

Thuiswonende ouderen hebben behoefte aan kennis over incontinentie

Een kwalitatief onderzoek

Rolien van der Heijden

Master Geriatric Physical Therapy, Avans plus, Zwolle 2014



Begeleider: Drs. M.P.E. Gijssel

Beoordelingscommissie: Dr. L.B. Oude Nijhuis en M. Barendrecht MPTS

1. Geef hier aan welke type artikel je volgens de American Physical Therapy Journal hebt geschreven: **Qualitative studies**
2. De thesis voldoet WEL 100% aan de gevolgde PTJ-richtlijn voor het betreffende type artikel.
3. Indien de thesis niet 100% aan de gevolgde richtlijn voldoet, geef hieronder aan met welke hoofddocent en projectleider van Avans⁺ dit is afgestemd en goedgekeurd: **Dit is niet van toepassing.**

Naam hoofddocent: <invullen> handtekening

Naam projectleider: <invullen> handtekening

Datum van goedkeuring: <invullen>

4. Aantal woorden artikel (inleiding t/m conclusie): 3988

5. Indien van toepassing: **Dit is niet van toepassing**

NWMO verklaring METC JA/ NEE nummer

WMO verklaring METC JA/NEE nummer

6. De thesis is op waarheid gecontroleerd en goedgekeurd door de externe opdrachtgever (indien aanwezig) **Dit is niet van toepassing**

Naam externe opdrachtgever: <invullen> Handtekening. Datum van goedkeuring: <invullen>

7. Geef het volgende aan:

Versie en datum thesis: 31 Juli 2018 definitieve versie

Aantal woorden van Nederlands Abstract: 275

Engels abstract: 272

Inleiding: 761

Methode: 655

Resultaten: 1224

Discussie: 1193

Conclusie: 155

Aantal tabellen: 3

Aantal figuren: 1

Aantal extra Bijlagen: 2

1 **Thuiswonende ouderen hebben behoefte aan kennis over incontinentie.** Een
2 kwalitatief onderzoek.

3

4 **Samenvatting**

5 Achtergrond: Een kwart van de thuiswonende ouderen (TO) is incontinent, dit heeft
6 vaak meerdere oorzaken. Incontinentie heeft grote impact op het functioneren van
7 TO en is een verborgen probleem. Voor TO is weinig informatie beschikbaar over
8 gevolgen van verouderen op het functioneren van de bekkenbodemp. De zorg rondom
9 incontinentie kost veel tijd en geld.

10 Doelstelling: Onderzoeken of TO behoefte hebben aan kennis over de gevolgen van
11 verouderen op het functioneren van de bekkenbodemp en welke kennis aanwezig is.

12 Design: Een kwalitatief onderzoek bestaande uit een Delphi-onderzoek, enquête en
13 interviews.

14 Methode: Gestart is met Delphi-onderzoek (zes experts). De uitkomst hiervan diende
15 als basis voor de enquête, uitgezet onder 635 TO in een dorp. Vervolgens zijn
16 semigestructureerde interviews afgenomen. Er zijn geen in- of exclusiecriteria.

17 Resultaten: De uitkomst van het Delphi-onderzoek leidde tot informatie waarover TO
18 zouden moeten beschikken. 164 enquêtes zijn geretourneerd, zeven interviews zijn
19 afgenomen. 35% van de respondenten geeft aan behoefte aan informatie te hebben,
20 95% is op de hoogte van de invloed van voeding en 93% zegt hulp te zoeken bij
21 bekkenbodemp Problemen. Medicatie, verminderde cognitie en toegenomen valrisico,
22 respectievelijk 17, 11 en 7 %, zijn minder bekend, deze worden door TO niet in
23 verband gebracht met incontinentieproblemen.

24 Beperkingen: De enquête is niet landelijk uitgezet.

25 Conclusie: Deze studie toont aan dat informatie die TO behoeven, naast kennis die
26 aanwezig is, zoals voeding en hulp zoeken, aangevuld moet worden met
27 onderwerpen die TO niet associëren met bekkenbodemp Problemen, nl. invloed van
28 medicatie, afnemende cognitie en toegenomen valrisico. Dit inzicht kan leiden tot
29 meer gerichte informatie en effectievere ondersteuning en zorg. Dit zal de kosten van
30 de gezondheidszorg verminderen en de kwaliteit van leven voor TO verbeteren.

31

32 **Abstract**

33 Background. A quarter of the elderly who live independently at home (TO) are
34 incontinent. This hidden problem has significant impact on daily life and has multiple
35 causes. Little patient-targeted information is available on the consequences of
36 ageing on the functioning of the pelvic floor muscles. Treating symptoms associated
37 with incontinence is costly and time-consuming.

38 Objective: Determine whether TO wish to have more information on the
39 consequences of ageing on the pelvic floor, and assess which knowledge is present.

40 Design: A qualitative study consisting of a Delphi-study, survey and interviews.

41 Methodology: Results from a Delphi study with 6 experts informed a survey, which
42 was distributed among 635 TO in a village. This was followed up with semi-structured
43 interviews. No inclusion or exclusion criteria were applied.

44 Results: The Delphi study identified the knowledge that TO should ideally have. 164
45 surveys were returned, seven interviews were carried out. In 35% of the returns,
46 interest in increased knowledge was identified, in 95% the role of nutrition
47 acknowledged, and 93% request for support for pelvic floor related complaints.

48 Respondents did not associate medication, reduced cognitive skills and abilities, nor

49 increased risk of falling (17, 11 and 7%, respectively) with pelvic floor related
50 symptoms.

51 Limitations: The survey was not distributed nationwide.

52 Conclusion: Sufficient knowledge and awareness is present among TO regarding
53 the role of nutrition and available support for pelvic floor problems. In contrast, it
54 appears that increasing knowledge about significance of medication, and role of
55 reduced cognitive skills and abilities for incontinence could be beneficial. Thus,
56 dissemination of information can be targeted, and may enhance cost effective health
57 care and increase the quality of life for TO.

58

59 **Inleiding**

60 Incontinentie komt veel voor bij ouderen: bij thuiswonende ouderen (TO) is bijna een
61 kwart incontinent voor urine en bij ouderen die thuiszorg ontvangen is dat meer dan
62 de helft. Door de dubbele vergrijzing van de bevolking zal het aantal ouderen dat
63 incontinent is toenemen.^{1,2} De International Continence Society (ICS) beschrijft
64 incontinentie als elk verlies van urine, feces en/of flatus dat tot hygiënische, sociale
65 en/of emotionele problemen leidt.³ Incontinentie is een gevolg van een probleem in
66 het bekkenbodengebied en heeft bij ouderen vaak meerdere oorzaken zoals
67 sarcopenie, leefstijl, voeding, vochtinname en medicatie. Dit probleem neemt toe
68 wanneer mobiliteit, functies van de organen en cognitie door ouderdom afnemen.⁴
69 Incontinentie heeft behoorlijke consequenties voor het functioneren van de oudere,
70 de familie en de zorgverlener, zowel fysiek, mentaal als sociaal.^{3,5} Ondanks het feit
71 dat bekend is dat bijna een kwart van de TO last hebben van incontinentie, is het een
72 verborgen probleem en wordt het lang niet altijd genoemd als hulpvraag. Het is

