



Stichting
Kwaliteitsimpuls
Langdurige
Zorg

Richtlijn **Obstipatie**

Autorisatiedatum 17-12-2024

Deze pdf is gepubliceerd op 15-01-2025 om 16:00. Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/obstipatie>

Richtlijnen
————— Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Overzicht van aanbevelingen	4
1.1 Factoren die het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen	4
1.2 Hulpmiddelen om ontlastingspatroon te observeren	5
1.3 Leefstijladviezen en interventies	6
1.3.1 Leefstijladviezen bij obstipatie	6
1.3.2 Interventies bij obstipatie	7
2. Algemene inleiding	9
2.1 Aanleiding en doel	9
2.1.1 Wat is obstipatie, gevolgen van obstipatie en alarmsignalen	10
2.1.2 Doel van de richtlijn	10
2.2 Doelpopulatie	11
2.3 Doelgroep	11
2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?	12
2.5 Begrippen en afkortingen	13
2.5.1 Begrippen	13
2.5.2 Afkortingen	14
3. Risicofactoren	17
3.1 Factoren die het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen	17
3.1.1 Uitgangsvraag	17
3.1.2 Aanbevelingen	17
3.1.3 Onderbouwing	18
3.1.4 Overwegingen	21
4. Observatie ontlastingspatroon	27
4.1 Hulpmiddelen om ontlastingspatroon te observeren	27
4.1.1 Uitgangsvraag	27
4.1.2 Aanbevelingen	27
4.1.3 Onderbouwing	28
4.1.4 Overwegingen bij literatuur	31
4.1.5 Overwegingen over de meetinstrumenten	31
5. Leefstijladviezen en Interventies	37
5.1 Leefstijladviezen bij obstipatie	37
5.1.1 Uitgangsvraag	37
5.1.2 Aanbevelingen	37
5.1.3 Onderbouwing	38
5.1.4 Overwegingen bij literatuur	40
5.1.5 Verkeerde informatie over obstipatie	40

5.1.6 Basisadviezen bij obstipatie	41
5.2 Interventies bij obstipatie	45
5.2.1 Uitgangsvraag	45
5.2.2 Aanbevelingen	45
5.2.3 Onderbouwing	46
5.2.4 Overwegingen bij literatuur	52
5.2.5 Interventies bij obstipatie	53
5.2.6 Interventies voor obstipatie waarbij de werkgroep terughoudend is	57
6. Organisatie van zorg	62
6.1 Organisatie van zorg	62
6.1.1 Samenwerking en verantwoordelijkheden	62
6.1.2 Training en deskundigheid	64
7. Verantwoording	65
7.1 Algemene achtergrondgegevens	65
7.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	65
7.2.1 Samenstelling werkgroep	65
7.2.2 Samenstelling klankbordgroep	66
7.2.3 Ondersteuning	66
7.3 Belangenverklaringen	67
7.4 Autoriserende partijen	67
7.5 Juridische betekenis	67
7.6 Publicatiedatum en herziening	67
7.7 Financiële gevolgen	68
7.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn	68
7.8.1 Inbreng van cliëntenperspectief in klankbordgroep	68
7.8.2 AGREE beoordeling andere richtlijnen	69
7.8.3 Van knelpunten naar aanbevelingen	70
7.8.4 Van conceptrichtlijn tot publicatie	75
8. Referentielijst	77
9. Disclaimer	84

1. Overzicht van aanbevelingen

Autorisatiedatum 17-12-2024 Beoordelingsdatum 17-12-2024

1.1 Factoren die het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen

Welke factoren kunnen het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen bij volwassenen die langdurige zorg ontvangen en hoe ga je hier als zorgverlener mee om?

Wees ervan bewust dat alle cliënten die langdurige zorg ontvangen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van obstipatie.

Wees alert op de volgende factoren die een verhoogd risico op het ontstaan van obstipatie geven:

- Eten en drinken:
 - Te weinig vezels in de voeding (minder dan 25 gram vezels per dag voor vrouwen en minder dan 30 gram vezels per dag voor mannen of minder dan 14 gram vezels per 1000 kcal.)
 - Te weinig drinken (minder dan 1,5-2 liter drinken per dag, zoals water, thee, koffie of melk).
- Bewegen:
 - Onvoldoende bewegen (niet voldoen aan de Beweegrichtlijnen)
 - Immobilititeit (bedlegerigheid).
- Ziekte en aandoeningen:
 - Neurologische aandoeningen, zoals dementie, ziekte van Parkinson, cerebrale parese of spastische quadriplegie.
 - Metabole aandoeningen, zoals hypothyreoïdie, hypokaliaemie of hypercalciëmie.
 - Bekijk ook of de specifieke syndromen van uw cliënt(en), zoals downsyndroom, rettsyndroom of turnersyndroom, gepaard gaan met het risico op obstipatie.
- Bijwerkingen van medicijnen:
 - Bij onder andere opioïden of anticholinerge medicatie.
- Psychosociaal:
 - In een woonvoorziening: gebrek aan privacy of moeilijke toegang tot een toilet.
 - Angst, ongerustheid of depressie.

Zie deze [Bijlage](#) voor het volledige overzicht van risicofactoren.

Zet, bij voorkeur, het onderwerp obstipatie op de agenda ter bespreking tijdens het multidisciplinair overleg (MDO).

Noteer gesignaleerde risicofactoren in het zorgleefplan, bespreek deze met de cliënt, naasten en betrokken zorgverleners om vroegtijdig interventies in te kunnen zetten.

Controleer bij de start van de zorg of een cliënt risico heeft op obstipatie. Bepaal vervolgens de frequentie van evaluatie en bespreking met een hiervoor bevoegde zorgverlener aan de hand van het aantal, de aard en de ernst van de gesignaleerde risicofactoren.

1.2 Hulpmiddelen om ontlastingspatroon te observeren

Welke instrumenten zijn geschikt en effectief voor zorgverleners om het ontlastingspatroon van volwassen cliënten in de langdurige zorg met (risico op) obstipatie te observeren en te rapporteren en hoe ga je hier als zorgverlener mee om?

Gebruik meetinstrumenten voor het observeren van het ontlastingspatroon bij volwassen cliënten in de langdurige zorg met (risico op) obstipatie:

- Gebruik de [BSS \(Bristol Stoelgang Schaal\)](#) voor het observeren van het ontlastingspatroon.
 - Categoriseer daarbij ook de hoeveelheid ontlasting en spreek duidelijke eenheden af die alle zorgverleners in het team kunnen aanhouden (bijvoorbeeld A=sporen, B=koffiekopje (vol) en C=soepkom (vol)).
 - Gebruik, indien nodig en mogelijk, aanvullend de [CSS \(Constipation Scoring System\)](#) om de ernst van de symptomen vast te stellen.

Inventariseer het ontlastingspatroon van een cliënt op de volgende momenten:

- bij de start van de zorg,
- wanneer de gezondheidssituatie verandert, of
- bij de start of wijziging van medicatiegebruik.

Stel tijdens zorgmomenten (korte) vragen over het ontlastingspatroon aan de cliënt en/of observeer veranderingen in fysieke kenmerken of gedrag.

Bepaal de frequentie van observatie op basis van de klachten en de mogelijkheden van de cliënt met een hiervoor bevoegde zorgverlener.

Observeer het ontlastingspatroon dagelijks bij cliënten met een vermoeden van obstipatie die moeite hebben met communicatie, zich anders uiten of een andere culturele achtergrond hebben.

1.3 Leefstijladviezen en interventies

1.3.1 Leefstijladviezen bij obstipatie

Wat zijn geschikte en effectieve leefstijladviezen die door verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders kunnen worden ingezet ter preventie van obstipatie bij volwassen cliënten in de langdurige zorg met risico op obstipatie?

Geef de volgende adviezen aan de cliënt, ter preventie van obstipatie:

- Voldoende vezelinname (minimaal 25 gram vezels per dag voor vrouwen en minimaal 30 gram vezels per dag voor mannen of meer dan 14 gram vezels per 1000 kcal.) Met

één volkorenboterham krijg je bijvoorbeeld iets meer dan 2 gram vezels binnen. In een peer zitten zo'n 3 gram vezels.

- Voldoende vochtinname (1,5-2L drinken per dag)
- Regelmatig eetpatroon (3 hoofdmaaltijden per dag, waaronder een ontbijt)
- Voldoende lichaamsbeweging (volgens de [Beweegrichtlijnen](#))
- Juiste toilethouding.

Maak de cliënt en/of naasten bewust van de risicofactoren van obstipatie. Verstrek informatie over de mogelijke risicofactoren en wees alert op informatie die verkeerd is. Een voorbeeld van iets dat niet waar is: bananen eten zorgt voor obstipatie.

Zie het volledige overzicht van [verkeerde informatie over obstipatie](#) onder leefstijladviezen bij obstipatie.

1.3.2 Interventies bij obstipatie

Wat zijn geschikte en effectieve interventies die inzetbaar zijn door verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders van volwassen cliënten met obstipatie in de langdurige zorg?

Overweeg de cliënt aanvullende vezelsupplementen te geven wanneer de inname van vezels uit de voeding ontoereikend is. Overleg met de medisch behandelaar of diëtist welke vezelsupplementen hiervoor het beste kunnen worden ingezet.

Laat, wanneer het effect van de leefstijladviezen niet toereikend zijn, de medisch behandelaar medicatie (bij voorkeur tijdelijk) voorschrijven in combinatie met het aanpassen van de leefstijl (voeding, vocht, beweging en toilethouding). De eerste keuze is lactulose, macrogol (met elektrolyten) of magnesium(hydr)oxide.

Wees terughoudend met interventies zoals vormen van massage, probiotica en acupunctuur voor obstipatie bij cliënten in de langdurige zorg.

Zet geen functionele magnetische stimulatie of dopaminerge Parkinsonmiddelen in als behandeling voor obstipatie bij cliënten in de langdurige zorg.

2. Algemene inleiding

Autorisatiedatum 17-12-2024 Beoordelingsdatum 17-12-2024

2.1 Aanleiding en doel

Obstipatie is een vervelende aandoening waarbij iemand problemen heeft bij het ontlasten. Obstipatie wordt ook wel verstopping of constipatie genoemd en het kan het dagelijks leven behoorlijk lastig maken. Obstipatie is een veel voorkomende aandoening. Ongeveer 15% van de wereldwijde bevolking heeft weleens obstipatie ¹. Bij personen die langdurige zorg nodig hebben, komt obstipatie vaker voor. Ongeveer de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden heeft elke dag te maken met cliënten die obstipatie hebben ². De prevalentie van obstipatie kan oplopen tot 80% bij verpleeghuisbewoners ³ en tot 70% of hoger bij mensen met een (ernstige) verstandelijke beperking wonend in een instelling ^{4 5}. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking zonder neurologische aandoeningen komt het even vaak voor als in de algemene populatie ⁶.

De signalen van obstipatie zijn soms lastig te herkennen voor zorgverleners. Cliënten kunnen het niet altijd vertellen en de zorgmedewerker kan het niet altijd controleren of geeft een eigen interpretatie ⁶. Obstipatie kan zich uiten in het niet willen eten of drinken, onrustig gedrag, toename gasvorming, boosheid, angst, smeren met ontlasting, zelfverwonding of slaan op de buik. Verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders hebben een belangrijke rol in zowel de preventie als behandeling van obstipatie. Zij kunnen bijvoorbeeld advies geven over eten, drinken en bewegen. Maar ze kunnen ook helpen met het geven van laxeermiddelen, zoals medicijnen voor inname en/of het geven van een klysma ².

De leden van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) hebben aangegeven dat er verschillen zijn in de zorg die verpleegkundigen en verzorgenden bieden aan cliënten met obstipatie. Ze baseren zich op methoden waarvan niet zeker is of ze wel echt werken ². Ook is het niet duidelijk of verpleegkundigen en verzorgenden nog andere problemen tegenkomen bij het zorgen voor cliënten met obstipatie en of een richtlijn de beste manier is om die problemen op te lossen. Daarom heeft het Nivel in 2020 een knelpunteninventarisatie gedaan waarin ze aan verpleegkundigen en verzorgenden vroegen waar ze tegenaan lopen als ze voor cliënten met obstipatie zorgen. Dit deden ze bij zorgverleners die werken in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging, ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en huisartsenzorg ².

Uit deze knelpunteninventarisatie blijkt dat het soms moeilijk is om op tijd te merken dat iemand risico loopt op obstipatie. Dit gebeurt in alle zorgsectoren. Ook is het niet altijd duidelijk hoe iemands ontlastingspatroon verloopt. Als niet in het zorg- of ondersteuningsplan staat dat het ontlastingspatroon in de gaten moet worden gehouden, wordt er in de praktijk vaak minder op gelet. Ook gaven hulpverleners aan dat het niet altijd duidelijk is wie wat moet doen als het gaat om obstipatie (taken en verantwoordelijkheden). Dit ging over verpleegkundigen, verzorgenden en

artsen. Tot slot zijn er verschillende adviezen over hoe je obstipatie kunt behandelen. Bij sommige cliënten wordt meteen medicatie gegeven, terwijl bij anderen eerst andere interventies worden geprobeerd, zoals het veranderen van het eet- en beweegpatroon ².

