

# Zindelijkheid voor urine en ontlasting bij kinderen

## Regionale Transmurale Afspraak

### Doelstelling

Een eenduidig beleid in herkenning en aanpak, effectievere samenwerking tussen huisartsen, jeugdartsen en kinderartsen / urologen, en adequaat verwijzen bij problemen met zindelijkheid voor urine en faeces bij kinderen en jeugdigen.

### Zindelijkheidstraining bij kinderen

Het zindelijkheidsproces is ingewikkeld, maar meestal worden kinderen rond de 2,5 tot 3 jaar zindelijk voor zowel urine als ontlasting. Fysiologisch is onzindelijkheid (incontinentie) tot 5,5-jarige leeftijd normaal, maar in de praktijk lastig voor ouders: het kan veel onrust en logistiek ongemak geven, en ook problemen bij aanmelden voor het basisonderwijs.

Zowel de huisarts als jeugdarts krijgen primair de vragen van ouders over onzindelijkheid en obstipatie. Basale adviezen en leeftijdsgerichte aanpak kunnen vervolgens worden gegeven door POH-jeugd en JGZ, al dan niet in samenspraak met de gespecialiseerde verpleegkundigen van de GGD, die ook al vóór de leeftijd van 4 jaar kunnen worden ingeschakeld. De kinderen waarbij de basisadviezen zoals beschreven in bijlage 6 niet afdoende werken, worden verwezen naar de incontinentie-poli's in het ziekenhuis.

### Incontinentie voor urine bij kinderen

Urine-incontinentie bij kinderen is een frequent voorkomend probleem, al dan niet gecombineerd met comorbiditeit zoals (verdenking op) urineweginfecties en pijnlijk plassen. Een adequate behandeling op de kinderleeftijd kan maatschappelijke en medische problemen op lange termijn voorkomen.

Indien kinderen > 4 jaar nog urineverlies overdag hebben, spreekt men van incontinentie. Bij urineverlies 's nachts wordt gesproken van enuresis<sup>1</sup>.

### Beleid bij incontinentie en enuresis bij kinderen

Bij adequate beoordeling van de klachten is het belangrijk om te beseffen dat zindelijkheid afhankelijk is van meerdere factoren:

1. Mentale rijpheid en ontwikkeling van het kind;
2. Motivatie van het kind, en adequate stimulatie en begeleiding door ouders;
3. Eventuele fysieke problemen, zoals een klein plasvolume door overactieve blaas, urologische afwijkingen, obstipatie (zie elders in deze RTA), functionele afwijkingen zoals bekkenbodempertone en neurologische afwijkingen zoals spina bifida.

Bij anamnese<sup>2</sup> en evaluatie van de incontinentie en enuresis moeten al deze factoren worden beoordeeld. Dit vraagt zowel tijd in gesprek als ook extra informatie over het plasgedrag van kinderen. In de praktijk kan dit worden beoordeeld door het invullen van het zogenaamde "plasdagboek": een dagboek van minimaal 2 dagen waarin wordt bijgehouden hoeveel en wanneer gedronken en geplast wordt<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Zie voor definities bijlage 1.

<sup>2</sup> Zie bijlage 2a en b voor voorbeeldvragen

<sup>3</sup> Zie bijlage 3: Plasdagboek

*NB. Bij een combinatie van enuresis én incontinentie / andere plasproblemen overdag moet altijd éérst de incontinentie overdag worden aangepakt, voordat de enuresis adequaat kan worden aangepakt.*

## Diagnostiek

- Anamnese<sup>2</sup> en lichamelijk onderzoek<sup>4</sup> ;
- Op indicatie (koorts, pijn bij plassen, vaak kleine beetjes plassen) uitsluiten urineweginfectie (UWI) d.m.v. dipstick en indien positief: urinekweek;
- Bij veel drinken (ook 's nachts) en veel plassen: uitsluiten diabetes mellitus;
- Onderzoek naar aanwijzingen voor obstipatie (zie sectie *Obstipatie*);
- Gedurende minimaal 2 dagen een plasdagboek<sup>3</sup> laten bijhouden.