73 mogelijk dat de oudere zich schaamt voor de incontinentie, het ontkent, of denkt dat
74 het inherent is aan ouder worden en dat er niets aan te doen is.^{3,5,6}

75

76 Zorgbehoevende ouderen zijn vaak kwetsbaar. Kwetsbaarheid wordt niet alleen
77 geassocieerd met beperkte lichamelijke activiteit, mobiliteit en uithoudingsvermogen,
78 maar ook met slechte balans, verminderde spierkracht, reactiesnelheid, cognitie en
79 voedingstoestand.^{1,7} Daarnaast is bij deze groep veelal sprake van comorbiditeiten
80 en polyfarmacie. Dit alles kan problemen zoals (functionele) incontinentie met zich
81 meebrengen.^{2,7} Door incontinentie-problemen is de kans op vallen en dien ten
82 gevolge opname in een instelling verhoogd.⁸ Bij kwetsbare ouderen is de zorg voor
83 incontinentie vaak onder de maat, doordat (mantel)zorgverleners (te) weinig kennis
84 op dit gebied hebben.^{5,9}

85

86 Omdat incontinentie niet levensbedreigend is, ligt de focus van de behandeling hier
87 niet op.^{5,9} Dat is jammer, want de economische impact van
88 bekkenbodemproblematiek is groot: meer dan de helft van de handelingen van de
89 zorg kan gerelateerd zijn aan incontinentie-zorg. In 2016 is € 141 miljoen vergoed
90 aan incontinentiematerialen.^{10,11} Daarmee is het de groep met de grootste uitgaven
91 binnen de extramurale hulpmiddelenzorg.^{12,13} In de multidisciplinaire richtlijn urine-
92 incontinentie bij kwetsbare ouderen wordt de bekkenfysiotherapeut (BFT) wel, maar
93 de geriatriefysiotherapeut (GFT) niet genoemd, terwijl incontinentie veel voorkomt bij
94 cliënten die door de GFT behandeld worden.¹ Bij de helft van de ouderen met
95 incontinentieklachten die thuiszorg ontvangt is geen diagnose gesteld aangaande het
96 soort incontinentie. Dat is opvallend, omdat bekend is dat, wanneer de juiste
97 diagnose gesteld is, een behandeling of adequatere omgang met de klachten

98 effectief kan zijn.^{14,15} Als een diagnose gesteld is levert de apotheek indien nodig
99 incontinentiemateriaal. De apotheker bepaalt welke oplossing voor de cliënt het
100 meest geschikt is, afhankelijk van de 'hinder'.¹⁶

101

102 In 2015 is door de invoering van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning
103 (WMO) veel veranderd op het gebied van de ouderenzorg. Zelfmanagement wordt
104 gestimuleerd.¹⁷ Om succesvol te zijn op dit gebied is het van belang dat
105 gezondheidsinformatie begrepen, beoordeeld en gebruikt kan worden. Hierdoor kan
106 men beter omgaan met beperkingen in het dagelijks leven.¹⁸ Omdat
107 bekkenbodemp Problemen veel voorkomen, zou juist kennis over de veranderingen in
108 het bekkenbodengebied, als gevolg van het ouder worden, kunnen bijdragen aan
109 het voorkomen, verminderen of oplossen van problemen.¹⁹ Dit onderstreept het
110 belang dat ouderen over deze kennis zouden moeten kunnen beschikken. Echter,
111 dan moet deze informatie wel beschikbaar zijn. Wanneer ouderen op internet zoeken
112 staan websites van leveranciers van incontinentiemateriaal bovenaan. Bij verder
113 zoeken komt informatie over de verschillende soorten incontinentie naar voren, maar
114 deze is specifiek voor hulpverleners geschreven en niet voor de doelgroep, de
115 ouderen zelf.²⁰ Het is onbekend wat de TO in Nederland weten van incontinentie.
116 In het uitgebreide bestand patiëntenfolders van het Nederlands
117 Huisartsengenootschap (NHG), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor
118 Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie
119 (NVFB) is geen folder te vinden over het onderwerp 'Ouderen en Incontinentie'.^{21,22}

120

121 Gezien de kosten en de afwezigheid van duidelijk herkenbaar informatiemateriaal, is
122 het, voor het verder uitwerken van verzorgingsstrategieën, van belang te weten of

123 informatievoorziening een onderwerp is waar aandacht aan besteed moet worden. In
124 dit onderzoek zal specifiek de vraag “In hoeverre bestaat bij de TO behoefte aan
125 informatie over veranderingen die ontstaan door het verouderen van het
126 bekkenbodembied en de gevolgen daarvan?” worden beantwoord. De volgende
127 deelvragen zijn opgesteld; ‘welke kennis hebben de TO idealiter nodig om adequaat
128 om te kunnen gaan met verouderingsproblemen van de bekkenbodem’, ‘welke
129 kennis is aanwezig bij de TO over de gevolgen van het ouder worden op het
130 functioneren van de bekkenbodem’, ‘wat denken de TO te bereiken indien zij
131 beschikken over meer informatie’ en ‘via welke kanalen, in welke vorm willen de TO
132 deze informatie tot zich nemen?’

133

134 **Methode**

135 **Design**

136 Dit studiedesign bestaat uit een Delphi-onderzoek, een enquête en interviews. Dit
137 onderzoek is niet-toetsingsplichtig bevonden voor de wet medisch-wetenschappelijk
138 onderzoek (WMO) door de interne commissie van Avans+. Om de kwaliteit te
139 waarborgen is zoveel mogelijk de Standard for Reporting Qualitative Research
140 (SRQR) aangehouden.²³ De enquête is uitgezet onder thuiswonenden van minimaal
141 65 jaar woonachtig in dorpskernen in Overijssel. Er zijn geen in- en exclusiecriteria
142 gebruikt om de doelpopulatie zo representatief mogelijk in beeld te brengen.

143

144 **Procedure**

145 Het doel van het onderzoek is om te peilen of behoefte bestaat aan informatie over
146 de gevolgen van ouder worden op het functioneren van de bekkenbodem. Om te
147 peilen of deze behoefte bestaat is het uitzetten van een anonieme enquête een

148 beproefde methode. In aansluiting hierop is interviewen een goede mogelijkheid om
149 inzichten en ervaringen van de deelnemers te horen. Zij kunnen hun antwoorden
150 toelichten en verdiepen.²⁴ Om te onderzoeken over welke kennis ouderen moeten
151 beschikken om zo goed mogelijk om te kunnen gaan met de veranderingen als
152 gevolg van het ouder worden is een Delphi-onderzoek m.b.v. experts de
153 aangewezen methode.^{25(p61)}
154 Dit onderzoek bestaat uit drie fases; 1) Delphi-onderzoek, 2) enquête, 3) interviews.