Een derde van de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden denkt dat een richtlijn kan helpen bij deze knelpunten. Ze willen ook betere afspraken over de samenwerking met andere zorgverleners. Uit de knelpunteninventarisatie blijkt dat een richtlijn voor alle zorgsectoren nuttig zou zijn ².

2.1.1 Wat is obstipatie, gevolgen van obstipatie en alarmsignalen

Er zijn grote individuele verschillen (frequentie, consistentie, pijngevoel) in 'normale' ontlastingspatronen. Klachten van obstipatie worden door cliënten wisselend ervaren. Bij obstipatie gaat de ontlasting moeilijk. De ontlasting komt minder vaak (minder dan drie keer per week), er zijn harde keutels, de cliënt moet persen, de cliënt heeft het gevoel van incomplete lediging, het gevoel van een blokkade en/of de noodzaak tot hulp om de ontlasting te verwijderen en vaak is het pijnlijk. Daarnaast kan er sprake zijn van een opgeblazen gevoel, misselijkheid, anale pijn, buikpijn en buikkrampen. Obstipatie wordt chronisch genoemd als klachten ten minste drie maanden duren ^{1 3}.

Een andere variant van obstipatie lijkt meer op diarree. Als er harde ontlasting in het rectum of sigmoïd aanwezig is, kan er dunne ontlasting langs de harde ontlasting lopen waardoor er een beeld van diarree ontstaat, zogenaamde paradoxale of overloopdiarree. Dit komt met name voor bij langer bestaande obstipatie en diarree kenmerkt zich hierbij als waterdun.

De gevolgen (of complicaties) van obstipatie kunnen ernstig zijn. Door obstipatie kunnen beschadigingen aan de anus ontstaan zoals fissuren, aambeien, een perianaal abces met pijnlijke of bloederige ontlasting als gevolg, fecale impactie (ontlasting zit vast in endeldarm), urineretentie en een delier ⁶. Ook kan een prolaps van de anus (een gedeelte van de endeldarm is door de anus naar buiten gezakt) ontstaan door te lang en te hard persen bij obstipatie. Daarnaast kan obstipatie een negatief effect hebben op de eetlust, waardoor intake verminderd en het risico op ongewenst gewichtsverlies en ondervoeding toeneemt. Gevoelens van angst, somber zijn en het vermijden van sociale contacten kunnen ook ontstaan door obstipatie.

Als obstipatie niet behandeld wordt, kan het leiden tot een ileus (darmafsluiting). Geen productie van ontlasting of overloopdiarree, de buik is bol en gespannen; dit zijn alarmsymptomen. De cliënt kan misselijk zijn en braken. Het braaksel kan naar ontlasting ruiken omdat de inhoud van de maag en dunne darm lang in de buik aanwezig is geweest (het braaksel is dus geen ontlasting). Vaak is de buik pijnlijk, dit kan continue of aanvalsgewijs, krampend zijn. Bij een ileus is opname in een ziekenhuis vaak onvermijdelijk. Een ileus is zeer onaangenaam en pijnlijk en moet te allen tijde voorkomen worden. Bij verdenking van een ileus is direct contact met de medisch behandelaar noodzakelijk.

2.1.2 Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is om zorgverleners handvatten te geven bij de zorg voor volwassen cliënten in de langdurige zorg die obstipatie hebben of het risico lopen dit te ontwikkelen. Dit omvat zowel het voorkomen als het signaleren en behandelen van obstipatie. Het uiteindelijke doel is om de levenskwaliteit van deze cliënten te verbeteren, bijvoorbeeld door verbetering van het ontlastingspatroon, vermindering van obstipatieklachten en minder complicaties. Er bestaan succesvolle praktijkervaringen (best practices) en er is wetenschappelijk onderzoek beschikbaar over dit onderwerp. Bij het ontwikkelen van deze richtlijn wordt deze kennis samengebracht en geëvalueerd, zodat er een evenwichtig, praktisch uitvoerbaar en duidelijk advies ontstaat voor zorgverleners in de praktijk. De resultaten van de eerder uitgevoerde knelpunteninventarisatie vormen het uitgangspunt van deze richtlijn.

Deze richtlijn is primair gericht op volwassenen in de langdurige zorg, maar kan ook bruikbare elementen bevatten voor andere groepen in de langdurige zorg, zoals kinderen met een verstandelijke beperking en mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Deze zijn niet als primaire groep geïnccludeerd in deze richtlijn, maar zorgverleners van deze groepen kunnen de richtlijn waar mogelijk als hulpmiddel toepassen.

2.2 Doelpopulatie

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn van toepassing op volwassen cliënten die langdurige zorg ontvangen waarbij geen of weinig verbetering in functioneren mogelijk is. Deze cliënten hebben een somatische aandoening of lichamelijke beperking. Ook cliënten bij wie in de vroege ontwikkelingsjaren een verstandelijke beperking is vastgesteld en cliënten met een psychogeriatrische aandoening met een uitgebreide neurocognitieve stoornis en/of significante achteruitgang vallen binnen de doelpopulatie. De langdurige zorg wordt ontvangen in de thuishouding of vanuit wijkverpleging, kleinschalig wonen, een andere woon- of dagbestedingsvoorziening of een verpleeghuis.

NB. Waar hij of hem staat in deze richtlijn kan ook zij, haar, die of hen gelezen worden.

2.3 Doelgroep

Deze richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die zorg en ondersteuning bieden aan cliënten met obstipatie in de langdurige zorg. Dit zijn primair verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, begeleiders en ondersteuners. De richtlijn kan ook door zorgverleners gebruikt worden die werkzaam zijn in de langdurige zorg en/of betrokken zijn bij obstipatie. Dit zijn bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, physician assistants, verpleegkundig specialisten, apothekers, orthopedagogen en psychologen, praktijkondersteuners huisartsenzorg en paramedici zoals ergotherapeuten, logopedisten, fysiotherapeuten en diëtisten. Voor huisartsen geldt primair de NHG-Standaard Obstipatie uit 2010⁷. Zorgverleners en (potentiële) zorggebruikers (cliënten en naasten) kunnen de richtlijn gebruiken als hulpmiddel bij het nemen van beslissingen en bij het maken van keuzes in de dagelijkse praktijk. Zorgaanbieders kunnen de inhoud van de richtlijn gebruiken om de zorg in te richten en beleid te ontwikkelen op het gebied van obstipatie.

2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?

Er bestaan een aantal richtlijnen over obstipatie, zowel uit Nederland als andere landen. Er zijn ook richtlijnen en handreikingen die relevant zijn bij (de preventie en behandeling van) obstipatie. De werkgroep kan deze bestaande richtlijnen en handreikingen gebruiken of ernaar verwijzen.

Richtlijnen uit Nederland:

- Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) heeft in 2022 een richtlijn gepubliceerd over obstipatie. Deze is speciaal gericht op cliënten in de palliatieve fase ⁸.
- De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft in 2016 een richtlijn gepubliceerd over obstipatie ⁹. Deze richtlijn is speciaal gericht op kinderen van 0 tot 18 jaar. Momenteel werkt de NVK aan een nieuwe richtlijn voor deze leeftijdsgroep.
- De richtlijn over obstipatie voor huisartsen en medisch specialisten is gepubliceerd in 2010. Deze richtlijn is mogelijk niet meer gebaseerd op de nieuwste wetenschappelijke informatie ⁷.

Richtlijnen uit andere landen:

- De Duitse vereniging voor gastro-enterologie, spijsverterings- en stofwisselingsziekten (DGVS) en de Duitse vereniging voor neurogastro-enterologie & beweeglijkheid (DGNM) hebben in 2022 een richtlijn over obstipatie gepubliceerd ¹⁰. Deze bevat mogelijk relevante, actuele kennis waar de werkgroep naar kan verwijzen.
- De Amerikaanse gastro-enterologie associatie heeft in 2013 een richtlijn over obstipatie gepubliceerd ¹¹. In 2020 is hiervan een update-artikel geschreven met de nieuwste informatie over obstipatie ¹. Deze laatste bevat mogelijk relevante, actuele kennis waar de werkgroep naar kan verwijzen.
- Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) heeft voor het Verenigd Koninkrijk in 2010 een richtlijn over obstipatie gepubliceerd. Deze richtlijn is voor het laatst bijgewerkt in 2017. Deze richtlijn is speciaal gericht op kinderen van 0 tot 18 jaar ¹².
- De Wereld gastro-enterologie organisatie heeft in 2010 een richtlijn over obstipatie gepubliceerd. Deze richtlijn is mogelijk niet meer gebaseerd op de nieuwste wetenschappelijke informatie ¹³.

Aanverwante richtlijnen/handreikingen:

- De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), Diëtisten Geriatrie en Ouderen (DGO), Ergotherapie Nederland, De Haan Ergotherapie, Vilans, en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten hebben in 2023 een praktische handreiking voor naasten gepubliceerd over eten en drinken voor mensen met dementie in het verpleeghuis ¹⁴. Hierin staan ook adviezen bij obstipatie.
- Bij het Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) kan obstipatie een symptoom zijn, namelijk type PDS-C. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) heeft in 2022 de NHG-standaard PDS gepubliceerd voor huisartsen ¹⁵. Daarin staan onder andere adviezen voor diagnostiek en

behandeling van PDS-C. Tegelijkertijd heeft de Federatie Medisch Specialisten (FMS) op initiatief van het NHG en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) in 2022 de Multidisciplinaire Richtlijn voor diagnose en behandeling van PDS gepubliceerd ¹⁶. Deze richtlijn is voor alle zorgprofessionals, zoals artsen, verpleegkundigen en diëtisten. Hierin staan ook adviezen voor de diagnostiek en behandeling van PDS-C. PDS en obstipatie zijn twee verschillende aandoeningen die ieder een eigen diagnostiek en behandeling hebben.

- De Gezondheidsraad heeft in 2015 de Richtlijnen goede voeding en in 2017 de Beweegrichtlijnen gepubliceerd ^{17 18}. Hoewel dit geen traditionele richtlijnen zijn ¹⁹, geven ze wel normen en uitgangspunten voor voeding en beweging.

De huidige SKILZ-richtlijn is een aanvulling op bovenstaande richtlijnen omdat de richtlijn:

1. Zich richt op een andere doelgroep, voornamelijk verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, begeleiders en ondersteuners.
2. Zich richt op een andere doelpopulatie, namelijk cliënten die langdurige zorg nodig hebben, zowel thuis als in een zorginstelling. Deze doelpopulatie kent specifieke risico's en uitdagingen in de praktijk.
3. Actuele knelpunten bespreekt en behandelt waar verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders tegenaan lopen in de praktijk.
4. Verder ingaat op bewezen (preventieve) interventies die kunnen worden ingezet.

2.5 Begrippen en afkortingen

2.5.1 Begrippen

Langdurige zorg: Alle zorg en ondersteuning die intensief, dagelijks en blijvend is. Deze zorg en ondersteuning richt zich meer op bevordering of behoud van de kwaliteit van leven en minder op genezing van een aandoening, ziekte of beperking. De zorg en ondersteuning kan zowel door zorgverleners als naasten worden geboden. Hierbij moet rekening worden gehouden dat deze niet altijd door naasten gegeven kan worden. Langdurige zorg zoals in deze richtlijn bedoeld, is niet alleen de zorg die valt onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Daar waar 'zorg' staat, bedoelt de werkgroep ook 'ondersteuning'.

Mensen met een verstandelijke beperking: Mensen met een verstandelijke beperking zijn in deze richtlijn gedefinieerd volgens de internationale definitie, opgesteld door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). 'Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren. Dit zorgt voor beperkingen in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Een verstandelijke beperking ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar, tijdens de ontwikkeling' ²⁰. Beperkingen in intellectueel functioneren hebben te maken met het IQ van een persoon. Internationaal wordt voor iemand met een verstandelijke beperking een IQ rond de 70, of zo hoog als 75 gehanteerd. Beperkingen in adaptief functioneren zijn belemmeringen in dagelijkse vaardigheden, bijvoorbeeld tijdsplanning, sociale contacten of beheer van financiën.

Naasten: Mensen die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt, zoals een ouder, een kind, een partner, andere familieleden of een mentor. Zij kunnen daarnaast een rol vervullen als contactpersoon, mantelzorger en/of (wettelijk) vertegenwoordiger.

Obstipatie: Bij volwassenen is er sprake van obstipatie als: 1) er minstens twee van de onderstaande symptomen aanwezig zijn en 2) een zachte ontlasting zelden voorkomt zonder het gebruik van laxemiddelen en 3) aan de criteria voor het prikkelbaredarmsyndroom niet is voldaan. Deze criteria zijn tenminste drie maanden aanwezig en de klachten zijn ten minste zes maanden voor het stellen van de diagnose begonnen^{10 21 22 1}.