## Alarmsymptomen

- Aanwijzingen UWI: dipstick (evt verwijzing huisarts). Gezien hoge vals-positiviteit van dipstick: bij afwijkende dipstick altijd kweek  
<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/urineweginfecties>;
- Aanwijzingen urologische afwijkingen: verwijzen kinderarts;
- Aanwijzingen ontwikkelingsstoornis/-problematiek (zoals ontwikkelingsachterstand, aandachts- en concentratiestoornis, of informatieverwerkingsprobleem): verwijzing POH-jeugd of, indien geen POH-jeugd aanwezig: basis-GGZ;
- Aanwijzingen voor seksueel misbruik / trauma / life-event.

## Behandeling

Niet-medicamenteus<sup>5,6</sup>:

- Uitleg normale en afwijkende blaas- en/of bekkenbodempunctie, psycho-educatie kind en ouders;
- Informatie verstrekken conform <https://www.thuisarts.nl/bedplassen/mijn-kind-heeft-last-van-bedplassen>;
- Zo nodig: eerst behandeling van obstipatie / UWI;
- Instructies t.a.v. drink- / plaspatroon en adviezen om dit patroon te beïnvloeden<sup>5</sup>;
- Eerste controle op korte termijn (2-4 weken), liefst via POH-jeugd / JGZ, vervolgens op geleide van kliniek;
- Bij onvoldoende effect: herevaluatie problematiek, tevens overwegen:
  1. Telefonisch overleg gespecialiseerd verpleegkundige 2<sup>e</sup> lijn (urotherapie)
  2. Verwijzing plaspoli via ZorgDomein voor eenmalige consultatie of overname behandeling.

Medicamenteus:

Medicatie voor blaasproblemen is op kinderleeftijd specialistische medicatie, en wordt niet in de 1<sup>e</sup> lijn voorgeschreven.

## Verwachtingenmanagement

- Uitleg zindelijkheid ontwikkelingsproces dat bij het ene kind trager verloopt dan bij het andere. Normaal is zindelijkheid bereikt tussen 2,5- en 5,5-jarige leeftijd;
- Uitleg belang participatie van het kind: bij onvoldoende intrinsieke motivatie zal elke aanpak van incontinentie en enuresis gezien worden als straf en niet nuttig blijken.

<sup>4</sup> Zie bijlage 4.

<sup>5</sup> Zie bijlage 5.

<sup>6</sup> Zie bijlage 6.

## Enuresis

Enuresis kan worden bepaald door 3 factoren:

- Altijd arousal probleem: niet wakker worden van aandrang van volle blaas;
  - Soms een te klein plasvolume / overactieve blaas;
  - Soms nachtelijke polyurie: tekort aan vasopressineproductie 's nachts.
- Afhankelijk van de oorzaak / oorzaken moet de aanpak gekozen worden om falen en teleurstelling te voorkomen. Maak hierbij gebruik van de POH-jeugd of overweeg verwijzing naar de (gespecialiseerd verpleegkundige van de) JGZ, gezien zowel tijdsbelasting, keuze in aanpak, educatieve mogelijkheden als follow-up.

## Diagnostiek

- Anamnese<sup>2</sup> en lichamelijk onderzoek<sup>4</sup>;
- Plasdagboeken;
- Meting nachtelijke urineproductie;
- Op indicatie: uitsluiten UWI.

## Alarmsymptomen

- Aanwijzingen UWI: dipstick (evt verwijzing huisarts). Gezien hoge valspositiviteit van dipstick: bij afwijkende dipstick altijd kweek  
<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/urinewegsinfecties>;
- Aanwijzingen urologische afwijkingen: verwijzen kinderarts;
- Aanwijzingen ontwikkelingsstoornis/-problematiek (zoals ontwikkelingsachterstand, aandachts- en concentratiestoornis, of informatieverwerkingsprobleem): verwijzing POH-jeugd of, indien geen POH-jeugd aanwezig: basis-GGZ;
- Aanwijzingen voor seksueel misbruik / trauma / life-event.