155

156 [Het Delphi-onderzoek](#)

157 In het Delphi-onderzoek wordt een expertpanel gevraagd welke informatie, over de
158 gevolgen van het ouder worden op het functioneren van de bekkenbodemp, voor de
159 TO nodig zou zijn. Het panel bestaat uit zes mensen samengesteld uit verschillende
160 disciplines; een docent van de master-opleiding bekkenfysiotherapie (MBFT) en
161 tevens ex-bestuurslid van de beroepsvereniging NVFB, een BFT, een GFT, een
162 huisarts en zijn praktijkondersteuner, een medewerker van de apotheek en een
163 thuiszorgmedewerker uit de regio.

164 Op basis van de informatie uit het Delphi onderzoek is een lijst met onderwerpen
165 opgesteld waaruit de enquête is vormgegeven^{25(p165)}. De vormgegeven enquête is
166 voorgelegd aan de peerreviewer en collegae. Vijf ouderen hebben deze als proef
167 ingevuld. De relevante opmerkingen zijn verwerkt en daarna is de enquête aan de
168 experts voorgelegd en werd consensus bereikt.

169 [De Enquête](#)

170 De enquête (635 stuks) is schriftelijk verspreid onder de doelgroep in een tijdsbestek
171 van 4 weken: een deel (155 stuks) is via ouderensportverenigingen, handwerkclub,
172 koren en de fysiotherapiepraktijk verspreid en een deel (480) via de nieuwsbrief van

173 de ouderenbonden. De doelgroep was: TO van 65 jaar en ouder en zelfstandig
174 wonend in de voormalige gemeente Heino. De deelname was vrijwillig. Aan het einde
175 van de vragenlijst konden de deelnemers aangeven of ze mee wilden werken aan
176 een interview.

177 De Interviews

178 De interviews waren semigestructureerd aan de hand van de ingevulde vragenlijsten
179 en opgenomen met een dictafoon. Daarna zijn ze woordelijk uitgeschreven. De
180 uitwerkingen van de interviews zijn voorgelegd aan de respondenten voor een
181 membercheck^{26(p185)}. Na het bereiken van saturatie in twee opeenvolgende
182 interviews, is gestopt met interviewen.^{26(p65)}

183

184 Analyse

185 De transcripten van de interviews zijn geanonimiseerd en per onderwerp
186 samengevoegd in Excel. Daarna volgde de analyse van de data middels coderen
187 aan de hand van kernwoorden. Dit was een cyclisch proces; data verzamelen en
188 analyseren wisselden elkaar af. Per interview werd dit proces doorlopen. In eerste
189 instantie was de code 'open', alles was even waardevol, later is axiaal gecodeerd.
190 Wat bij elkaar hoorde is geïntegreerd rond een centrale categorie. Hiermee nam het
191 aantal codes af en kwam orde en structuur. Uiteindelijk was de codering selectief:
192 codes zijn geordend, gegroepeerd, verbanden zijn gelegd en patronen herkend door
193 de onderzoeker.^{26(p110)} Om de kwaliteit te bewaken doorliep een tweede reviewer
194 hetzelfde proces. Bij verschillende interpretaties van de data is overlegd tot
195 consensus werd bereikt.^{26(p158)}

196 Geldigheid van het antwoord op de onderzoeksvraag is verkregen door gebruik te
197 maken van triangulatie. Dit betekent dat verschillende databronnen geraadpleegd
198 zijn, nl. literatuur, expertpanel en ouderen en meerdere methodes zijn gebruikt, nl.
199 vragenlijsten en semigestructureerd interviews.^{25(p244)} Deze zijn met elkaar
200 vergeleken: hoe meer overeenkomst, des te groter de geldigheid van de data.
201 Probleemstelling, waarneming en analyse zijn in overeenstemming met elkaar
202 uitgewerkt.^{25(p75)} De gegevens zijn geïnterpreteerd en verbanden zijn gelegd op
203 grond van de resultaten van het Delphi-onderzoek, de enquête en de interviews.

204

205 **Resultaten**

206 In totaal hebben 4 rondes in het Delphi-onderzoek plaatsgevonden, zijn 635
207 enquêtes uitgezet en zijn 7 interviews afgenomen.

208

209 **Resultaten Delphi-onderzoek**

210 De experts zijn van mening dat ouderen over kennis moeten beschikken van de
211 prevalentie van incontinentie, de functie van de bekkenbodem, de algemene
212 veranderingen in de bekkenbodem als gevolg van het verouderen en dat deze
213 problemen niet bij het verouderen horen. Ouderen moeten, indien nodig, hulp kunnen
214 inschakelen. De experts vinden het belangrijk dat het taboe rondom
215 bekkenbodemp Problemen wordt doorbroken. Ouderen moeten over
216 gezondheidsvaardigheden beschikken om informatie te kunnen zoeken, vinden,
217 begrijpen en toepassen. De hulpverlening dient informatie te delen, toegespitst op de
218 cliënt en uit te leggen wat de positieve effecten zijn van de mogelijke aanpak,
219 waardoor de ervaren last minder wordt.

220 Bij ouderen moet de invloed van voeding en drinken, cognitie, valrisico, het gebruik
221 van genotsmiddelen, comorbiditeiten en medicatie op bekkenbodemp Problemen
222 bekend zijn. Dit geldt eveneens voor het gebruik en mogelijke vergoeding van
223 incontinentiemateriaal. Het is belangrijk dat ouderen hun fysieke functies behouden
224 en waar mogelijk verbeteren door actief te zijn en te blijven. Ouderen dienen over
225 kennis van het juiste toiletgedrag beschikken. Een goede multidisciplinaire
226 samenwerking is vereist rondom (incontinentie)zorg van de cliënt.

227 De uitkomst van het Delphi-onderzoek is een lijst met onderwerpen, die als basis
228 diende voor de enquête. Hierover is volledige consensus bereikt. De enquête
229 bestond uit gesloten, halfopen en open vragen en 16 stellingen om de kennis van de
230 verschillende domeinen te peilen.^{27(p201)} Zij bijlage 1 voor de Uitkomst Delphi-
231 onderzoek Ouderen en Incontinentie.

232

233 Resultaten Enquête

234 Van de 635 uitgezette enquêtes zijn in totaal 164 geretourneerd (26%). Van de 155
235 persoonlijk uitgedeelde enquêtes zijn 110 ingeleverd, (71%) en van de 480, uitgezet
236 via de nieuwsbrieven van de ouderenbonden, 54 (11%).

237 De karakteristieken van de respondenten waren: 66 mannen en 98 vrouwen in de
238 leeftijd van 65 tot 95 jaar. Het opleidingsniveau varieerde van lager voortgezet -
239 (n=55), middelbaar voortgezet - (n=47), hoger voortgezet - (n=44) tot universitair
240 onderwijs (n=12).²⁸ Veertig van de respondenten (24%) gaven aan incontinent te zijn,
241 12 mannen en 28 vrouwen. Van de groep met incontinentie heeft bijna iedereen
242 aangegeven comorbiditeiten te hebben waarvoor medicatie wordt gebruikt, op 2 na.
243 Van de 164 respondenten hadden 118 (72%) één of meer comorbiditeiten. In tabel 1
244 ziet u de karakteristieken van de respondenten.