Symptomen:

- de ontlastingsfrequentie is minder dan 3x per week
- de cliënt moet hard persen tijdens >25% van de pogingen tot ontlasting
- de cliënt heeft harde en/of keutelige ontlasting in >25% van de pogingen tot ontlasting
- de cliënt heeft het gevoel dat niet alle ontlasting eruit is (incomplete lediging) in >25% van de pogingen tot ontlasting
- de cliënt heeft het gevoel dat er een anorectale obstructie of blokkade is bij de ontlasting in >25% van de pogingen tot ontlasting
- de cliënt moet handelingen verrichten om ontlasting te verwijderen in >25% van de pogingen tot ontlasting

Ouderen: Personen van 65 jaar of ouder. Nederland telde in 2020 3.457.535 inwoners die 65 jaar of ouder waren²³. Dat komt neer op bijna één op de vijf Nederlanders. De ouderen waar deze richtlijn betrekking op heeft, kunnen zowel intramuraal als extramuraal (thuiszorg, mantelzorg of (verplaatste) verpleeghuiszorg) ontvangen. Zij kunnen dus thuis wonen, maar ook in een verpleeg- of verzorgingshuis of in een woonvoorziening in de gehandicaptenzorg.

Zorgleefplan: Een zorgleefplan is een plan waarin alle afspraken staan die een cliënt met de zorginstelling of zorgverlener maakt over de zorg en ondersteuning die gegeven wordt. Een zorgleefplan heet ook wel een individueel zorg- en/of ondersteuningsplan, zorgplan, verpleegplan, ondersteuningsplan of een zorg- en begeleidingsplan.

Zorgverleners: Primair worden hiermee de verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, begeleiders en ondersteuners in de langdurige zorg bedoeld. Daarnaast kan de richtlijn ook gebruikt worden door andere betrokken zorgverleners in de langdurige zorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, physician assistants, verpleegkundig specialisten, orthopedagogen en psychologen, praktijkondersteuners huisartsenzorg en paramedici zoals ergotherapeuten, logopedisten, fysiotherapeuten en diëtisten.

2.5.2 Afkortingen

Onderstaand zijn de afkortingen weergegeven zoals die in deze richtlijn gehanteerd worden:

AAIDD: American association on intellectual and developmental disabilities

AGREE: Appraisal of guidelines for research and evaluation

ALS: Amyotrofische laterale sclerose

ARFID: Avoidant restrictive food intake disorder

ASS: Autismespectrumstoornis

BFI: Bowel function index

BSS: Bristol stoelgangsschaal

COSMIN: Consensus-based standards for the selection of health measurement instruments

CSS: Constipation scoring system

CVA: Cerebro vasculair accident

EPD: Elektronisch patiënten dossier

GRADE: Grading of recommendations assessment, development and evaluation

IQ: Intelligentie quotiënt

LUTS: Lower urinary tract symptoms

MDO: Multidisciplinair overleg

MIDI: Meetinstrument voor determinanten van innovaties

MS: Multiple sclerose

NSAID: Non steroid anti inflammatory drug

ODS: Obstructed defecation score

PAC-SYM: Patient assessment of constipation symptoms

PDS: Prikkelbare darmsyndroom

PROM: Patient reported outcome measure

SSRI: Selectieve serotonine heropnameremmers

VB: Verstandelijke beperking

Wgbo: Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

Wkkgz: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Wlz: Wet langdurige zorg

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

Wzd: Wet zorg en dwang

Zvw: Zorgverzekeringswet

ZEMVB: Zeer ernstige meervoudige verstandelijke beperkingen

ZE&GG: Zorgevaluatie & gepast gebruik

3. Risicofactoren

Autorisatiedatum 17-12-2024 Beoordelingsdatum 17-12-2024

3.1 Factoren die het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen

Het doel van dit hoofdstuk is om te beschrijven welke factoren het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen bij volwassenen die langdurige zorg ontvangen, en hoe je hier als zorgverlener mee omgaat. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat het voor zorgverleners onduidelijk is hoe zij bij cliënten met risico op obstipatie tijdig kunnen signaleren. Daarbij lijken zorgverleners bij obstipatie te weinig te kijken naar de rol van voeding, vocht en beweging. Zorgverleners geven aan dat het onduidelijk is welke maatregelen zij vervolgens kunnen nemen voor iemand met risico op obstipatie. En dat het wenselijk is dat er een lijst komt met risicofactoren waar je op moet letten. In dit hoofdstuk wordt deze lijst weergegeven, inclusief acties om ermee aan de slag te gaan.

3.1.1 Uitgangsvraag

Welke factoren kunnen het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen bij volwassenen die langdurige zorg ontvangen en hoe ga je hier als zorgverlener mee om?

3.1.2 Aanbevelingen

Wees ervan bewust dat alle cliënten die langdurige zorg ontvangen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van obstipatie.

Wees alert op de volgende factoren die een verhoogd risico op het ontstaan van obstipatie geven:

- Eten en drinken:
 - Te weinig vezels in de voeding (minder dan 25 gram vezels per dag voor vrouwen en minder dan 30 gram vezels per dag voor mannen of minder dan 14 gram vezels per 1000 kcal.)
 - Te weinig drinken (minder dan 1,5-2 liter drinken per dag, zoals water, thee, koffie of melk).
- Bewegen:

- Onvoldoende bewegen (niet voldoen aan de Beweegrichtlijnen)
- Immobilititeit (bedlegerigheid).
- Ziekte en aandoeningen:
 - Neurologische aandoeningen, zoals dementie, ziekte van Parkinson, cerebrale parese of spastische quadriplegie.
 - Metabole aandoeningen, zoals hypothyreoïdie, hypokaliaemie of hypercalciëmie.
- Bekijk ook of de specifieke syndromen van uw cliënt(en), zoals downsyndroom, rettsyndroom of turnersyndroom, gepaard gaan met het risico op obstipatie.
- Bijwerkingen van medicijnen:
 - Bij onder andere opioïden of anticholinerge medicatie.
- Psychosociaal:
 - In een woonvoorziening: gebrek aan privacy of moeilijke toegang tot een toilet.
 - Angst, ongerustheid of depressie.

Zie deze [Bijlage](#) voor het volledige overzicht van risicofactoren.

Zet, bij voorkeur, het onderwerp obstipatie op de agenda ter bespreking tijdens het multidisciplinair overleg (MDO).

Noteer gesignaleerde risicofactoren in het zorgleefplan, bespreek deze met de cliënt, naasten en betrokken zorgverleners om vroegtijdig interventies in te kunnen zetten.

Controleer bij de start van de zorg of een cliënt risico heeft op obstipatie. Bepaal vervolgens de frequentie van evaluatie en bespreking met een hiervoor bevoegde zorgverlener aan de hand van het aantal, de aard en de ernst van de gesignaleerde risicofactoren.

3.1.3 Onderbouwing

In deze paragraaf staat een samenvatting van het wetenschappelijk literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de volgende uitgangsvraag te beantwoorden:

- Welke factoren kunnen het risico op het ontstaan van obstipatie verhogen bij volwassenen die

langdurige zorg ontvangen en hoe moet je hier als zorgverlener mee omgaan?

In deze paragraaf wordt beschreven welke artikelen gevonden zijn, welke resultaten hieruit zijn gekomen en wat de kwaliteit van de onderzoeken is.

Zoekvraag

Deze uitgangsvraag is omgezet naar een zoekvraag voor de literatuur: *Wat zijn voor volwassenen die langdurige zorg ontvangen risicofactoren voor het ontwikkelen van obstipatie?* De zoekstrategie voor deze zoekvraag is gebundeld in één overkoepelende zoekstrategie. Dit betekent dat er gezocht is naar systematische literatuurreviews over obstipatie in het algemeen. Bij het selecteren van de artikelen is specifiek gekeken of de gevonden artikelen een antwoord op de bovenstaande zoekvraag bevatten. In totaal zijn twee reviews geïnccludeerd voor het literatuuronderzoek voor deze zoekvraag.

Resultaten

Het literatuuronderzoek heeft twee systematische reviews gevonden die relevant zijn voor deze uitgangsvraag^{5 24}. Eén systematische review onderzocht risicofactoren voor obstipatie bij mensen met een verstandelijke beperking. De andere review onderzocht de relatie tussen medicatie met effect op het anticholinerge systeem en obstipatie bij een brede populatie (niet specifiek gericht op langdurige zorg). Dit effect op het anticholinerge systeem is het totaal aan effecten van specifieke soorten medicamenten, zoals opioïden, antipsychotica en anti-epileptica zoals bepaalde luchtwegverwijders, antidepressiva, spierverslappende medicatie en medicatie tegen spierspasmen. In Tabel 3.1 staan de gevonden risicofactoren uit deze twee reviews weergegeven.

Tabel 3.1 Factoren die het risico op obstipatie verhogen bij volwassenen die langdurige zorg ontvangen, zoals gevonden in de wetenschappelijke literatuur.

Risicofactoren bij mensen met een verstandelijke beperking:	Risicofactoren bij brede populatie:
Immobiliteit of niet kunnen lopen	Er zijn aanwijzingen dat er een relatie bestaat tussen het effect op het anticholinerge systeem (o.a. gebruik van bepaalde luchtwegverwijders, antidepressiva, spierverslappende medicatie en medicatie tegen spierspasmen) en obstipatie
Neurologische aandoeningen of symptomen zoals cerebrale parese, spastische quadriplegie	

Gebruik van medicatie zoals benzodiazepines, H2-antagonisten, protonpompremmers en anti-epileptica	
Gepureerde voeding of sondevoeding	
Een IQ lager dan 35	
Plasklachten bij mannen, mogelijk samenhangend met de prostaat (in de literatuur genoemd: lower urinary tract symptoms)	

Een uitgebreid verslag van het literatuuronderzoek is te vinden in de bijlage [Uitwerking Literatuuronderzoek H3 Risicofactoren](#).

Conclusies

De volgende conclusies kunnen getrokken worden vanuit het literatuuronderzoek:

Zekerheid van bewijs	Conclusie
Onbekend	Immobilititeit of niet kunnen lopen, neurologische aandoeningen of symptomen zoals cerebrale parese of spastische quadriplegie en gebruik van medicatie zoals benzodiazepines, H2-antagonisten, protonpompremmers en anti-epileptica kwamen uit meerdere studies naar voren als risicofactoren voor obstipatie bij mensen met een verstandelijke beperking. Leeftijd was niet geassocieerd met obstipatie. Er waren tegenstrijdige resultaten voor geslacht als risicofactor. Robertson (2018) ⁵

Onbekend	<p>Geen lichamelijke beweging, gepureerd eten of sondevoeding, een IQ lager dan 35 en plasklachten kwamen uit een enkele studie naar voren als risicofactoren voor het ontwikkelen van obstipatie bij mensen met een verstandelijke beperking.</p> <p>Robertson (2018) ⁵</p>
Onbekend	<p>Er zijn aanwijzingen dat er een associatie bestaat tussen het effect op het anticholinerge systeem (o.a. gebruik van bepaalde luchtwegverwijders, antidepressiva, spierverslappende medicatie en medicatie tegen spierspasmen) en obstipatie in een brede populatie.</p> <p>Rodríguez-Ramallo (2021) ²⁴</p>

3.1.4 Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de werkgroep weergegeven. Hierin bespreekt de werkgroep de resultaten uit het literatuuronderzoek en geeft hun overwegingen. Hierbij wordt ook de kennis en ervaring van de werkgroepleden meegenomen en de kennis en ervaring van cliënten en naasten.

Overwegingen bij het literatuuronderzoek

Reactie op resultaten

De werkgroep kan zich vinden in de gevonden risicofactoren. Wel zijn enkele risicofactoren opvallend; deze moeten genuanceerd worden. Zo is gevonden dat plasklachten een relatie hebben met obstipatie. Hierbij is met name de term lower urinary tract symptoms (LUTS) gebruikt die vrij breed omschreven is. De term lijkt vooral gebruikt te worden bij plasklachten bij mannen en mogelijk samen te hangen met de prostaat. De literatuuronderzoekers hebben dit vertaald naar plasklachten. Andere vertalingen zouden kunnen zijn: klachten van de onderste urinewegen, lagere-urineweg-symptomen of mictieklachten. De term risicofactor is hierbij mogelijk dus wat verwarrend, omdat meerdere 'risicofactoren' associaties zijn gebleken. De grootte van de associatie is niet bekend en er is ook geen bewijs voor een oorzakelijk/causaal verband. De risicofactor plasklachten zou bijvoorbeeld geïnterpreteerd kunnen worden als: 'obstipatie kan gepaard gaan met plasklachten of andersom en beiden kunnen gerelateerd zijn aan de bekkenbodempunctie'. Een andere opvallende bevinding was een IQ lager dan 35. Cliënten met een IQ lager dan 35 hebben mogelijk vaker een meervoudige beperking en daarmee ook neurologische aandoeningen (met bepaalde soorten medicatie) en vertraagde darmmotiliteit vanwege verlammingen van lichaamsdelen. Daarnaast krijgen deze cliënten vaker sondevoeding en hebben ze minder de mogelijkheid om te drinken vanwege slikproblemen. Bovendien zal een groot deel van deze cliënten delen van de dag zittend of liggend doorbrengen (immobiel). Maar ook cliënten zonder meervoudige beperking en een laag IQ kunnen minder bewegen of onder de landelijke bewegingsnormen zitten. Een gebrek aan beweging speelt een grote rol bij het ontstaan van obstipatie, aldus de werkgroep. Tot slot vindt de werkgroep dat hoewel een van de twee gevonden studies niet specifiek gericht is op de langdurige zorg, de

risicofactoren ook voor mensen met langdurige zorg gelden. Een risicofactor is een risicofactor. Bij mensen die langdurige zorg ontvangen, spelen er vooral meer risicofactoren en bestaat een vergrote kans op het krijgen van obstipatie bij bestaande risicofactoren.