## Behandeling

- Altijd educatie en uitleg over arousalprobleem;
- Op indicatie: bij klein plasvolume en nachtelijke polyurie verdere evaluatie;
- Door huisarts: indien multifactoriële etiologie laagdrempelig evaluatie en begeleiding door POH-jeugd, JGZ of kinderarts. Gezien complexiteit geen verwijzing naar gemeenteloket.

## Verwachtingenmanagement

- Uitleg zindelijkheid ontwikkelingsproces dat bij het ene kind trager verloopt dan bij het andere. Normaal is zindelijkheid bereikt tussen 2,5- en 5,5-jarige leeftijd;
- Uitleg belang participatie van het kind: bij onvoldoende intrinsieke motivatie zal elke aanpak van incontinentie en enuresis gezien worden als straf en niet nuttig blijken.

## Obstipatie en incontinentie voor faeces bij kinderen

Zowel de huisarts als jeugdarts krijgen primair de vragen van ouders over zindelijkheid en obstipatie. Bij adequate beoordeling van de klachten is het belangrijk om te beseffen dat zindelijkheid afhankelijk is van meerdere factoren:

- Mentale rijpheid en ontwikkeling van het kind;
- Motivatie van het kind en adequate stimulatie en begeleiding van ouders;
- Eventuele fysieke problemen, zoals neurologisch of gastro-intestinaal, of door anorectale chirurgie.

## Fecale incontinentie

Fecale incontinentie, het onvrijwillig verliezen van ontlasting na de leeftijd van 4 jaar, wordt onderverdeeld in:

1. Fecale incontinentie met onderliggende lichamelijke oorzaak;
2. Fecale incontinentie op basis van obstipatie;
3. Solitaire fecale incontinentie.

### Solitaire fecale incontinentie

Indien er geen sprake is van obstipatie maar wel van incontinentie, dan spreekt men van solitaire fecale incontinentie. Kinderen met solitaire fecale incontinentie, voornamelijk jongens, hebben een normale defecatiefrequentie en een normale consistentie van de ontlasting. Bij lichamelijk onderzoek worden geen tekenen van obstipatie gevonden. Het onvrijwillige ontlastingsverlies treedt meestal dagelijks op. Deze kinderen verwaarlozen of negeren waarschijnlijk hun aandranggevoel. Van verminderde eetlust of buikpijn is geen sprake. Ouders zoeken voor deze vorm van fecale incontinentie later hulp dan bij fecale incontinentie op basis van obstipatie. Het onderliggende mechanisme van solitaire fecale incontinentie is grotendeels onbekend, maar kan wijzen op informatieverwerkingsproblemen, ontwikkelingsproblematiek/-stoornis of een kind in de knel (zoals overvraging, stress, systemische problematiek). Gedragstherapie (toilettraining in combinatie met een beloningssysteem en richten op vermindering van de angst voor toiletgang) vormt de kern van de behandeling.

## Functionele obstipatie

Functionele obstipatie is obstipatie zonder aanwijzingen voor een onderliggende somatische oorzaak.

Kinderen met functionele obstipatie kenmerken zich door een vaak pijnlijke harde en laagfrequente defecatie ( $\leq 2x$  / week), vaak in combinatie met fecale incontinentie (onvrijwillig verlies van ontlasting), soms grote hoeveelheden ontlasting en buikpijn.

## Diagnostiek

- Anamnese<sup>7</sup> + de aanvullende anamnese bij kinderen volgens de NHG standaard
- Lichamelijk onderzoek volgens NHG standaard.

Voor meer informatie, zie <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/obstipatie>.

---

<sup>7</sup> Zie bijlage 7.