245

246 **< Hier te plaatsen tabel 1 voor de karakteristieken van alle deelnemers >**

247

248 Op de vraag of behoefte bestaat aan informatie over de invloed van verouderen op
249 de bekkenbodem heeft 35 % van de respondenten positief geantwoord. Op de vraag
250 of kennis hiervan aanwezig is zegt 37% ja. De stellingen zijn geformuleerd om het
251 kennisniveau van de respondenten te achterhalen. De ouderen konden aangeven of
252 ze het met de stelling eens of oneens waren, of geen mening hadden. De
253 belangrijkste uitkomsten van de stellingen zijn weergegeven in aflopende
254 percentages om duidelijk te maken wat de ouderen weten over deze onderwerpen.
255 Met de stelling 'goede voeding, met voldoende vezels, is belangrijk voor een goede
256 stoelgang', is 95 % van de respondenten het eens. Met 'als je last krijgt van
257 incontinentie kan je naar de huisarts gaan', is 93% het eens. De stelling 'Je kan er
258 niets aan doen om incontinentie te verminderen', is 64% het oneens. 'Incontinentie
259 hoort bij de leeftijd, komt alleen voor bij ouderen', hierop zegt 62% oneens. 61% is
260 het oneens met de volgende stelling: 'Je kan er niets aan doen om incontinentie te
261 voorkomen'. Met de stelling 'Als je minder drinkt, hoeft je ook minder vaak naar het
262 toilet', is 31 % het eens. 18% is het oneens met de stelling 'Door
263 bekkenbodemp Problemen ga je de deur niet meer uit'. Met de stelling 'Als het
264 geheugen minder wordt nemen de bekkenbodemplachten toe', is 17% het eens. 11%
265 is het eens met de stelling 'Meer medicijngebruik verergert incontinentie-klachten'.
266 De stelling 'Als je last hebt van incontinentie is het risico om te vallen groter', is door
267 7% met eens beantwoord. Zie voor de complete uitwerking van de stellingen tabel 2.

268

269 **< Hier te plaatsen tabel 2 voor uitwerking stellingen >**

270

271 De vraag wat TO kunnen bereiken indien zij beschikken over informatie is in
272 enquêtes als volgt gesteld: Denkt u dat meer informatie over het functioneren van de
273 bekkenbodem leidt tot minder problemen? 68% beaamde dit. Vervolgens kon uit
274 meerdere opties gekozen worden. De reacties waren o.a. dat 40% preventief
275 maatregelen wil nemen en 39% zegt dat het bijdraagt aan de verbetering van de
276 kwaliteit van leven. In de interviews wordt dit bevestigd. Op de vraag op welke
277 manier ouderen de informatie willen ontvangen, waren meerdere antwoorden
278 mogelijk: van 'geen belangstelling' 29%, 'thema-avonden' 12%, 'digitaal' 26%,
279 'schriftelijk' 16% tot 'persoonlijk' 23%.

280

281 Resultaten interviews

282 Bijna één derde (n= 54) van de respondenten gaf aan mee te willen werken aan een
283 interview. Hiervan zijn drie mensen benaderd voor een proef-interview. De structuur
284 van de opzet van de interviews is na de proefinterviews niet fundamenteel gewijzigd.
285 Daarna zijn de deelnemers at random gekozen door hun namen blind te laten
286 trekken door een collega. Na zeven interviews was saturatie bereikt. Twee van de
287 zeven geïnterviewden hebben bekkenbodemp Problemen en zes van de zeven hebben
288 comorbiditeiten waarvoor medicatie wordt gebruikt. Twee geïnterviewden waren
289 lager opgeleid, twee middelbaar en drie hoger opgeleid.²⁸ Zie tabel 1 voor de
290 karakteristieken van alle deelnemers.

291 Op de vraag of kennis aanwezig is, is door de geïnterviewden verschillend
292 geantwoord van: '*geen kennis en geen klachten*', '*proces dat bij ouder worden hoort*',
293 '*niet in verdiept*', tot '*kennis door aandoening*'. Het belang van kennis wordt door de
294 zes van de zeven benadrukt: "*Ik denk dat dat zeker op deze leeftijd van nut kan zijn.*"

295 Eén persoon zegt: *“Ik heb er op het moment geen behoefte aan.”* Taboe was een
296 belangrijk onderwerp van de gesprekken die gevoerd zijn. Ouderen geven aan niet
297 met elkaar over bekkenbodemp Problemen te praten, maar geven wel antwoorden op
298 vragen van de interviewer hierover.

299 Een voorbeeld van hoe de codering verlopen is als volgt: als antwoord op de vraag
300 naar behoefte aan informatie, is bijvoorbeeld gezegd: *“ja, dat kan bijdragen aan hoe
301 je met klachten kan omgaan.”* Dit leidde via omgaan met klachten naar het begrip
302 coping. Dat begrip kan samengevoegd worden met gezondheidsvaardigheden en
303 leefstijl tot de eindcodering zelfmanagement. Een ander voorbeeld is een reactie op
304 de stelling dat je door incontinentie de deur niet meer uit gaat: *“Je gaat je
305 afzonderen. Je raakt een heleboel van de buitenwereld, vrienden en kennissen, kwijt
306 op die manier.”* Dit leidde via afzonderen, naar sociaal isolement en sociale context.
307 De eindcodering van de enquêtes en de interviews komt grotendeels overeen met de
308 lijst met onderwerpen uit het Delphi-onderzoek. Echter, uit de interviews kwamen
309 twee codes naar voren die niet uit het Delphi-onderzoek zijn gekomen, nl.
310 communiceren en emotie. Uit de gesprekken kwam naar voren dat het belangrijk is
311 dat er gepraat wordt. Hoe men wil communiceren is heel verschillend; ‘wel met de
312 huisarts of partner’, maar ook; ‘niet met de huisarts of partner’ en ‘wel met vrienden,
313 of juist niet’. Eén geïnterviewde gaf aan dat ze de informatie graag eerder had willen
314 hebben. Ze vond het ‘jammer, spijtig, dat het nu te laat was om er iets aan te doen.’
315 Zie tabel 3 voor een uitwerking van de codering van de interviews.

316

317 **< Hier te plaatsen tabel 3 Codes Interviews Ouderen en Incontinentie >**

318

319 **< Hier te plaatsen figuur 1 Onderzoek Ouderen en Incontinentie in een plaatje >**