Reactie op GRADE-beoordeling

De kwaliteit van het bewijs van de literatuur kon niet goed worden bepaald. Er is geen GRADE-beoordeling geweest om het vertrouwen in de resultaten te bepalen. Dit is niet gedaan omdat de geselecteerde reviews te weinig informatie bevatten over de risk of bias van de primaire studies die zijn samengevat in de review en de sterkte of grootte van de associatiematen (nodig voor imprecisie).

De gevonden risicofactoren bij mensen met een verstandelijke beperking zijn gebaseerd op een review met een zoekactie in meerdere databases tot januari 2016⁵. Deze review richt zich primair op het identificeren van de prevalentie van obstipatie bij mensen met een verstandelijke beperking, maar rapporteert ook factoren geassocieerd met obstipatie. De risk of bias van de primaire studies werd beoordeeld met een instrument gericht op prevalentiestudies. De review beschrijft dat er sprake is van risk of bias doordat de studies specifieke subpopulaties betreffen en doordat obstipatie niet duidelijk of adequaat was gedefinieerd. Resultaten voor de risicofactor geslacht zijn inconsistent. Er is geen sprake van inconsistentie bij de risicofactoren die uit meerdere primaire studies en multi- als univariate analyses werden geïdentificeerd. Imprecisie is niet te beoordelen omdat de review geen kwantitatieve resultaten voor de sterkte van de associatie rapporteerde. Er zou sprake kunnen zijn van indirect bewijs omdat er een grote variatie was in de populaties van de primaire studies wat betreft woonsetting, type verstandelijke beperking en mate van verstandelijke beperking.

Risicofactoren van toepassing op een bredere populatie zijn gebaseerd op een review over de associatie tussen anticholinerge belasting en obstipatie²⁴. Deze review zocht in meerdere databases tot december 2020. De kwaliteit van de primaire onderzoeken werd beoordeeld met instrumenten passend bij de verschillende onderzoeksdesigns. Er lijkt sprake te zijn van risk of bias op het gebied van het vaststellen van obstipatie en de beschrijving van de populatie. De review presenteerde 24 associatiematen afkomstig uit 9 studies (n=211.921 deelnemers) en vond voor 13 van de 24 associatiematen een statistisch significante relatie. Daarbij was een hogere anticholinerge belasting geassocieerd met een hogere kans op obstipatie. De overige elf associatiematen lieten geen statistisch significante relatie zien. Deze heterogeniteit kan verklaard worden door de grote variatie in populaties en de variatie in zowel de schalen om de anticholinerge belasting in te schatten als de schalen om obstipatie vast te kunnen stellen.

Aanvullende risicofactoren volgens de werkgroep

Ter aanvulling op de genoemde risicofactoren vanuit de literatuur, wil de werkgroep graag een uitgebreidere en meer volledige lijst met risicofactoren formuleren. Deze is te vinden in Tabel 3.2 en in de [bijlage](#).

Tabel 3.2 Risicofactoren voor het ontstaan van obstipatie, een totale lijst gebaseerd op de literatuur en op de expertise en ervaringen van de werkgroep.

Thema en risicofactor

Algemeen

- Verstandelijke beperking
- Een IQ lager dan 35*
- Oudere leeftijd (vanuit literatuur niet geassocieerd, maar vanuit werkgroep wel een risicofactor)
- Vrouwelijk geslacht (vanuit literatuur tegenstrijdig, maar vanuit werkgroep wel een risicofactor)

Eten en drinken

- Te weinig vezels door niet voldoen aan aanbevolen dagelijkse hoeveelheid groente, fruit, volkoren producten, peulvruchten en noten (minder dan 25 gram vezels per dag voor vrouwen en minder dan 30 gram vezels per dag voor mannen of minder dan 14 gram vezels per 1000 kcal.)
- Te weinig drinken (minder dan 1,5-2 liter drinken per dag, zoals water, thee, koffie of melk; producten zoals soep, appelmoes en vla tellen niet mee als drinken)
- Voeding met aangepaste consistentie (vloeibaar, gemalen, gepureerd*)
- Sondevoeding*
- Voedselallergieën- of overgevoeligheden, bijvoorbeeld Coeliakie (glutenovergevoeligheid)
- Onregelmatig eetpatroon (overslaan van ontbijt en minder dan 3 hoofdmaaltijden per dag)
- Eenzijdig voedingspatroon (bijv. bij autisme spectrum stoornis (ASS) of bij de eetstoornis Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID))
- Pica-gedrag (het eten van oneetbare voorwerpen, bijv. zand, steentjes, klei, verf, ontlasting)

Bewegen

- Immobiliteit (bedlegerigheid) of onvoldoende bewegen (niet voldoen aan de beweegrichtlijn qua duur en type beweging)**

Neurologische aandoeningen

- Zoals dementie, dwarslaesie, ziekte van Parkinson, MS, CVA, ALS, cerebrale parese*, spastische quadriplegie*

Metabole aandoeningen

- Zoals hypothyreoïdie, hypokaliëmie, hypercalciëmie

Andere aandoeningen of comorbiditeit

- Retentieblaas
- Plasklachten bij mannen, mogelijk samenhangend met de prostaat (in de literatuur genoemd: lower urinary tract symptoms)*
- Afwijkingen darmen na radiotherapie (fibrose)
- Na een (buik)operatie (verklevingen)
- Anale afwijkingen, aambeien, perianaal abces, anusfissuur, rectocele (endeldarm puilt naar voren uit in de vagina), uterusprolaps, beschadigingen of pijn als gevolg van seksueel misbruik of door zelfverwondend gedrag
- Prikkelbaredarmsyndroom (PDS)
- Slikproblemen
- Hartfalen
- Megacolon
- Problemen met bekkenbodemspieren (bekkenbodemdysfuncties), deze niet goed kunnen voelen en herkennen, niet weten deze goed te gebruiken (bijv. bekkenbodemspieren zijn te gespannen of verkeerd persgedrag)
- Bepaalde syndromen waarbij vergroot risico bestaat (te denken aan downsyndroom, rettsyndroom of turnersyndroom)
- Problemen aanleg darmsysteem of ontwikkelingen/vergroeiingen lichaam, spasticiteit
- Koorts of dehydratie
- Zwakke buikpers

Bijwerkingen van medicijnen

- Zoals ijzerpreparaten, calciumpreparaten, bifosfonaten, opioïden**, medicatie met effect op het anticholinerge systeem*** (bepaalde anti-psychotica **, tricyclische antidepressiva, oxybutynine, parkinson medicatie), SSRI's (selectieve serotonine heropnameremmers; worden gebruikt bij de behandeling van depressie, paniekaanvallen en angststoornissen), NSAID's, diuretica, benzodiazepines*, H2-antagonisten*, protonpompremmers*, calciumantagonisten, aluminium bevattende antacida en anti-epileptica**

Psychosociaal

- Het ontbreken van het vermogen om te begrijpen wat het hebben van ontlasting is, en wat de functie van het toilet is (mobiele mensen met laag niveau van functioneren)
- Te veel zindelijkheidsstraining (kan een negatieve preoccupatie met de defecatie veroorzaken, waardoor obstipatie kan ontstaan)
- Factoren die te maken hebben met de biologische klok/dagritme, zoals bijv. te vroeg moeten opstaan of te weinig tijd krijgen voor wc-bezoek
- Afhankelijkheid van naasten of professionele zorg
- Angst, ongerustheid en/of depressie
- Eetstoornis
- Toiletgedrag of zitpositie op toilet
- In een woonvoorziening: gebrek aan privacy of moeilijke toegang tot een toilet
- Uitstelgedrag (niet toegeven aan defecatiereflex)

Factoren met één asterisk (*) zijn gevonden in de wetenschappelijke literatuur en geldig voor mensen

met een verstandelijke beperking.

Factoren met twee asterisken (**) zijn zowel gevonden in de wetenschappelijke literatuur en voor mensen met een verstandelijke beperking benoemd als risicofactor; op basis van de expertise van de werkgroep zijn deze aangemerkt als risicofactor voor een brede populatie van cliënten in de langdurige zorg.

Factoren met drie asterisken (***) zijn zowel gevonden in de wetenschappelijke literatuur en benoemd als risicofactor op basis van de expertise van de werkgroep en en aangemerkt als risicofactor voor een brede populatie van cliënten in de langdurige zorg.

Factoren zonder asterisk zijn benoemd als risicofactor op basis van de expertise van de werkgroep en voor een brede populatie van cliënten in de langdurige zorg. De expertise van de werkgroep is mede gebaseerd op de volgende bronnen: ^{25 6 26 27 28 3 1 7}.

Overige overwegingen van de werkgroep

Obstipatie komt vaak voor bij mensen die langdurige zorg ontvangen. Het brengt ook ernstige risico's met zich mee, waaronder langdurige problemen en zelfs een verhoogd sterfterisico. Daarom benadrukt de werkgroep het belang van het grondig onderzoeken en analyseren van de risicofactoren. In totaal zijn er twee studies gevonden in het literatuuronderzoek. De kwaliteit van het bewijs van deze studies kon niet goed worden beoordeeld. Op basis hiervan kunnen dan ook geen definitieve conclusies worden getrokken. Als gevolg hiervan heeft de werkgroep aanvullende risicofactoren benoemd in Tabel 3.2 op basis van consensus, samen met aanbevelingen voor zorgverleners.

Er zijn veel risicofactoren voor het ontstaan van obstipatie, over verschillende thema's. Het is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van deze diverse risicofactoren. Door ze regelmatig bij cliënten te inventariseren, kunnen zorgverleners alerter zijn en proactieve maatregelen nemen. Het is in het algemeen niet mogelijk een risicofactor te elimineren en daarom blijft het belangrijk hier alert op te blijven.

De werkgroep heeft overwogen of de risicofactoren specifiek moeten worden opgesplitst voor verschillende zorggroepen, zoals cliënten met een verstandelijke beperking. Deze zorggroep loopt namelijk al een verhoogd risico op obstipatie vanwege hun beperking. Bovendien hebben ze vaak moeite met communiceren, bewegen ze minder en gebruiken ze soms andere voeding (bijvoorbeeld geen vast voedsel). Toch heeft de werkgroep besloten de risicofactoren niet op te splitsen, omdat een risicofactor een risicofactor is, ongeacht de onderliggende aandoening. Voor cliënten in de langdurige zorg zijn er meer specifieke risico's en kan de kwaliteit van leven sneller in gevaar komen. Voor cliënten met zeer ernstige meervoudige verstandelijke beperkingen (ZEMVB) zijn er bijvoorbeeld specifieke risico's. Recent is er een studie gedaan waarin criteria voor obstipatie voor deze zorggroep zijn opgesteld ²⁹. Criteria die hierin worden genoemd, zijn vergelijkbaar als de risicofactoren die de werkgroep heeft genoemd. Wel werd onrustig gedrag, discomfort en veranderingen van bewegingen extra benadrukt als belangrijke risicofactoren en genoemd als mogelijke signalen voor deze zorggroep.

Het is essentieel dat zorgverleners en naasten alert zijn op deze risicofactoren en dat ze regelmatig worden geëvalueerd. Controleer daarom bij de start van de zorg en daarna met regelmaat of de

cliënt risico heeft op obstipatie. Zet dit onderwerp daarnaast op de agenda van een multidisciplinair overleg (MDO). De exacte frequentie moet worden bepaald in overleg met de medisch behandelaar. Als een cliënt een verhoogd risico heeft op obstipatie, moet dit worden opgenomen in het zorgleefplan van de cliënt. Samen met andere zorgverleners moet worden beoordeeld of interventies kunnen worden ingezet om het risico te verminderen.