## Alarmsymptomen, zie ook bijlage 10

- Late meconiumlozing > 48 uur na geboorte; obstipatie leeftijd < 3 mnd;
- Bloederige diarree met koorts, gallig braken;
- Failure to thrive, koorts, forse distensie abdomen, perianale fistel, abnormale anus, afwezige anusreflex, verminderde kracht/tonus/ reflexen benen, pluk haar op wervelkolom, sacrale dimple (indeuking), evt. scheve bilnaad;
- Fecale incontinentie zonder verschijnselen van obstipatie; nachtelijke fecale incontinentie;
- Alert zijn op mogelijk seksueel misbruik (o.a. bij smeren met ontlasting, extreme angst voor anale inspectie / rectaal toucher, littekens anus, fissuren, hematomen).

## Behandeling

Niet-medicamenteus:

- Informatie verstrekken conform <https://www.thuisarts.nl/verstopping/mijn-kind-heeft-last-van-verstopping> ;
- Uitleg over defecatiepatroon passend bij leeftijd<sup>8</sup>;
- Informatie verstrekken over voldoende vochtinname, voldoende vezelinname, voldoende beweging conform adviezen Voedingscentrum;
- Advies geven: poepdagboek bijhouden en toilettraining<sup>8</sup>;
- Uitleg over gedragsregels<sup>9</sup>.

Medicamenteus:

- *Zie bijlage 10 voor het behandel- en doseerschema.*

*NB. Om onnodige verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn te voorkomen, is het van belang dat de medicatie voldoende hoog gedoseerd wordt.*

Controle:

- Na start medicamenteuze behandeling na 3 dg tot 2 wkn (afhankelijk van klachten);
- 2 mnd na staken behandeling dient een evaluatie plaats te vinden. Bij defaecatie  $\geq 3x$  per week zonder andere symptomen kan geprobeerd worden de medicatie af te bouwen.

## Verwachtingenmanagement

- Uitleg over het beloop van obstipatie en de kansen op het verdwijnen van de klachten;
- Hierbij moet worden benadrukt dat de klachten niet altijd binnen een jaar verdwijnen en dat de klachten kunnen recidiveren (40% van de tweedelijns kinderen heeft nog klachten na 6 tot 12 maanden). Goede uitleg zal zeer waarschijnlijk de compliance verhogen;
- Bespreek dat de medicatie langdurig gebruikt mag en moet worden bij aanhoudende klachten, en dat dit niet leidt tot bijwerkingen als bijvoorbeeld 'luie darmen';
- Spreek af met de patiënt wat te doen bij recidieven en wanneer contact opgenomen dient te worden met de behandelend arts.