320

321 **Discussie**

322 Een aantal zaken is bekend bij ouderen op het gebied van bekkenbodemp Problemen,
323 vooral op het gebied van de invloed van voeding en hulp zoeken. Er is een grote
324 overlap in de domeinen die door de experts en de ouderen worden aangegeven.
325 Afwijkend is dat experts denken dat ouderen niet gemakkelijk een arts consulteren bij
326 problemen. Uit dit onderzoek blijkt echter dat ouderen dit wel weten en aangeven dat
327 te doen, indien zij dat nodig vinden. Mogelijk komt dit verschil doordat de
328 onderzoeker in de enquête en de interviews de oudere dit rechtstreeks gevraagd
329 heeft. Dit is een onverwacht inzicht en belangrijke informatie voor de hulpverlener.
330 De experts zeggen dat een taboe rust op het onderwerp incontinentie en dat wordt
331 door de geïnterviewden bevestigd. Als voor ouderen hier een drempel ligt, kan het
332 heel goed mogelijk zijn dat dat ook voor hulpverleners geldt. Naar de impact van
333 bekkenbodemp Problemen op het sociaal functioneren is gevraagd in de enquête. De
334 respondenten geven aan dat ze die niet als groot ervaren, maar in de interviews
335 wordt dit als een belangrijke beperking genoemd. Dat komt ook uit het Delphi
336 onderzoek en de literatuur.^{3,5} Mogelijk bestaat een verschil tussen 'schrijven en
337 spreken'.²⁹ Dit bevestigt het belang van het afnemen van interviews in aansluiting op
338 een enquête. In de interviews kon het onderwerp vrijuit besproken worden, omdat de
339 sfeer goed was. Kennis van de invloed van voeding is bij ouderen wel aanwezig,
340 maar van drinken (vocht) niet: minder dan een derde is hiervan op de hoogte. Minder
341 dan de helft van de ouderen brengt genotsmiddelen (koffie, alcohol en roken) in
342 verband met bekkenbodemp Problemen. Nog minder weet wat de invloed van
343 medicatie, verminderde cognitie en valrisico op deze problemen is, terwijl uit de

344 literatuur bekend is dat dat grote invloed heeft.^{2,4,7} Bij deze laatste drie categorieën is
345 het opvallend dat de mogelijkheid 'geen mening' hier door velen is gebruikt namelijk
346 door respectievelijk 59%, 47 % en 45 % van de respondenten. In de interviews is
347 hiernaar gevraagd: waarom vult u 'geen mening' in? De geïnterviewden zeiden dat
348 ze daarmee bedoelden dat ze het antwoord niet wisten. Dit zijn relevante en
349 vernieuwende inzichten.

350

351 De kracht van dit onderzoek is dat de ouderen zelf zijn benaderd. Dit onderzoek
352 heeft nieuwe inzichten opgeleverd. Op het gebied van informatievoorziening zegt
353 35% behoefte te hebben aan informatie en die is op dit moment (nog) niet voor
354 handen zoals reeds gemeld in de inleiding. Bij het opstellen van de enquête is
355 gebruik gemaakt van het expertpanel, collegae en een aantal ouderen (vijf) om
356 onduidelijkheden zoveel mogelijk te beperken. Het onderzoek is groots opgezet
357 onder TO in dorpskernen in Overijssel, maar niet landelijk verspreid. De respons was
358 meer dan een kwart. Dat is zeer geslaagd voor een enquête.³⁰ De steekproef was
359 deels representatief: De respondenten zijn wel te vergelijken met de landelijke
360 gemiddelden op het gebied van incontinentie en comorbiditeiten, maar niet qua
361 opleidingsniveau.³¹ Hierdoor zijn uitkomsten niet geheel te generaliseren naar de
362 landelijk groep TO. Reacties van twee respondenten in de enquête waren dat de
363 vraagstelling van de enquête niet altijd even duidelijk was en dat sommige stellingen
364 verwarrend zijn en niet scherp genoeg geformuleerd. Een mogelijk antwoord bij de
365 stellingen was 'geen mening'. Dit had misschien vervangen kunnen worden door
366 'weet niet' of 'geen ervaring mee'. Het invulpercentage van de enquête is hoog. Het
367 is niet duidelijk waarom antwoorden soms niet gegeven zijn. Bij een aantal enquêtes
368 lijkt een patroon te herkennen: een hele pagina is niet ingevuld. Is deze over het

369 hoofd gezien, was de vraag niet duidelijk of heeft men geen zin meer om de enquête
370 in te vullen? Eén deelnemer gaf aan de vragenlijst een beetje snel te hebben
371 ingevuld, zoals hij wel vaker deed. Dat maakt het trekken van conclusies uit
372 enquêtes zwakker en geldt mogelijk voor andere studies die werken met enquêtes.³²
373 Dat onderstreept het belang van een hoog percentage respondenten. De manier van
374 uitdelen van de enquêtes had invloed op de respons. Persoonlijk uitgedeelde
375 enquêtes werden beter ingeleverd, nl. 71%. Meerwaarde van de zeven interviews is
376 dat de geïnterviewde de antwoorden kon toelichten en verdiepen. Saturatie was
377 bereikt na dit aantal, maar dit kan komen door de manier waarop de interviews zijn
378 afgenomen, nl. semigestructureerd aan de hand van de uitkomsten van de enquête.
379 Dit aantal is mogelijk anders bij een geheel open vorm van interviewen.

380

381 Volgens de literatuur is een kwart van de TO incontinent en heeft 71 %
382 comorbiditeiten, dat blijkt ook uit deze studie.¹ De TO hebben weinig kennis op het
383 gebied van medicatie, vallen en cognitie in relatie met incontinentieproblemen. De
384 experts vinden het belangrijk dat ouderen hierover geïnformeerd zijn, maar uit de
385 literatuur blijkt dit bij een enkel onderzoek.⁵ Veelal wordt gesproken van belang van
386 kennis van de hulpverlener.⁸ Tijdens de voorbereidende literatuurstudie zijn geen
387 studies of onderzoeken gevonden die bij ouderen onderzocht hebben of behoefte
388 bestaat aan informatie over bekkenbodemp Problemen en over welke kennis ze
389 beschikken.

390

391 De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor beleidsmakers en hulpverleners.
392 De hulpverleners kunnen de uitkomsten van dit onderzoek toepassen door in iedere
393 intake bewust naar bekkenbodemp Problemen te vragen en de ouderen te vragen wat

394 ze hierover zelf al weten of denken te weten. Dan kan de hulpverlener deze
395 informatie aanvullen waar nodig en beschikt de oudere over de juiste informatie.
396 Hierdoor is de oudere in staat om samen met de hulpverlening de juiste keuze te
397 kunnen maken om de bekkenbodemp Problemen te voorkomen of de last ervan te
398 verminderen. Het is zinvol om in de loop van de begeleiding aandacht hieraan te
399 (blijven) besteden. Het is nl. bekend dat preventie van bekkenbodemp Problemen heel
400 belangrijk is.^{33, 34} Indien de hulpverlening specifiek vraagt naar deze problemen,
401 hebben zij aandacht voor dit, mogelijk verborgen, probleem. Als een probleem
402 bespreekbaar is, is het taboe minder groot. Voelen ouderen zich gehoord, dan
403 kunnen zij (re)ageren en bestaat de mogelijkheid adequate begeleiding te starten.
404 Daarmee kan een aanzet gegeven worden voor een mogelijke aanpak en dus
405 verbetering van de kwaliteit van leven. Voor de GFT is het van belang aandacht te
406 hebben voor bekkenbodemp Problemen. Immers meer dan een kwart van hun
407 doelgroep heeft hier mee te maken/kampen. De GFT kan de cliënt (preventief)
408 informeren over de mogelijkheden problemen te voorkomen en te verminderen en
409 kan de cliënt eraan herinneren dat bekkenbodemp Problemen te allen tijde besproken
410 kunnen worden. Geeft de oudere aan nú geen klachten te hebben dan kan op tijd
411 gestart worden met preventie. Zijn er wel problemen dan kan multidisciplinaire
412 samenwerking ingezet worden. Voor de BFT geldt dat het belangrijk is dat hij/zij
413 aandacht heeft voor de algemene gevolgen van het verouderen van het lichaam op
414 het functioneren van de bekkenbodem. De relevantie voor de doelgroep, de
415 beleidsmakers en de maatschappij is dat belangrijke kostenbesparing mogelijk is op
416 gebied van hulpmiddelen en zorg. Als een verbetering van 65% te verwachten is,
417 dan is dat een belangrijk economisch voordeel.^{3,5,12,14,35}

418

419 Een aanbeveling voor een vervolgtraject is te onderzoeken of de problematiek
420 afneemt indien ouderen over de juiste informatie beschikken en of dit een verbetering
421 van de kwaliteit van leven en kostenbesparing oplevert. Dit kan middels een pilot
422 onderzocht worden. Is de pilot succesvol, dan kan een randomized controlled trial
423 (RCT), een longitudinaal onderzoek opgezet worden.