4. Observatie ontlastingspatroon

Autorisatiedatum 17-12-2024 Beoordelingsdatum 17-12-2024

4.1 Hulpmiddelen om ontlastingspatroon te observeren

Het doel van dit hoofdstuk is om te beschrijven welke meetinstrumenten zorgverleners het beste kunnen gebruiken om het ontlastingspatroon van volwassen cliënten in de langdurige zorg te observeren. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat het voor zorgverleners onduidelijk is hoe zij cliënten met risico op obstipatie tijdig kunnen signaleren. Daarnaast bleek er voor zorgverleners weinig zicht te zijn op het ontlastingspatroon van cliënten en kreeg het signaleren van klachten ook weinig prioriteit in de praktijk. Verder blijkt dat door de soms beperkte communicatie of moeilijk definieerbaar gedrag van cliënten in de langdurige zorg het in kaart brengen van het ontlastingspatroon moeilijk kan zijn. In dit hoofdstuk worden verschillende vragenlijsten toegelicht en geeft de werkgroep praktische handvatten over hoe het ontlastingspatroon het beste in kaart te brengen is.

4.1.1 Uitgangsvraag

Welke instrumenten zijn geschikt en effectief voor zorgverleners om het ontlastingspatroon van volwassen cliënten in de langdurige zorg met (risico op) obstipatie te observeren en te rapporteren en hoe ga je hier als zorgverlener mee om?

4.1.2 Aanbevelingen

Gebruik meetinstrumenten voor het observeren van het ontlastingspatroon bij volwassen cliënten in de langdurige zorg met (risico op) obstipatie:

- Gebruik de [BSS \(Bristol Stoelgang Schaal\)](#) voor het observeren van het ontlastingspatroon.
 - Categoriseer daarbij ook de hoeveelheid ontlasting en spreek duidelijke eenheden af die alle zorgverleners in het team kunnen aanhouden (bijvoorbeeld A=sporen, B=koffiekopje (vol) en C=soepkom (vol)).
 - Gebruik, indien nodig en mogelijk, aanvullend de [CSS \(Constipation Scoring System\)](#) om de ernst van de symptomen vast te stellen.

Inventariseer het ontlastingspatroon van een cliënt op de volgende momenten:

- bij de start van de zorg,
- wanneer de gezondheidssituatie verandert, of
- bij de start of wijziging van medicatiegebruik.

Stel tijdens zorgmomenten (korte) vragen over het ontlastingspatroon aan de cliënt en/of observeer veranderingen in fysieke kenmerken of gedrag.

Bepaal de frequentie van observatie op basis van de klachten en de mogelijkheden van de cliënt met een hiervoor bevoegde zorgverlener.

Observeer het ontlastingspatroon dagelijks bij cliënten met een vermoeden van obstipatie die moeite hebben met communicatie, zich anders uiten of een andere culturele achtergrond hebben.

4.1.3 Onderbouwing

In deze paragraaf staat een samenvatting van het wetenschappelijk literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de volgende uitgangsvraag te beantwoorden:

- Welke instrumenten zijn geschikt en effectief voor zorgverleners om het ontlastingspatroon van volwassen cliënten in de langdurige zorg met (risico op) obstipatie te observeren en te rapporteren?

In deze paragraaf wordt beschreven welke artikelen gevonden zijn, welke resultaten hieruit zijn gekomen en wat de kwaliteit van de onderzoeken is.

Zoekvraag

Deze uitgangsvraag is omgezet naar een zoekvraag voor de literatuur: *Welke instrumenten zijn geschikt en effectief voor zorgverleners om het ontlastingspatroon van volwassen cliënten in de*

langdurige zorg met (risico op) obstipatie te observeren en te rapporteren? De zoekstrategie hield in dat werd gezocht op alle relevante zoektermen voor primaire studies die klinimetrische eigenschappen van meetinstrumenten voor het observeren en rapporteren van het ontlastingspatroon beschreven. Daarnaast werd in één overkoepelende zoekstrategie voor alle uitgangsvragen gezocht naar systematische literatuurreviews over obstipatie in het algemeen. Bij het selecteren van de artikelen is specifiek gekeken of de gevonden artikelen een antwoord op de bovenstaande zoekvraag bevatten.

Resultaten

Het literatuuronderzoek heeft één systematische review en vijf primaire studies gevonden die relevant zijn voor deze uitgangsvraag. Eén studie over de Groningen Defecation and Fecal Incontinence (DeFeC) vragenlijst werd uitgesloten omdat de Nederlandse versie van deze vragenlijst niet beschikbaar was. De systematische review ³⁰ beschreef 26 studies over de ontwikkeling of validatie van een patient reported outcome measure (PROM) over obstipatie symptomen en/of kwaliteit van leven. Een PROM is een patiënt-gerapporteerde uitkomst die de mening en waardering van een cliënt over zijn eigen gezondheid weergeeft. Er werden achttien PROMs geïdentificeerd over symptomen van obstipatie en vijf PROMs over obstipatie-gerelateerde kwaliteit van leven. Onder de PROMs over symptomen van obstipatie zaten onder meer de Bowel Function Index, de Constipation Scoring System, de Obstructed Defecation Score en de (Modified) Patient Assessment of Constipation Symptoms. Deze worden verderop uitgebreider toegelicht .

De vijf primaire studies beschreven klinimetrische eigenschappen van meetinstrumenten voor het observeren en rapporteren van het ontlastingspatroon. Drie primaire studies beschreven de ontwikkeling en/of validatie van de meetinstrumenten de Bowel Function Index ³¹ , de Bristol Stool Form Scale ³² en de Constipation Scoring System ³³ . Twee primaire studies focusten op de ontwikkeling van een vertaling van een meetinstrument (de Constipation Severity Index ³⁴ en de Patient Assessment of Constipation Quality of Life ³⁵) en relateerden deze aan de Constipation Scoring System. Deze vijf meetinstrumenten zijn door de richtlijnwerkgroep aangemerkt als relevant en beschikbaar in de Nederlandse taal. Een overzicht van de klinimetrische eigenschappen van de meetinstrumenten is te vinden in de bijlage [Uitwerking Literatuuronderzoek H4 Observatie ontlastingspatroon](#). De meetinstrumenten worden hieronder verder beschreven.

- De [Bristol Stoelgang Schaal](#) (BSS) richt zich op de consistentie van de ontlasting bij mensen met ontlastingsproblematiek ³⁶ . Het is een vraag die op een 7-puntsschaal (1: harde klonten/ernstige obstipatie tot 7: vloeibare ontlasting/ernstige diarree) kan worden ingevuld door de cliënt, de mantelzorger of de zorgverlener. De schaal bestaat uit afbeeldingen en kan eventueel non-verbaal gescoord worden.
- De [Bowel Function Index](#) (BFI) observeert patiëntgerapporteerde symptomen van obstipatie veroorzaakt door opioïden ³⁷ . De drie vragen gaan over de hoeveelheid moeite met defecatie, de mate van onvolledige lediging en sterkte van het gevoel van obstipatie. De score is het gemiddelde van de drie vragen die worden gescoord van 0 (geen symptomen) tot 100 (ernstige symptomen) door de zorgverlener tijdens een gesprek met de cliënt.

- De [Constipation Scoring System](#) (CSS) richt zich op patiëntgerapporteerde symptomen van obstipatie bij mensen met obstipatie³⁸. De CSS is ook wel bekend onder de namen (Agachan-)Wexner Constipation Score, Wexner questionnaire of Cleveland Clinic Constipation Score (CCSS). De acht vragen gaan over frequentie, moeite en incompleetheid van defecatie, buikpijn, tijd, benodigde hulpmiddelen, aantal onsuccesvolle pogingen per 24 uur en duur van obstipatieklachten. De score is de som van de acht vragen, waarvan zeven op een 5-puntsschaal en één op een 3-puntsschaal wordt beantwoord door de cliënt zelf. Een score van 15 of hoger duidt op obstipatie.
- De [Obstructed Defecation Score](#) (ODS) observeert de ernst van het Obstructief Defecatie Syndroom bij mensen met dat syndroom³⁹. Dit syndroom ontstaat wanneer de darm niet goed geleidigd kan worden door bijvoorbeeld inadequate bekkenbodemcontrole of structurele afwijkingen als rectocele of prolaps. De acht vragen gaan over tijd, aantal pogingen, frequentie van digitatie (= manuele handeling om ontlasting uit het rectum te verwijderen door cliënt of zorgverlener), gebruik van laxeermiddelen en klysma's, onvolledige uitdrijving, persen en de consistentie. De score is de som van de acht vragen, die elk op een 4- of 5-puntsschaal worden gescoord (0: geen symptomen tot 3/4: ernstigere symptomen) en worden ingevuld door een onderzoeker of arts tijdens een gesprek met de cliënt. Een hogere score duidt op ernstigere symptomen. De ODS verschilt van de Obstructive Defecation Syndrome Score (ODS-S), die niet beschikbaar is in het Nederlands.
- De [\(Modified\) Patient Assessment of Constipation Symptoms](#) (PAC-SYM) meet patiëntgerapporteerde ernst van obstipatie bij mensen met chronische obstipatie^{40 41}. De twaalf vragen (of elf in de herziene versie) gaan over de ernst van klachten over een onaangenaam, pijnlijk of opgeblazen gevoel in de buik, maagkrampen, pijn, branderig gevoel of bloed of scheurtjes in de anus tijdens of na de ontlasting, onvolledige lediging, te harde ontlasting, ontlasting in kleine stukjes, persen en gevoel van ontlasting maar dat het niet ging. De score is de som van twaalf (of elf) vragen, die elk op een 5-puntsschaal worden gescoord (0: afwezig tot 4: zeer ernstig) en door de cliënt zelf worden ingevuld. Een lagere score duidt op minder symptomen en een lagere ernst van symptomen.

Een uitgebreid verslag van het literatuuronderzoek is te vinden in de bijlage [Uitwerking Literatuuronderzoek H4 Observatie ontlastingspatroon](#).

Conclusie

Het literatuuronderzoek leverde vijf relevante meetinstrumenten op die (ook) in het Nederlands beschikbaar zijn. Deze instrumenten meten verschillende thema's: de consistentie van de ontlasting (BSS) en de ervaren ernst en/of frequentie van de symptomen van obstipatie (BFI, CSS, ODS, PAC-SYM).

De COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) beoogt richtlijnen te verbeteren voor het selecteren van meetinstrumenten in de zorg. Dit doen ze door methodologieën en praktische tools te ontwikkelen. Deze COSMIN-methodiek⁴² adviseert om bij het formuleren van een aanbeveling over het meest geschikte meetinstrument, de meetinstrumenten in te delen in drie categorieën:

- Categorie A: meetinstrumenten die potentieel aanbevolen zouden kunnen worden als meest geschikt;
- Categorie B: meetinstrumenten die potentieel aanbevolen zouden kunnen worden, maar waarvoor meer onderzoek nodig is; en
- Categorie C: meetinstrumenten die niet zouden moeten worden aanbevolen.

Volgens de COSMIN-methodiek zou op basis van de kwaliteit van het bewijs voor de validiteit en betrouwbaarheid de CSS kunnen worden aanbevolen (categorie A). De BSS en ODS zijn veelbelovend (categorie B). Voor de BFI en de PAC-SYM was onvoldoende bewijs om te beoordelen in welke categorie ze vallen.

4.1.4 Overwegingen bij literatuur

In het literatuuronderzoek is breed gezocht naar systematische literatuurreviews over obstipatie en specifiek naar primaire studies over de klinimetrische eigenschappen (eigenschappen die iets zeggen over de kwaliteit van een meetinstrument, zoals de validiteit, betrouwbaarheid en responsiviteit) van meetinstrumenten voor het observeren en rapporteren van het ontlastingspatroon. Uit alle gevonden literatuur werden de artikelen geselecteerd die geschikt waren voor het beantwoorden van de uitgangsvraag uit dit hoofdstuk. Er zijn enkele algemene opmerkingen te maken bij het literatuuronderzoek:

- De literatuuronderzoekers hebben gebruikgemaakt van de resultaten van de systematische review van Lee³⁰. Deze review heeft een aantal beperkingen:
 - Het oordeel wordt alleen gerapporteerd aan de hand van de criteria voor goede meeteigenschappen en niet aan de hand van de waardes van de meeteigenschappen uit de primaire studies.
 - Er zijn alleen validatiestudies van het originele instrument in de originele populatie geselecteerd, dus geen vertalingen of validatie in andere studiepopulaties.
 - Het gaf te weinig informatie over de relevantie, begrijpelijkheid en compleetheid (contentvaliditeit).
- De literatuuronderzoekers hebben geen primaire studies die voor 2013 zijn gepubliceerd meegenomen in de zoekactie.
- Geen van de onderzoeken keek naar het gebruik of meeteigenschappen van een Nederlandse vertaling. Van geen van de gevonden meetinstrumenten is een officiële Nederlandse vertaling gevalideerd. Er is geen bewijs dat de Nederlandse versies van de meetinstrumenten vergelijkbare meeteigenschappen hebben met de meetinstrumenten die in het literatuuronderzoek zijn gevonden.