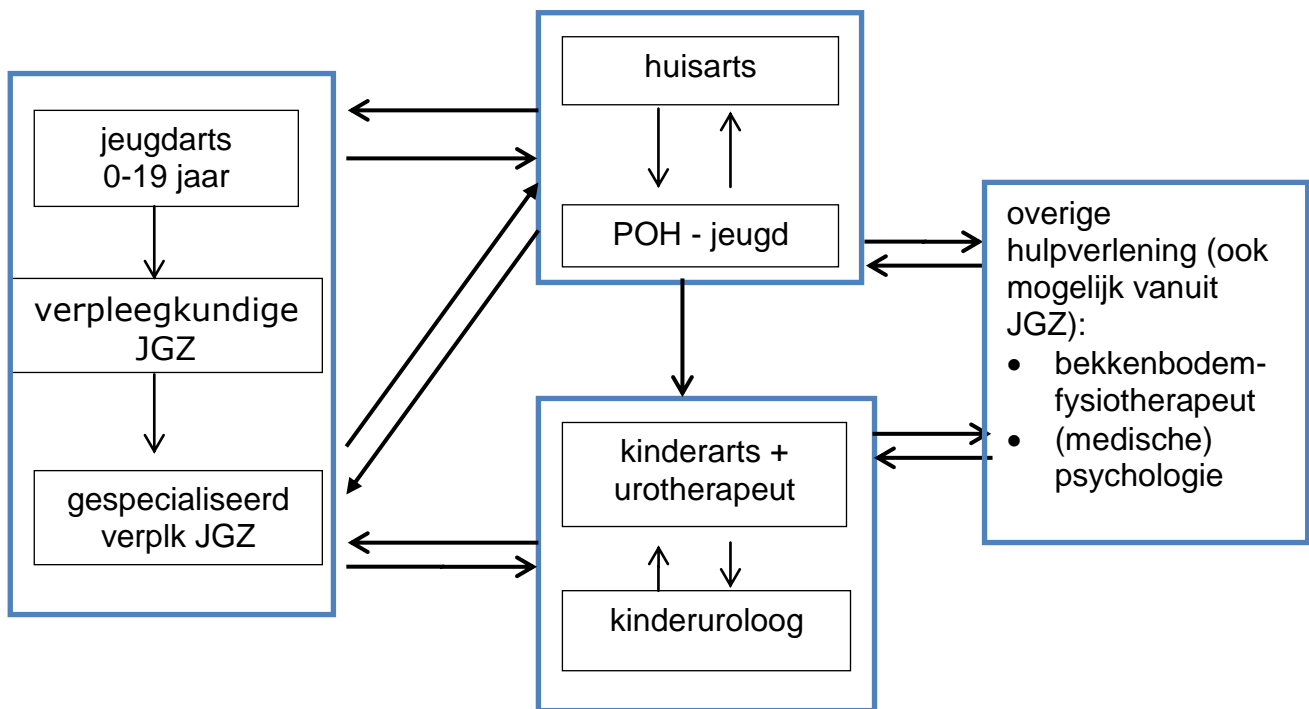
---

<sup>8</sup> Zie bijlage 9a, b en c.

<sup>9</sup> Zie bijlage 8.

## Consultatie/verwijzing

In onderstaand schema wordt weergegeven wie geconsulteerd kan worden<sup>10</sup>:



## Naar wie verwijzen?

Naar jeugdarts:

- In kaart brengen van ontwikkelvelden, inzicht krijgen van invloed gezondheid, veiligheid en gezinssysteem op de ontwikkeling;
- Bij verdenking ontwikkelingsproblemen / communicatieve stoornissen;
- Voor inschatting niveau van functioneren;

Naar JGZ-verpleegkundige:

- Voor basale adviezen en kortdurende leeftijdsgerichte aanpak zindelijkheidsproblemen.

Naar aandachtsfunctionaris zindelijkheid JGZ (gespecialiseerd verpleegkundige):

- Voor uitgebreide adviezen bij complexere situaties en intensieve begeleiding bij zindelijk worden en aanpak zindelijkheidsproblemen;
- Begeleiding richting scholen en opvang;
- Voor informatie over versterkende programma's in de regio, zoals triple P zindelijkheid;
- Laagdrempelige consultatie, coaching voor JGZ collega's;
- Verzorgen van voorlichting aan collega's en informatieavonden in de ziekenhuizen in de regio;
- Contactpersoon voor externe partners zoals de kinderartsen, urotherapeuten, huisartsen.

Naar huisarts:

- Bij noodzaak tot nadere diagnostiek naar onderliggende oorzaken;
- Bij een indicatie voor medicamenteuze behandeling;

<sup>10</sup> Medische psychologie kan alleen na verwijzing naar de kinderarts.

Naar POH-jeugd (indien aanwezig):

- Bij aanwijzingen aandachts- en concentratiestoornis / informatieverwerkingsproblemen;
- Als er sprake is van ontwikkelingsproblematiek of mogelijk trauma/life events;
- Bij pedagogische problematiek;
- Voor informatie over versterkende programma's in de regio.

Naar kinderarts<sup>11</sup>:

- Bij alarmsymptomen<sup>12</sup>;
- Bij onvoldoende behandelresultaat na het geven van advies en instructies, en medicatie in voldoende hoge dosering;
- Bij vaak terugkerende problemen.

Naar urotherapeut:

- Voor uitgebreide diagnostiek;
- Voor langdurige of intensieve zorg.

Naar psycholoog:

- Bij verdenking onderliggende psychopathologie (informatieverwerking, angst, trauma, life events, hechting);
- Bij gedragsproblematiek.

