingsverlies, overactieve blaas (OAB), urge-incontinentie of aandrangincontinentie en urineretentie.

- Sacrale neuromodulatie (SNM) met het InterStim™-systeem van Medtronic biedt inmiddels verlichting aan >400.000 patiënten wereldwijd.
- De werkzaamheid van SNM kan eerst worden getest (proefbehandeling).



InterStim™ X- en Microneurostimulator



SNM-expertisecentra

- SNM voor blaas- en darmcontrole
- SNM voor blaascontrole
- SNM voor darmcontrole

www.pvvn.nl
www.bekkenbodem4all.nl



Scan QR-code voor
patiëntenervaringen

UC202009792cNL © 2024 Medtronic. Alle rechten voorbehouden.

Welkom in de wondere wereld van de onverklaarde vrouwenklachten!

Mirjam Kaijer, journalist, columnist en oud-verpleegkundige, schrijft op treffende en authentieke wijze over haar zoektocht naar een diagnose; over de bureaucratie, de hiaten in ons zorgsysteem, de korte consulten en de foute conclusies. Ze vertelt hoe jaren later een onverwachte diagnose - en een operatie in Amerika - haar uiteindelijk op het juiste pad brengt.

In dit boek gaat Mirjam op zoek naar het antwoord op de vraag hoe het komt dat er zoveel vrouwen met onbegrepen gezondheidsklachten rondlopen: klachten die afgedaan als de overgang, burn-out, fibromyalgie, het chronisch vermoeidheidssyndroom of gewoonweg met de conclusie:

HET ZIT TUSSEN JE OREN

Hoe kan het bestaan dat ruim 75 procent van de patiënten met schildklierafwijkingen, reuma en andere auto-immuunziekten vrouw is en dat men nog altijd niet weet hoe dat komt? Het antwoord is schokkend!

Ik ben geen man! laat zien waarom legio vrouwen nog altijd in een medisch niemandsland dolen. Dit boek is een pleidooi voor persoonlijke geneeskunde en voor beter wetenschappelijk onderzoek naar man-vrouwverschillen in de zorg. Ik ben geen man! is een aanrader voor elke hulpverlener en een bemoedigend en inspirerend voorbeeld voor vrouwen die in onze gezondheidszorg zijn verdwaald: geef nooit op!



www.mirjamkaijer.nl



DE ZEKERHEID DIE IK NODIG HEB

het comfort dat ik verdien



TENA Discreet Protect+

- **Tot wel 12 uur een droog gevoel:** speciaal gemaakt om het verlies van grotere hoeveelheden snel op te vangen en vast te houden.
- **Ook 's nachts maximale zekerheid en comfort:** de extra lange, aan de achterzijde bredere Discreet Protect+ nightproducten bieden je superieure bescherming bij een liggende houding en dragen zo bij aan een ontspannen nachtrust.



TENA deelt graag praktische informatie:
scan de QR voor tips en advies over leven
met incontinentie.

www.TENA.nl