4.1.5 Overwegingen over de meetinstrumenten

Zekerheid van bewijs en aanbevolen meetinstrument(en)

Via de GRADE-methodiek is de zekerheid van het bewijs vastgesteld voor de meetinstrumenten. Deze varieerde tussen de meetinstrumenten en tussen de verschillende onderdelen van de

meetinstrumenten. Voor de BSS is het vertrouwen in het bewijs zeer laag of afwezig, voor de BFI redelijk tot zeer laag of afwezig, voor de CSS redelijk tot laag of onbepaald of afwezig, voor de ODS zeer laag of afwezig en voor de PAC-SYM hoog tot laag of afwezig. Ook kan op basis van de COSMIN-methode een aanbeveling worden geformuleerd. De CSS zou op basis van de kwaliteit van het bewijs voor de validiteit en betrouwbaarheid kunnen worden aanbevolen als het meest geschikte meetinstrument. De BSS en ODS vallen in de categorie 'veelbelovend'. Voor de BFI en PAC-SYM was er onvoldoende bewijs om de relevantie, begrijpelijkheid en compleetheid (contentvaliditeit) te beoordelen. Er moet worden opgemerkt dat er geen bewijs is dat de Nederlandse versies van de meetinstrumenten vergelijkbare meeteigenschappen hebben omdat dit niet is onderzocht en niet is beschreven in de literatuur.

Verschil in de thema's die worden gemeten

Er zijn grofweg twee thema's (constructen) te onderscheiden waar de meetinstrumenten zich op richten: de consistentie van de ontlasting (BSS) en de ervaren ernst en/of frequentie van de symptomen van obstipatie (BFI, CSS, ODS en PAC-SYM). Omdat beide thema's iets anders meten, kunnen de meetinstrumenten aanvullend op elkaar worden gebruikt. De werkgroep merkt op dat in de praktijk vaak de BSS wordt gebruikt om het ontlastingspatroon te observeren en dat daarnaast aanvullend wordt gesignaleerd zonder gebruik te maken van een extra meetinstrument. Dit signaleren gebeurt door het stellen van korte vragen (bijvoorbeeld over belemmeringen door en mate van obstipatie) of door het observeren van fysieke kenmerken (zoals algehele malaise of vollere buik^{29 43}) en/of veranderingen in gedrag (bijvoorbeeld veranderingen in eten en/of drinken, onrustig gedrag en veranderingen in houding en bewegen²⁹). Bij mensen die moeite hebben met communicatie of zich moeilijk kunnen uiten, speelt het observeren van fysieke kenmerken en veranderingen in gedrag een grotere rol.

Observeren hoeveelheid

De werkgroep mist bij de meetinstrumenten een 'overeenstemmende' hoeveelheid ontlasting. De werkgroep ervaart in de praktijk wel het belang van het uitvragen van de hoeveelheid ontlasting omdat het kan uitmaken voor bijvoorbeeld het gevoel van lediging en het beleid dat wordt gekozen. De werkgroep raadt aan om de hoeveelheid ontlasting te categoriseren en duidelijke eenheden af te spreken die alle zorgverleners in het team kunnen aanhouden (bijvoorbeeld A=sporen, B=koffiekopje vol en C=soepkom vol).

Doelpopulatie

Geen van de instrumenten richt zich specifiek op de langdurige zorg. De cliëntpopulaties waarvoor de meetinstrumenten zijn ontwikkeld of waarin de meetinstrumenten zijn getest, variëren van cliënten met (chronische) obstipatie, chronische pijn bij kanker, prikkelbaredarmsyndroom tot colorectale ziekten. De BFI richt zich specifiek op cliënten met opioïde-geïnduceerde obstipatie. Dit is obstipatie die is veroorzaakt door het gebruik van sterke pijnmedicatie (opiaten). Meetinstrumenten die alleen gericht waren op incontinentie van ontlasting of alleen op specifieke aandoeningen zoals reflux werden geëxcludeerd bij het literatuuronderzoek. De klachten van en observaties bij cliëntpopulaties zoals hierboven beschreven en cliënten in de langdurige zorg bij obstipatie zullen niet veel van elkaar verschillen; sommige cliënten lijden ook aan bovengenoemde of aanverwante ziekten. Daarom is de

werkgroep van mening dat de instrumenten ook breder in de gehele langdurige zorg gebruikt kunnen worden.

Frequentie van observeren

In de literatuur wordt geen duidelijke aanbeveling gegeven voor de frequentie waarmee het ontlastingspatroon geobserveerd moet worden. De werkgroep adviseert om het ontlastingspatroon uit te vragen wanneer iemand in zorg komt, wanneer de gezondheidssituatie verandert of bij start- of wijziging van medicatiegebruik. Daarbij kan ook tussendoor gesignaleerd worden of er mogelijk sprake is van obstipatie. Bijvoorbeeld door vragen te stellen over de ontlasting of door fysieke kenmerken of gedrag te observeren. Wanneer er een vermoeden is van obstipatie kan men, afhankelijk van de problematiek en waar een cliënt toe in staat is, actie ondernemen. Als de cliënt niet voor zichzelf kan spreken of zich moeilijk kan uiten en er is een vermoeden van obstipatie, dan adviseert de werkgroep om dagelijks het ontlastingspatroon te observeren.

Kosten en kosteneffectiviteit

Hoewel er geen precieze kosten bekend zijn, lijken de kosten van het observeren van het ontlastingspatroon via bovengenoemde meetinstrumenten beperkt. Zeker als cliënten het meetinstrument zelf kunnen invullen. Als een zorgprofessional betrokken wordt om het ontlastingspatroon te observeren, interpreteren en/of rapporteren, kunnen de kosten worden opgenomen in het algemene behandelings- of consulttarief. Mogelijk zijn er kosten voor het ontwikkelen en onderhouden van technologieën voor bijvoorbeeld apps of elektronisch patiënten dossiers (EPDs) waarin de BSS of andere dagboeken voor ontlasting kunnen worden bijgehouden.

Het observeren van het ontlastingspatroon heeft diagnostische waarde doordat het kan helpen vaststellen of er sprake is van obstipatie of een andere aandoening. Daardoor kunnen onjuiste of vertraagde diagnoses en behandelingen worden voorkomen. Ook kan het helpen om obstipatie preventief en/of effectief te behandelen, wat duurdere medische interventies en ziekenhuisopname kan voorkomen. Wanneer een behandeling niet effectief blijkt, kan deze worden bijgesteld. Door het observeren kunnen potentiële (ernstige) complicaties beter worden gemonitord, waardoor er vroegtijdig en adequaat kan worden ingegrepen. Het ontlastingspatroon kan ook aanwijzingen geven over mogelijke onderliggende oorzaken van obstipatie en door die te identificeren kan de behandeling beter worden aangepast aan de individuele behoeften van de cliënt. Ten slotte kan de juiste behandeling van obstipatie de kwaliteit van leven en het comfort van cliënten verbeteren en de arbeidsbelasting van zorgverleners verminderen. Dit alles levert een aanzienlijke besparing van gezondheidszorgkosten op. Er zijn geen studies bekend die de kosteneffectiviteit van de meetinstrumenten hebben vastgesteld. Volgens de werkgroep maken de lage kosten en mogelijke besparingen van gezondheidszorgkosten het observeren van het ontlastingspatroon door middel van de hiervoor besproken meetinstrumenten zeer kosteneffectief.

Gelijkheid

Culturele overtuigingen, normen en gewoonten kunnen van invloed zijn op hoe cliënten en zorgverleners het observeren van het ontlastingspatroon benaderen. Culturele voedingsgewoonten, zoals vasten en dieetvoorkeuren (zoals traditionele kruiden) kunnen invloed hebben op het ontlastingspatroon. Het is goed als zorgprofessionals zich van dit soort gewoonten bewust zijn en dit

meewegen in observaties. In sommige culturen zijn onderwerpen met betrekking tot spijsvertering en het ontlastingspatroon gevoelig en het bespreken ervan taboe, waardoor cliënten zich kunnen schamen om hierover te praten. Wanneer dit speelt, kan een instrument met zelfrapportage door cliënten meer geschikt zijn. In sommige culturen zijn de naasten nauwer betrokken bij de zorg van cliënten, wat van invloed kan zijn op hoe ontlastingsproblemen worden besproken. Ook taalbarrières kunnen de communicatie bemoeilijken. Zorgverleners moeten daarom cultuursensitief zijn, proberen te begrijpen welke en hoe voedingsmiddelen, eetgewoonten en kruiden invloed hebben op het ontlastingspatroon. Ook moeten ze begrip tonen voor en zich aanpassen aan gevoelens van schaamte, invloed van naasten en taalbarrières.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid

Een overweging bij het gebruik van de meetinstrumenten is de gebruiksvriendelijkheid. Vrijwel alle meetinstrumenten zijn relatief eenvoudig en gemakkelijk te begrijpen voor de meeste cliënten en hun naasten. De BSS maakt gebruik van afbeeldingen en kan door de meeste cliënten worden gebruikt, ook door de meeste cliënten die zich moeilijk communicatief uiten. Het kan gemakkelijk door de zorgprofessional gebruikt worden tijdens gesprekken met de cliënt, bijvoorbeeld in de vorm van een zakkaart. De CSS en PAC-SYM worden door de cliënt zelf ingevuld, wat om een bepaald cognitief vermogen van de cliënt vraagt, terwijl de BFI en ODS worden afgenomen door een zorgprofessional in gesprek met de cliënt. Er is ook verschil in het aantal vragen en antwoordmogelijkheden per meetinstrument. Zo bestaat de BSS uit een vraag met zeven afbeeldingen, de BFI uit drie vragen die op een schaal van 0-100 worden gescoord, de CSS en ODS uit acht vragen met vijf antwoordmogelijkheden, en de PAC-SYM uit twaalf vragen met vijf antwoordmogelijkheden. Een korter instrument met minder vragen en antwoordmogelijkheden zal makkelijker te lezen, rapporteren en interpreteren zijn en ook minder tijd kosten om te gebruiken. Als we kijken naar culturele verschillen en begrijpelijk taalgebruik, heeft het gebruik van afbeeldingen in de BSS veel voordelen. Omdat obstipatie als een gevoelig onderwerp kan worden ervaren, speelt ook mee welke bewoording is gekozen en of er sprake is van zelfrapportage. Vragen die de cliënt zelf kan invullen, hebben daarbij de voorkeur boven vragen die tijdens een face-to-face-gesprek besproken moeten worden. In de praktijk blijkt ook dat de BSS door cliënten goed wordt geaccepteerd. De werkgroep is van mening dat de BSS daarom het meest aanvaardbaar is.

Voor de haalbaarheid is de implementatie in de praktijk belangrijk. Hiervoor speelt tijd en bereidheid van zorgprofessionals om meetinstrumenten op te nemen een rol. De werkgroep geeft aan dat in de praktijk de BSS het meest wordt gebruikt. Dit doordat de BSS door de meeste cliënten zelf kan worden ingevuld en door de afbeeldingen eenvoudig in gebruik is. Ook zou de BSS goed gebruikt kunnen worden bij cliënten die zich moeilijk communicatief kunnen uiten, door het gebruik van afbeeldingen en de mogelijkheid om deze non-verbaal te scoren. In deze gevallen werkt de BSS ook goed voor zorgprofessionals; de vragen zijn meetbaar en feitelijk, en daarmee goed te observeren van buitenaf. Voor goed gebruik in de praktijk is verder van belang dat zorgprofessionals en cliënten worden getraind om ervoor te zorgen dat de meetinstrumenten effectief worden gebruikt. Van de BSS is bijvoorbeeld bekend dat er beperkte overeenstemming is tussen de subjectieve rapportage van cliënten met prikkelbaredarmsyndroom en een objectieve meting van de ontlasting⁴⁴. Ook moet men extra alert zijn bij cliënten die zelfstandig naar het toilet gaan, omdat het observeren van het

ontlastingspatroon minder vanzelfsprekend is. Er moeten ook voldoende tijd en middelen zijn voor het verzamelen, registreren en analyseren van de gegevens die door deze instrumenten worden gegenereerd. De meetinstrumenten kunnen worden opgenomen in het elektronisch patiënten dossier (EPD) voor een goede registratie van ontlastingsobservaties.

Verder speelt technologische ondersteuning mee voor de haalbaarheid van de meetinstrumenten. Zo zijn er diverse apps in omloop waarin cliënten zelf hun ontlastingspatroon kunnen bijhouden. Ontlasting kan in deze apps bijvoorbeeld volgens de BSS genoteerd worden, maar ook of het gepaard gaat met bloed of slijm en/of obstipatieklachten als een opgeblazen gevoel of winderigheid. Om gebruik te maken van dit soort toepassingen, moeten cliënten wel over een apparaat beschikken waarop iOS/Android-apps gedownload kunnen worden. Sommige cliënten hebben een zogenaamde 'seniorentelefoon' waarop geen apps gedownload kunnen worden. De werkgroep heeft geen beoordeling gedaan op kwaliteit en veiligheid van de apps.