Naar bekkenbodempfyiotherapeut:

- Bij twijfel over de juiste toepassing van de gegeven adviezen, de juiste uitvoering van de toilettraining of perstechniek.

## Hoe verwijzen?

### Verwijzing gebeurt door de huisarts, jeugdarts of AVG.

Bij verwijzing naar specialist:

- Invullen Zorgdomein: vraagstelling, reeds uitgevoerde diagnostiek / behandeling;
- Ingevulde plasdagboeken indien van toepassing, anders meegeven aan ouders.

Zowel huisarts als jeugdarts kan de coördinerende rol hebben, afhankelijk van de voorkeur van de ouders. Terugkoppeling naar en overleg tussen verwijzers en hulpverleners via de momenteel aanwezige methoden, zoals Zorgmail, ZorgDomein, brieven.

*NB. Bij constatering van zindelijkheidsproblemen door een generalist van het sociaal wijkteam: de ouder en het kind verwijzen naar huisarts of jeugdarts*

Tabel 1. Bereikbaarheidsgegevens ziekenhuizen en JGZ:

<b>Instelling</b>	<b>Polikliniek</b>	<b>Telefoonnummer / Email</b>
Máxima Medisch Centrum	PIPO-poli	040-888 82 70
Catharina Ziekenhuis	Plas- en poeppoli	040 - 239 92 00
St. Anna Ziekenhuis	Plas- en poeppoli	040 - 286 4853

<sup>11</sup> Voor Anna en MMC zkh: verwijs naar plas en poeppoli of PIPOpoli resp. Voor CZE en Elkerliek: combinatie- of verwijsafpraak chronische buikpijn/obstipatie, waarna indien nodig doorverwijzing door kinderarts naar poeppoli.

<sup>12</sup> Zie bijlage 10.



Elkerliek Ziekenhuis	Plaspoli / Poeppoli,	0495-59 59 55
Zuidzorg 0-4 jaar (Eindhoven e.o.)		040 – 2308020 <i>Let op! Het oude telnr 040 – 230 84 08 vervalt</i>
GGD 4-18 jaar		088 – 003 1414
De Zorgboog 0-4 jaar (Helmond e.o.)		0900 – 8998 636

## Terugverwijzen en follow up

- Follow-up door huisarts na afronding door middel van consult 3-6 maanden na afronding. Vraag naar eventuele terugval;
- Indien recidief: herbeoordeling huisarts of POH-jeugd, beoordeling herhaling adviezen of herverwijzing;
- Indien het kind is verwezen naar JGZ of kinderarts, zal het traject in principe aldaar worden afgerond.

### Namens huisartsen

Rian van den Berg, POH jeugd  
 Marion Salwegter, kaderhuisarts  
 Myrthe Verhagen, POH jeugd  
 Joyce de Visser, POH jeugd

### Namens de ziekenhuizen

Mijke Breukels, kinderarts Elkerliek ziekenhuis  
 Hilde Geurts, urotherapeut st Anna ziekenhuis  
 Inge van Gorp, urotherapeut Catharina Ziekenhuis  
 Rosalie van Katwijk, urotherapeut Elkerliek ziekenhuis  
 Maartje Lommen, urotherapeut Máxima Medisch Centrum  
 Geesje van Schaijk, kinderarts st Anna ziekenhuis  
 Janneke Stapelbroek, kinderarts Catharina Ziekenhuis  
 Bas Zegers, kinderarts Máxima Medisch Centrum

### Namens GGD BZO:

Jacha Duitgenius, jeugdarts  
 Chantal Janssen, JGZ verpleegkundige  
 Barbara Klitsie, JGZ verpleegkundige

### Namens Zuidzorg en Zorgboog:

Rachel Janssen, stafarts en jeugdarts

Referenten: medisch psychologen.

### Namens transmurale centra

Hennie van Bavel, coördinator HaCa

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen: NHG standaarden Enuresis en Obstipatie, JGZ richtlijn Zindelijkheid urine en feces, NVU/NVK richtlijn incontinentie bij kinderen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa. Deze samenwerkingsafpraak is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.