424

425 **Conclusie**

426 Deze studie toont aan dat bij 35 % van de TO behoefte bestaat aan informatie over
427 de invloed van verouderen op de bekkenbodemp. Bovendien toont deze studie aan
428 dat de informatie die TO heeft naast de kennis die al aanwezig is, zoals invloed
429 van voeding en hulp zoeken, aangevuld moet met onderwerpen die TO niet
430 associëren met bekkenbodemp, nl. de invloed van medicatie, afnemende
431 cognitie en toegenomen valrisico. Dit inzicht kan leiden tot meer gerichte
432 verspreiding van informatie en effectievere ondersteuning en zorg. Dit zal de kosten
433 van de gezondheidszorg verminderen en de kwaliteit van leven voor TO verbeteren.
434 De TO geven aan dat informatie belangrijk is om preventief maatregelen te kunnen
435 nemen en dat het een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van
436 leven. De TO willen de informatie op diverse manieren tot zich nemen, zowel digitaal,
437 persoonlijk, schriftelijk of via thema-avonden. Zie bijlage 2 voor de
438 patiënteninformatie 'Ouderen en Incontinentie'.

439

440 **< Hier te plaatsen patiënteninformatie 'Ouderen en Incontinentie' >**

441

442 Dankwoord

443 Ik wil op deze plaats de interne begeleider van de opleiding bedanken, mijn
444 peerreviewer, mijn collega voor de begeleiding, mijn dochter voor het vele typewerk,
445 mijn vriendinnen voor het correctiewerk en het meedenken, mijn partner, gezin,
446 familie, vrienden, werkgever en studiegenoten voor de onmisbare steun de afgelopen
447 4 jaar.

448

449 Bronnenlijst

- 450 1. Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging. Richtlijn Urine-
451 incontinentie bij kwetsbare ouderen. 2010;(September):146.
- 452 2. Vilans. Kennisbundel Incontinentie voor docenten Zorg & Welzijn. 2012:24.
- 453 3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological
454 Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the
455 terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5-
456 26. doi:10.1007/s00192-009-0976-9
- 457 4. Lagro-Janssen T, Teunissen D. Urine-incontinentie op oudere leeftijd. *Huisarts*
458 *Wet.* 2009;52(13):674-678. doi:10.1007/BF03085838
- 459 5. Du Moulin MFMT. *Urinary Incontinence in Primary Care.* Maastricht; 2008.
460 [http://www.nefemed.nl/cms/files/2014-](http://www.nefemed.nl/cms/files/2014-12/urinary_incontinence_in_primary_care.pdf)
461 [12/urinary_incontinence_in_primary_care.pdf.](http://www.nefemed.nl/cms/files/2014-12/urinary_incontinence_in_primary_care.pdf)
- 462 6. Elenskaia K, Haidvogel K, Heidinger C, Doerfler D, Umek W, Hanzal E. The
463 greatest taboo: Urinary incontinence as a source of shame and
464 embarrassment. *Wien Klin Wochenschr.* 2011;123(19-20):607-610.
465 doi:10.1007/s00508-011-0013-0

- 466 7. Du Moulin MFMT, Hamers JPH, Ambergen AW. Prevalence of Urinary
467 Incontinence Among Community-Dwelling Adults Receiving Home Care. *Res*
468 *Nurs Health*. 2008.
- 469 8. Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is
470 associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother*.
471 2009;55(2):89-95. doi:10.1016/S0004-9514(09)70038-8
- 472 9. Verkaik R, Crijns M, Mulder H. incontinentie bij kwetsbare ouderen '.
473 2012;(3):59-62.
- 474 10. Cijfers incontinentie. Zorg voor beter.
475 <https://www.zorgvoorbeter.nl/incontinentie/cijfers-incontinentie>.
- 476 11. Holwerda B, Hagen M, Hooijkaas C, et al. GI Peilingen. *zorginstituut Ned*. 2018.
- 477 12. Geneesmiddelen. *zorginstituut Ned*. 2018. <https://www.gipdatabank.nl/actueel>.
- 478 13. Nederland Z. infoPagina @ www.gipdatabank.nl.
479 <https://www.gipdatabank.nl/infoPagina.asp?naam=01-actueel>.
- 480 14. MFM DM, JPH H, AW A, et al. Urinary incontinence in older adults receiving
481 home care diagnosis and strategies. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(2):222-230.
482 doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00610.x
- 483 15. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, et al. Urinary Incontinence. EAU.
484 <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>. Published 2017.
- 485 16. Achmea licht vergoeding incontinentiemateriaal toe.
486 [http://nieuws.achmea.nl/nl/achmea-licht-vergoeding-incontinentiemateriaal-toe-](http://nieuws.achmea.nl/nl/achmea-licht-vergoeding-incontinentiemateriaal-toe-update/)
487 [update/](http://nieuws.achmea.nl/nl/achmea-licht-vergoeding-incontinentiemateriaal-toe-update/). Published 2012.
- 488 17. Engels J. Wat is zelfredzaamheid bij ouderen?
489 <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zelfredzaamheid-wat-is-het.html>.
490 Published 2017.

- 491 18. Heijmans M, Waverijn G. Gezondheidsvaardigheden van chronische zieken
492 belangrijk voor zelfmanagement. 2014.
- 493 19. Sustersic M, Gauchet A, Foote A, Bosson J-L. How best to use and evaluatie
494 Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of
495 literature reviews. 2016.
- 496 20. Beter zorg voor. Continentie-Praktijk-Wat-is-het @ www.zorgvoorbeter.nl.
497 <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Continentie-Praktijk-Wat-is-het.html>.
- 498 21. Urineincontinentie K. incontinentie @ www.defysiotherapeut.com.
499 [https://www.defysiotherapeut.com/aandoeningen-en-](https://www.defysiotherapeut.com/aandoeningen-en-klachten/incontinentie.html)
500 [klachten/incontinentie.html](https://www.defysiotherapeut.com/aandoeningen-en-klachten/incontinentie.html).
- 501 22. NHG-Patiëntenfolders. Nederlandse huisartsen genootschap.
502 <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-patientenfolders-0>. Published
503 2018.
- 504 23. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook D. Standars of Reporting
505 Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med*.
506 2014;89(9).
- 507 24. Interviews&enquêtes. Rijksuniversiteit Groningen.
508 [https://www.rug.nl/education/scholierenacademie/studieondersteuning/profielw](https://www.rug.nl/education/scholierenacademie/studieondersteuning/profielwerkstuk/onderzoeken-analyseren/interviews-enquetes)
509 [erkstuk/onderzoeken-analyseren/interviews-enquetes](https://www.rug.nl/education/scholierenacademie/studieondersteuning/profielwerkstuk/onderzoeken-analyseren/interviews-enquetes).
- 510 25. Baarda B, Bakker E, Fischer T. *Basis Boek Kwalitatief Onderzoek*. 3rd ed.
511 Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten; 2013.
- 512 26. Boeije H. *Analyseren in Kwalitatief Onderzoek. Denken En Doen*. Boom lemma
513 uitgevers; 2014.
- 514 27. Baarda B, Bakker E, van der Hulst M, et al. *Basisboek Methoden En*
515 *Technieken*. 3e druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