Cliëntperspectief

Het is belangrijk om het perspectief van de cliënt mee te nemen bij het observeren van het ontlastingspatroon. Onderzoek bij ouderen die opgenomen waren in het ziekenhuis laat zien dat het voor zowel cliënten als verpleegkundigen ongemakkelijk is om over ontlasting en obstipatie te praten ⁴⁵. Omdat cliënten het onderwerp zelf vaak niet ter tafel brengen, is het van groot belang dat de zorgprofessional dat doet. Daarbij is open communicatie, empathie en respect voor privacy en waardigheid van de cliënt belangrijk. Dit zorgt voor openheid van de cliënt over zijn ervaringen, zorgen en symptomen over het ontlastingspatroon. Zorgverleners dienen alert te zijn dat het gesprek over obstipatie niet resulteert in een obsessie waardoor er een patroon kan ontstaan en angstklachten kan aanwakkeren. Goede voorlichting kan helpen om cliënten tijdig bewust te maken van de gevolgen van obstipatie en om ze gerust te stellen. Maar goede voorlichting helpt ook mee dat zij wel de noodzaak begrijpen van het melden en bespreekbaar maken van klachten rondom ontlasting of het bijhouden van klachten in een dagboek. Hierbij kan het helpen om het doel van het observeren van het ontlastingspatroon toe te lichten en zelfrapportage aan te moedigen. Ook kan het opbouwen van een vertrouwensband en het kiezen van een geschikte omgeving en een geschikt moment helpen om obstipatie bespreekbaar te maken.

Rationale

De werkgroep beveelt om verschillende redenen aan om in de praktijk de BSS te gebruiken voor het observeren van het ontlastingspatroon van volwassen cliënten in de langdurige zorg met (risico op) obstipatie. Ten eerste, de BSS wordt in de praktijk al veel gebruikt, ook in ondersteunende technologieën. Dit kan de haalbaarheid in de praktijk bevorderen. Ten tweede, de BSS heeft communicatieve voordelen doordat het gebruik maakt van afbeeldingen. Daardoor is het geschikt voor gebruik bij cliënten met communicatieve problemen of schroom om ontlasting te bespreken. Ten slotte is het nut van de BSS in de literatuur aangetoond en door de auteurs van de richtlijn over functionele obstipatie bij volwassenen, van de Europese vereniging voor neurogastro-enterologie en motiliteit onderstreept ⁴⁶. Er moet worden opgemerkt dat op basis van de zekerheid van het bewijs uit het literatuuronderzoek voor de huidige richtlijn alleen een zwakke aanbeveling voor het gebruik van de BSS kan worden gedaan.

De BSS meet alleen de consistentie van de ontlasting. Indien nodig of gewenst, kunnen aanvullende instrumenten of acties worden ingezet. Ten eerste kan de CSS aanvullend worden gebruikt. Op basis van de kwaliteit van het bewijs kan de CSS het sterkst worden aanbevolen als geschikt en effectief instrument om het ontlastingspatroon te observeren. Hierbij moet worden opgemerkt dat de zekerheid voor het bewijs laag is. Beide instrumenten meten andere thema's: symptomen van obstipatie (CSS) en consistentie van de ontlasting (BSS). Ten tweede kan aanvullend gesignaleerd worden door het stellen van korte vragen of door het observeren van fysieke kenmerken en/of veranderingen in gedrag. Ten derde kan het helpen om mensen vroegtijdig bewust te maken van het belang van het bespreekbaar maken van problemen omtrent ontlasting.

5. Leefstijladviezen en Interventies

Autorisatiedatum 17-12-2024 Beoordelingsdatum 17-12-2024

5.1 Leefstijladviezen bij obstipatie

Hoofdstuk 5 is opgedeeld in twee gedeeltes; een gedeelte over leefstijladviezen en een gedeelte over interventies. Oorspronkelijk had de werkgroep twee uitgangsvragen in twee verschillende hoofdstukken geformuleerd. Voor elke uitgangsvraag is een zoekactie uitgevoerd. Helaas kwamen uit de zoekactie over leefstijladviezen weinig resultaten. En uit de resultaten uit de zoekactie over de interventies kwamen meerdere leefstijladviezen. Daarom heeft de werkgroep besloten beide hoofdstukken samen te voegen. De resultaten worden apart weergegeven, maar in de overwegingen komen alle resultaten samen en geeft de werkgroep overwegingen en concrete adviezen voor zorgverleners.

5.1.1 Uitgangsvraag

Wat zijn geschikte en effectieve leefstijladviezen die door verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders kunnen worden ingezet ter preventie van obstipatie bij volwassen cliënten in de langdurige zorg met risico op obstipatie?

5.1.2 Aanbevelingen

Belangrijk!

Onderstaande adviezen zijn algemene adviezen, waarbij altijd eerst gekeken wordt naar mogelijke oorzaken van obstipatie door een medisch behandelaar door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek. In het meest gunstige geval kun je starten met basisadviezen. Voor de basisadviezen geldt volgens de werkgroep: alles is maatwerk. Je geeft een advies en kijkt of het advies ook het gewenste effect geeft. Niet alle adviezen zijn geschikt voor elke cliënt; overleg met de cliënt, naasten en collega's, waaronder de medisch behandelaar, welke adviezen je aan de individuele cliënt geeft, houdt hierbij rekening met de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Daarnaast is het goed om te beseffen dat veel cliënten in de langdurige zorg moeite hebben zich communicatief uit te drukken. Ook kunnen bij deze cliënten signalen en informatie anders binnenkomen (met name bij cliënten met een verstandelijke beperking). Wees sensitief en pas je communicatiestijl hierop aan.

Geef de volgende adviezen aan de cliënt, ter preventie van obstipatie:

- Voldoende vezelinname (minimaal 25 gram vezels per dag voor vrouwen en minimaal 30 gram vezels per dag voor mannen of meer dan 14 gram vezels per 1000 kcal.) Met één volkorenboterham krijg je bijvoorbeeld iets meer dan 2 gram vezels binnen. In een

peer zitten zo'n 3 gram vezels.

- Voldoende vochtinname (1,5-2L drinken per dag)
- Regelmatig eetpatroon (3 hoofdmaaltijden per dag, waaronder een ontbijt)
- Voldoende lichaamsbeweging (volgens de [Beweegrichtlijnen](#))
- Juiste toilethouding.

Maak de cliënt en/of naasten bewust van de risicofactoren van obstipatie. Verstrek informatie over de mogelijke risicofactoren en wees alert op informatie die verkeerd is. Een voorbeeld van iets dat niet waar is: bananen eten zorgt voor obstipatie.

Zie het volledige overzicht van [verkeerde informatie over obstipatie](#) onder leefstijladviezen bij obstipatie.

5.1.3 Onderbouwing

In deze paragraaf staat een samenvatting van het wetenschappelijk literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de volgende uitgangsvraag te beantwoorden:

- Wat zijn geschikte en effectieve leefstijladviezen die door verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders kunnen worden ingezet ter preventie van obstipatie bij volwassen cliënten in de langdurige zorg met risico op obstipatie?

In deze paragraaf wordt beschreven welke artikelen gevonden zijn, welke resultaten hieruit zijn gekomen en wat de kwaliteit van de onderzoeken is.

Zoekvraag

Deze uitgangsvraag is omgezet naar een zoekvraag voor de literatuur: *Wat zijn geschikte en effectieve interventies die inzetbaar zijn door zorgverleners tijdens de zorg voor volwassen cliënten met risico op obstipatie in de langdurige zorg?*

Voor deze zoekvraag zijn twee verschillende zoekacties uitgevoerd. Allereerst is de zoekvraag gebundeld in één overkoepelende zoekstrategie. Dit betekent dat er gezocht is naar systematische literatuurreviews over obstipatie in het algemeen. Deze literatuurzoekactie leverde 309 unieke treffers op. Bij het selecteren van de artikelen is specifiek gekeken of de gevonden artikelen een antwoord op bovenstaande zoekvraag bevatten. Ten tweede is een zoekactie uitgevoerd naar interventiestudies ten aanzien van preventie van obstipatie bij cliënten in de langdurige zorg. Deze literatuurzoekactie naar primaire studies leverde 481 unieke treffers op. Literatuur werd geëxcludeerd wanneer de gehele studiepopulatie al obstipatie had bij start van de studie. Dergelijke studies zijn verderop in dit hoofdstuk uitgewerkt ([Onderbouwing uitgangsvraag Interventies](#)). Uit de eerste

zoekactie werden 104 referenties geïnccludeerd voor de beoordeling van de volledige tekst van de review. Hiervan bleek er geen enkele te voldoen aan de selectiecriteria voor deze uitgangsvraag. Uit de tweede zoekactie werden 64 referenties geïnccludeerd voor de beoordeling op basis van de volledige tekst van de studie. Na de beoordeling van de volledige tekst is één studie definitief geïnccludeerd voor de literatuuranalyse.

Resultaten

Tijdens het literatuuronderzoek is een gerandomiseerde studie gevonden die relevant is voor deze uitgangsvraag ⁴⁷. In deze studie uit 1991 uit de Verenigde Staten is in een dubbel-blind experiment onderzocht hoe de ene groep bewoners van 22 geriatrische verpleeghuizen reageerden op twee keer per dag 240 mg calciumdocusaat, gedurende drie weken en een andere groep bewoners op een placebo gedurende dezelfde tijd. Er werd bijvoorbeeld gemeten hoe vaak cliënten ontlasting hadden per week en of de docusaat preventief kon werken. Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen beide groepen. Dit gold ook voor het darm/ontlastingsvolume en de objectieve en subjectieve rapportage van obstipatie. Er werd daarnaast geen statistisch significant verschil gevonden tussen de groepen ten aanzien van het aantal laxeermiddelen dat gebruikt moest worden om obstipatie te verhelpen.

De mate van zekerheid in de gevonden resultaten werd toegekend aan de hand van de GRADE-methodiek. De onderzoekers waardeerden af vanwege grote kans op vertekening (één niveau) en imprecisie (twee niveaus), waarmee de mate van zekerheid uitkomt op zeer laag.

Een uitgebreid verslag van het literatuuronderzoek is te vinden in de bijlage [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 1](#).

Conclusies

De volgende conclusies kunnen getrokken worden vanuit het literatuuronderzoek:

Zekerheid van bewijs	Conclusie
Zeer laag	<p>Het bewijs is zeer onzeker over een preventief effect van docusaat ten opzichte van placebo op symptomen van obstipatie, ontlastingsfrequentie en -patroon en de inzet van 'rescue'-interventies (zoals laxeermiddelen, klyisma's en manuele handelingen om ontlasting te verwijderen) bij mensen in de langdurige zorg.</p> <p><i>Castle (1991)</i> ⁴⁷</p>
	<p>Er werd geen bewijs gevonden voor een preventief effect van docusaat ten opzichte van placebo op patiënttevredenheid, contra-indicaties, bijwerkingen en tijd tot effect.</p>

5.1.4 Overwegingen bij literatuur

In het literatuuronderzoek is een brede zoekactie gehouden naar systematische literatuurreviews over obstipatie. Een systematische literatuurreview is een samenvatting van meerdere primaire uitgevoerde studies waarbij de samenvatting op een systematische manier is ontwikkeld. Uit alle gevonden literatuur werden de artikelen geselecteerd die geschikt waren voor het beantwoorden van de uitgangsvraag uit dit hoofdstuk. Er zijn enkele algemene opmerkingen te maken bij het literatuuronderzoek:

- De literatuuronderzoekers hebben niet zelf gekeken naar de studies uit de systematische literatuurreviews. De GRADE-beoordelingen zijn dan ook gebaseerd op wat de auteurs van de systematische literatuurreviews hebben genoteerd in hun artikel en die rapportage was niet altijd optimaal.
- De studie gevonden in de literatuurzoekactie over de leefstijladviezen dateert van 1991. In deze studie is het medicijn calciumdocusaat toegepast. In Nederland wordt dit medicijn anno 2024 helemaal niet (meer) gebruikt en is als zodanig ook niet geregistreerd. Het medicijn wordt wel gebruikt als werkzame stof in klysma's (in natriumvorm), vanwege de oppervlakte-actieve (en daardoor laxerende) eigenschappen ervan. Deze klysma's (samen met klysma's met andere vergelijkbare werkzame stoffen) worden wel breed ingezet, vaak pas als een van de laatste stappen in de behandeling van obstipatie.

5.1.5 Verkeerde informatie over obstipatie

Hieronder staat verkeerde informatie met betrekking tot obstipatie uitgelegd. De werkgroep heeft hierbij onder andere gebruik gemaakt van de informatie op de website van de [Maag, Lever, Darmstichting](#).