- 516 Groningen/Houten
- 517 28. Opleidingsniveau. CBS. <https://www.cbs.nl/nl->
- 518 [nl/nieuws/2013/40/onderwijsniveau-bevolking-gestegen](https://www.cbs.nl/nl-nieuws/2013/40/onderwijsniveau-bevolking-gestegen). Published 2013.
- 519 29. Hoftijzer M, Korte P. *Enquêtes Opstellen*. Noordhoff Uitgevers; 2013.
- 520 30. De vier criteria voor representatief onderzoek. Onderzoekstool.
- 521 <https://onderzoekstool.nl/kennis/representatief-onderzoek>. Published 2018.
- 522 31. Opleiding. [volksgezondheidszorg.info](https://www.volksgezondheidszorg.info).
- 523 [https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-](https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/opleiding#node-opleidingsniveau-naar-leeftijd)
- 524 [status/cijfers-context/opleiding#node-opleidingsniveau-naar-leeftijd](https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/opleiding#node-opleidingsniveau-naar-leeftijd). Published
- 525 2018.
- 526 32. Etchegaray JM, Fischer W. Survey research: be careful where you step ...
- 527 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464842/>.
- 528 33. Hobbelen JSM, Van De Kamp IAL, Hofman L, et al. Beroepsprofiel
- 529 Geriatriefysiotherapeut. *K Ned Genoot Fysiother*. 2015;July:47.
- 530 <http://www.nvfgnet.nl/beroepsprofiel-geriatrie-fysiotherapie-juli-2015.pdf>.
- 531 34. Sievert K, Amend B, Toomey P, et al. Can we prevent incontinence? ICI-RS
- 532 2011. 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419382>.
- 533 35. Engberg S, Sereika S. Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training for Urinary
- 534 Incontinence: Comparison Within and Between Nonhomebound and
- 535 Homebound Older Adults. 2016.
- 536 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27163683>.

537

538

539

540

Karakteristieken	Enquête	Interview
Respondenten aantal	N = 164	N = 7
Man: Vrouw	65: 98	2: 5
Aantal per Leeftijdscategorie	1: 65-75 jaar n = 81 2: 76-85 jaar n = 71 3: 86-95 jaar n = 10	1: 65-75 jaar n = 4 2: 76-85 jaar n = 3
Opleidingsniveau	Laag: n = 56 Middelbaar: n = 47 Hoog: n = 56 Overig en n.v.t: n = 1 Geen data: n = 3	Laag: n = 2 Middelbaar: n = 2 Hoog: n = 3
Incontinent	Ja: n = 40 M: V = 12: 28	Ja: n = 2 M: V = 1: 1
	Nee: n = 117	Nee: n = 5 M: v = 1: 4
	Geen data: n = 4	
Comorbiditeiten:	Ja: n = 118: 1: n = 52 2: n = 31 3: n = 21 > 3: n = 8	Ja: n = 6 1: n = 1, 2: n = 4 3: n = 1
	Nee: n = 42	Nee: n = 1
Behoeftte aan informatie Man: vrouw Opleidingsniveau	Ja: n = 58 M: V = 19: 39 Geen data: n = 8 Laag: n = 21 Middelbaar: n = 15 Hoog: n = 20 Geen data: n = 2	Ja: n = 4 M: V = 1: 3 Laag: n = 2 Middelbaar: n = 2 Hoog: n = 3
	Nee: n = 98 M: V = 43: 55 Laag: n = 31 Middelbaar: n = 31 Hoog: n = 33 Overig: n = 1 Geen data: n = 1	Nee: n = 3 M: V = 1: 2

545 **Tabel 2: Uitkomst Stellingen: Kennisniveau Ouderen ‘Ouderen en Incontinentie’**

Domeinen Delphi uitgewerkt in Stellingen.	Eens %	Oneens %	Geen mening %	Geen data %
Kennis prevalentie: Incontinentie hoort bij de leeftijd, komt alleen voor bij ouderen.	16	62	18	4
Bewegen, actief zijn: Als je voldoende actief bent, heb je minder kans op bekkenbodemp Problemen.	42	20	28	10
Valrisico: Als je last hebt van incontinentie is het risico om te vallen groter.	7	43	45	4
Cognitie: Als het geheugen minder wordt nemen de bekkenbodempklachten toe.	17	32	47	5
Kennis aandoening/functioneren bekkenbodemp: Eenmaal incontinent, altijd incontinent.	8	58	28	5
Kennis aandoening/functioneren bekkenbodemp: Je kan er niets aan doen om incontinentie te verminderen.	13	64	17	6
Sociaal isolement/ sociale context: Door bekkenbodemp Problemen ga je de deur niet meer uit.	18	62	16	4
Eten en drinken, vochtinname: Als je minder drinkt, hoeft je ook minder vaak naar het toilet.	58	31	7	3
Genotsmiddelen: Alcohol en koffie hebben geen invloed op de incontinentie.	27	38	31	4
Genotsmiddelen: Roken heeft invloed op de darmen.	43	10	40	7
Eten en drinken, vezelinname: Goede voeding, met voldoende vezels, is belangrijk voor een goede stoelgang.	95	0	3	2
Huisarts/Hulp zoeken, zelfmanagement: Als je last krijgt van incontinentie kan je naar de huisarts gaan.	93	2	2	3
Medicatie: Meer medicijngebruik verergert incontinentieklachten.	11	24	59	6
Materiaal: Het maakt niet uit welk opvangmateriaal gebruikt wordt voor urineverlies- of ontlastingsverlies.	8	54	35	2
Vergoeding: Incontinentiemateriaal wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar.	13	46	36	4
Preventie: Je kan er niets aan doen om incontinentie te voorkomen.	19	61	18	2

546 *Legenda: Geel gearceerd: de correcte uitkomst*

547 **Of te wel: Kennisniveau Ouderen ‘Ouderen en Incontinentie’ van hoog naar laag**

Domeinen (Delphi) en uitkomsten kennis Ouderen	Percentages %
1. Eten en drinken, vezelinname	95
2. Huisarts/hulp zoeken	93
3. Kennis van aandoening/functioneren BB: Reductie klachten	64
4. Prevalentie	62
5. Preventie	61
6. Kennis van aandoening/functioneren BB: Herstel klachten	58
7. Materiaal	54

8. Vergoeding	46
9. Genotsmiddelen Roken	43
10. Actief zijn, bewegen	42
11. Genotsmiddelen alcohol en koffie	38
12. Drinken (vochtinname)	31
13. Sociaal isolement/sociale context	18
14. Cognitie	17
15. Medicatie	11
16. Valrisico	7

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568 **Tabel 3: Codes Interviews ‘Ouderen en Incontinentie’**

Open codes	Axiale codes	Selectieve codes
Het kan mij ook overkomen Kan wel zoeken Niet in verdiept Informatie vinden Wanneer er klachten komen Zelfhulp zoeken Initiatief nemen Digitaal Boeken en folders Bibliotheek Schriftelijk, om na te kunnen lezen Specialist Huisarts persoonlijk advies	Gezondheidsvaardig -heden (Informatie zoeken, vinden, ontvangen)	Zelfmanagement
Bewegen, actief zijn Bewegen is goed voor alles Actief zijn is tegenwoordig belangrijk Heeft mogelijk invloed op uitstellen of schade beperken	Leefstijl	
Uitstelgedrag bij beginnende problemen	Ziekteperceptie, coping	
Omgaan met klachten	Acceptatie	
Leeftijd Zelfvertrouwen Trekt zich er niets van aan	Persoonlijke factoren	
Bekkenbodemspieren	Functie bekkenbodem	
Het kan mij ook overkomen Verhelpen klachten	Behoefte aan kennis veroudering bekkenbodem	
Heeft met leeftijd te maken Komt voor op alle leeftijden Komt voor bij mannen en vrouwen Jong en oud Na bevalling Weet van problemen vanuit het werk in de zorg Weet van kennissen met klachten Is geen ziekte, meer een ouderdomsklacht	Prevalentie	
Goed materiaal Goed verschonen	Kennis hygiëne	
Symptomen herkennen Afwachten	Kennis van Aandoening	
Behoefte aan kennis want nuttig Omgaan met klacht Ter preventie Verhelpen klachten Nu geen behoefte want geen klachten	Behoefte aan informatie	

<p>Geen drempel Weet niet waar anders naar toe Als de 1e stap is genomen is het makkelijker Als het te erg wordt POH/verpleegkundige Eerst zelf oplossen met maandverbandje Eerst afwachten Huisarts neemt je serieus Had ik eerder moeten doen Vrouwelijke huisarts praat makkelijker</p>	Huisarts	Hulpverlening
Uroloog	Specialist	
Apotheek	Apotheek	
<p>Hulpverlener Niet bekend met andere hulpverlening zoals bekkenthérapeut Bekkenthérapeut Bekkenbodenthérapeut</p>	Fysiotherapeut: Bekken, Geriatrie	
<p>Had ik eerder moeten doen Had deze kennis graag eerder gehad Had zeker iets gedaan met deze info</p>	Spijt, verdriet	Emotie
Nu te oud, niets meer aan te doen	Gelatenheid	
Dat ze je zien/ruiken	Schaamte	
<p>Wil niet incontinent worden Het in de broek te doen Voor ontdekking Geen toilet beschikbaar in openbare ruimte Langer onderweg zijn, reizen</p>	Angst	
Somber	Somber	
<p>Man vrouw verschil Niet in verdiept Eerst maandverband, later pas incontinentiemateriaal Zelf uitzoeken Advies apotheek Vroeger zelf gemaakt</p>	Incontinentie- materiaal	Materiaal
<p>Geen idee Er wordt veel ingediend bij de zorgverzekeraar, misschien dit ook Ja dit wordt vergoed Huisarts schrijft het voor</p>	Vergoeding	
Pessarrium	Hulpmiddel	
<p>Afzonderen van de buitenwereld Vereenzamen Vrienden kennissen kwijtraken Als jij niet meer naar mensen toegaat komen ze niet meer naar jou toe</p>	Eenzaamheid, vereenzamen Isolatie	Sociale context
<p>Kan er met iedereen over praten Wel met partner, niet met partner</p>	Communiceren	Communiceren

Niet makkelijk praten Alleen met vriendin Alleen met arts Alleen met vrouwelijk arts		
Niet makkelijk praten taboe Niet naar vragen niet over praten	Taboe	Taboe
Anderen er niet mee willen belasten Huisarts benaderen Erover praten	Drempel	
Positieve invloed bewegen Meer bewegen	Actief zijn	Bewegen/actief zijn
Positieve invloed bekkenbodemoefeningen Minder klachten door oefenen In de zwangerschap geoefend Niet oefenen → meer klachten	Bekkenbodemoefeningen	Trainen oefenen
Geen idee invloed alcohol Bier heeft een groot volume, dus dan wel meer plassen Niet goed voor je lichaam Minder controle over alles Meer plassen	Alcohol	Genotsmiddelen
Geen idee invloed koffie Koffie onttrekt vocht	Koffie	
Ik rook al jaren, geen idee of roken invloed heeft Roken is net als alcohol slecht Ik rook niet geen ervaring mee Ja heeft invloed op spijsvertering	Roken	
Goed eten belangrijk, vezelinname	Voeding	Eten en drinken
Vochtinname Belang doorspoelen Wat erin gaat, moet eruit Minder drinken, minder plassen Minder drinken bij uitgaan Minder drinken voor de nacht Geen idee Kans op uitdrogen	Drinken	
Voor jezelf en je directe omgeving	Omgeving	Kwaliteit van leven
Sociaal actief zijn Makkelijker uitgaan Durf je de deur weer uit te gaan Minder ongemakkelijk voelen Minder vereenzamen Preventie Acceptatie Invloed op nachtrust	Sociaal actief zijn	
Preventief oefenen voor operatie Voorkomen klachten Preventief oefenen Bewuster mee omgaan	Preventief oefenen	Preventie
Bewuster eten en drinken Alcohol inname bewuster	Eten en drinken Alcohol	

Het kan mij ook overkomen Weet niet of je er jong al aan moet denken	Behoeftte aan kennis preventie	
Vertragen klachten door te oefenen Uitstellen door oefenen Verminderen door oefenen	Kennis van preventie	
Geen kijk op Ik ken geen mensen met de ze klachten Geen idee	Geen relatie bekend	Cognitie
Mensen voelen zich onzeker Je moet nadenken bij plas ophouden Je vergeet je oefeningen	Wel relatie bekend	
Geen relatie met incontinentie Wel relatie met UI	Geen relatie bekend	Valrisico
Bij aandrang snel naar toilet willen Geen goed materiaal dan door lekken en gladde vloeren Snel opstaan dan duizelig Bij pijnklachten elders geen aandacht voor de blaas	Wel relatie bekend	
Geen idee relatie met medicatie	Geen idee relatie bekend	Medicatie
Wel relatie met medicatie, net als alcohol	Wel relatie bekend net als met alcohol	

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

Heeft de thuiswonende ouderen behoefte aan kennis/informatie over de gevolgen van het verouderen op het functioneren van de bekkenbodem?