- **NIET WAAR: je moet extra water drinken:** Je hoeft geen extra water te drinken, maar voldoende, dat is tussen de 1,5 en 2 liter water per dag. Uit onderzoek blijkt dat meer drinken dan 2 liter de ontlasting niet verder verbetert ⁴⁸.
- **NIET WAAR: koffie telt niet mee bij de beoordeling voor voldoende vochtinname:** Als een cliënt niet meer dan zeven koppen koffie drinkt, lijkt er op basis van literatuur geen negatief effect op de waterbalans door de urinelozing die cafeïne in principe kan veroorzaken en zou koffie net zo goed moeten kunnen hydrateren als water ^{49 50 51 52}.
- **NIET WAAR: donker brood bevat meer vezels dan licht brood:** De kleur van brood zegt niets over de hoeveelheid vezels die het brood bevat. Waar het brood van gemaakt is, bepaalt hoeveel vezels erin zitten. Brood dat gemaakt is met volkorenmeel heeft de meeste vezels en is gezonder.
- **NIET WAAR: bananen eten zorgt voor obstipatie:** In bananen zitten juist veel vezels die goed zijn voor de darmen en de darmbewegingen stimuleren. Bananen zijn dus goed voor de spijsvertering en de stoelgang.
- **NIET WAAR: ontbijtkoek werkt laxerend:** Gewone ontbijtkoek bevat weinig vezels (ongeveer zoveel als wit brood) en heeft daardoor geen laxerende werking. Volkoren ontbijtkoek bevat

meer vezels en kan daarom beter gegeten worden.

- **NIET WAAR: je moet elke dag ontlasting hebben:** Elk mens heeft zijn eigen ontlastingspatroon dat kan variëren van drie keer per week tot drie keer per dag. Zolang de ontlasting soepel is en goed naar buiten komt, is dit normaal.
- **NIET WAAR: winden laten hoort niet:** Winden laten hoort bij een normale, gezonde spijsvertering. Het is dus heel normaal en iedereen laat elke dag winden. Het is ook niet goed om winden langere tijd op te houden. Winden zijn gassen die zijn ontstaan bij het verteren van voedsel.
- **NIET WAAR: als je laxeermiddelen lang gebruikt, worden je darmen lui of raken ze eraan gewend:** De huidige laxeermiddelen kunnen zonder problemen lang gebruikt worden ^{53 54}. De medicatie is gebaseerd op biologische principes en ondersteunen de natuurlijke processen in de darmen.

5.1.6 Basisadviezen bij obstipatie

Instructies over risicofactoren en leefstijl adviezen

Advies en instructies geven over obstipatie, risicofactoren, voeding, lichaamsbeweging en toiletgang vindt de werkgroep belangrijk en is essentieel ³. Positieve leefstijlveranderingen zijn bewezen effectief in het verbeteren van obstipatie en dragen bij aan een betere levenskwaliteit en gezondheid. Het afzonderlijk verbeteren van vochtinname, extra beweging of extra vezels in de voeding is niet voldoende ^{46 53}, het is altijd een combinatie van factoren. Daarnaast lijkt goede slaapzorg van belang. Tips voor goede slaapzorg zijn te vinden in de [SKILZ-richtlijn Gezonde slaap en slaapproblemen](#).

Andere risicofactoren zoals het niet vroegtijdig signaleren, geneesmiddelen gebruik en gebrek aan communicatie kunnen obstipatie beïnvloeden. Ontlasting is vaak een taboe-thema, door erover te praten, wordt dit taboe doorbroken.

Zekerheid van het bewijs uit de literatuur, gewenste en ongewenste effecten en de balans hiertussen

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het zeer onzeker is of het geven van instructies door zorgverleners aan cliënten in de langdurige zorg over risicofactoren voor obstipatie, voeding, lichaamsbeweging op de symptomen van obstipatie en de frequentie en consistentie van het ontlastingspatroon en de inzet van 'rescue'-interventies effect geeft. Voor het effect van instructies door zorgverleners aan alle cliënten in de langdurige zorg op patiënttevredenheid, bijwerkingen en contra-indicaties werd geen bewijs gevonden. De werkgroep kan dus niet concluderen dat het geven van instructies sterke gewenste effecten heeft. Daarentegen kan de werkgroep ook niet concluderen dat het sterke ongewenste effecten heeft. Vanuit de literatuur is de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten niet goed duidelijk geworden. Daarom zal de werkgroep hierover overwegingen en aanbevelingen geven op basis van hun eigen expertise in de langdurige zorg.

Kosten en kosteneffectiviteit

Het geven van instructies kost tijd en middelen, maar wanneer deze juist worden ingezet door zorgverleners, gaat de werkgroep ervan uit dat het wel degelijk kosteneffectief kan zijn om obstipatie en complicaties daarvan te voorkomen. Ook kunnen goede instructies leiden tot minder

medicijngebruik, wat kostenbesparing met zich meebrengt.

Gelijkheid

De werkgroep vindt het erg belangrijk dat instructiemiddelen op de individuele cliënt zijn afgestemd. Zorgverleners moeten rekening houden met de culturele achtergrond en eventuele culturele gevoeligheden van cliënten bij het verstrekken van instructies. Dit kan betekenen dat instructiemateriaal moet worden aangepast, instructiemateriaal in een andere taal gebruikt moet worden, of instructiemateriaal met bijvoorbeeld alleen maar pictogrammen gebruikt moet worden. Daarnaast hebben sommige cliënten mogelijk extra ondersteuning nodig bij het begrijpen, blijven begrijpen en toepassen van de verstrekte informatie.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de interventie

Cliënten hebben recht op goede informatie en instructies over voeding, beweging en toiletgang. Het geven van instructies en informatie ziet de werkgroep als een vanzelfsprekende taak van de zorgverlener, dit is ook vastgelegd in de beroepsprofielen.

Welke instructies kun je het best geven?

Voldoende vezelinname door verandering voedingspatroon

Vezels zijn belangrijk omdat ze vocht aantrekken waardoor de ontlasting zachter en omvangrijker wordt. Bovendien prikkelen vezels de darm om te bewegen en stimuleert het de darmwand tot snellere verplaatsing van de ontlasting. Uit grootschalig onderzoek onder cliënten met een verstandelijke beperking blijkt dat 98% van de onderzochte cliënten niet voldoet aan de adviezen voor vezelgebruik⁵⁵. De werkgroep adviseert om een normale vezelinname aan te houden voor cliënten in de langdurige zorg. Dat betekent voor volwassen vrouwen minimaal 25 gram vezels en volwassen mannen minimaal 30 gram vezels per dag¹⁷. De vezelbehoefte is afhankelijk van de energiebehoefte en verschilt per geslacht en leeftijd. Het advies is 14 gram vezel per 1000 kcal. De werkgroep adviseert om het voedingspatroon en eetgedrag aan te passen. Het is mogelijk om met verandering in de voeding (hoeveelheid voeding en/of product keuze) meer vezels, die al in het eten aanwezig zijn, binnen te krijgen⁵⁶¹⁷. Uitgangspunt hiervoor is een gezonde en gevarieerde voeding met de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid groente, fruit, volkoren graanproducten, peulvruchten en noten¹⁷⁵⁶. Alle cliënten zouden volgens de werkgroep, indien gewenst, voedingsondersteuning moeten krijgen, bestaande uit goede voorlichting. Zorgverleners moeten cliënten en hun naasten informeren over de voordelen van vezelrijke voeding en hen bewust maken van de beschikbare opties (zie onder andere de Richtlijnen goede voeding¹⁷). Dit moet gecommuniceerd worden in begrijpelijke taal en in overeenstemming met de culturele achtergrond van de cliënt. Er moet altijd rekening worden gehouden met allergieën of overgevoeligheden die sommige cliënten kunnen hebben bijvoorbeeld voor gluten in granen. Wanneer dit het geval is, moet een zorgverlener overleggen met een diëtist. Het inkopen van vezelrijke voedingsmiddelen, zoals groenten, fruit, volkoren producten en peulvruchten kunnen echter wel extra kosten met zich meebrengen. Cliënten die specifiek in een zorginstelling wonen, moeten een gevarieerd aanbod voedingsmiddelen aangeboden krijgen. Naast vezels adviseert de werkgroep om de Richtlijnen Schijf van Vijf en de Richtlijnen goede voeding aan te houden⁵⁶¹⁷.

Voldoende vocht

Net als in de [NHG-richtlijn](#) over obstipatie en in de [IKNL-richtlijn](#) over obstipatie in de palliatieve fase, adviseert de werkgroep van deze richtlijn om een normale vochtinname aan te houden voor cliënten in de langdurige zorg. Dat betekent minimaal 1,5 liter vocht per dag (uit drank, zoals water, thee, koffie of melk; producten zoals soep, appelmoes en vla tellen niet mee als vochtinname)^{17 56}. Uit ervaring weet de werkgroep dat veel cliënten deze hoeveelheid vocht per dag niet halen, met name in de wijkverpleging. Tips om meer vocht in te nemen zijn: het routinematig inbouwen van geheugensteuntjes om te drinken, dagelijks een waterkan vullen zodat een cliënt weet hoeveel er gedronken moet worden, zorgtechnologie inzetten ter herinnering (bijvoorbeeld een wekkerfunctie op een telefoon), het drinken telkens opnieuw aanbieden of de beker drinken in de hand geven, eventueel inzetten van aangepaste bekertjes of andere hulpmiddelen om zelfstandig te kunnen drinken.

Er moet altijd rekening worden gehouden met mogelijk al bestaande voedings- of dieetadviezen. Raadpleeg de medisch behandelaar, diëtist of logopedist als cliënten een vochtbeperking hebben, bijvoorbeeld vanwege hart- en of nierproblemen waardoor het lichaam vocht vasthoudt of als cliënten verdikte dranken gebruiken vanwege slikproblemen.

Voor cliënten die medische voeding ontvangen, bestaan er veel verschillende soorten drinkvoeding en sondevoeding, deze voedingen bestaan voor 65 – 90% uit vocht en tellen dus niet één op één mee als drinkvocht. Raadpleeg de medisch behandelaar of diëtist als cliënten medische voeding gebruiken.

Een regelmatig eetpatroon

Het eten van drie (volumineuze) hoofdmaaltijden per dag is belangrijk omdat op het eten van een volumineuze maaltijd een gastrocolische reflex volgt, hetgeen de toiletgang bevordert^{1 7}. Ontbijten is belangrijk omdat op het eten van een volumineus, vet- en vezel bevattend ontbijt een gastrocolische reflex volgt, met daarbij ontleding van de galblaas met de laxerende galzuren.

Voldoende beweging

Het advies om meer te bewegen, volgt uit de nationale Beweegrichtlijnen uit 2017 van de Gezondheidsraad¹⁸. Dit advies is gericht op volwassenen en ouderen en luidt:

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter.
- Doe minstens 150 minuten per week aan matig, intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Doe minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen.
- En: voorkom veel stilzitten¹⁸.

In de praktijk blijkt dat slechts 45% van de kinderen, volwassenen en ouderen deze adviezen halen¹⁸. Ook in de langdurige zorg blijkt dit percentage laag te zijn^{55 57}. Des te meer reden om hier preventief op in te zetten (bijvoorbeeld met behulp van een hometrainer, een bedfiets, een bewegingsbank en/of door te zwemmen indien deze mogelijkheden beschikbaar zijn). Uiteraard heeft

niet iedereen dezelfde mogelijkheden (door bijvoorbeeld fysieke of financiële beperkingen). Meer informatie over de meerwaarde van (meer) bewegen, welke effecten dit oplevert en wat effectieve beweegactiviteiten in de langdurige zorg zijn (inclusief verschillende mogelijkheden), worden genoemd in de SKILZ-richtlijn 'Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg' die tijdens het schrijven van deze richtlijn in ontwikkeling is.

Letten op aandrang en toilethouding

Een cliënt moet naar het toilet gaan zodra er aandrang is. Er zijn twee reflexen waar gebruik van gemaakt kan worden, de gastro-colische reflex en de ortho-colische reflex. De gastro-colische reflex is een massale peristaltische (gecoördineerde, ritmische contractie van gladde spieren) beweging van de dikke darm die vaak optreedt 15 à 30 minuten na inname van voedsel. De ortho-colische reflex is het stimuleren van de motoriek van de dikke darm na verandering van liggende naar staande positie, deze wordt versterkt door fysieke activiteit⁵⁸.

Het is verder belangrijk om tijdens de ontlasting (indien mogelijk en indien cliënten instrueerbaar zijn) een goede toilethouding aan te nemen (afbeelding 5.1). Dit betekent voeten en knieën wat omhoog met behulp van bijvoorbeeld een krukje en de rug iets bol. Hierdoor buigen de heupen en gaat het anale kanaal goed open, waardoor weerstand van ontlasting afneemt. Bovendien helpt de zwaartekracht in deze houding om de ontlasting kwijt te raken^{26 59}. Er zijn meerdere studies gedaan naar de meest ideale toilethouding. Uit een studie bleek dat hoe groter de heupflexie is die wordt bereikt door te hurken, hoe rechter het anale kanaal is en hoe minder inspanning nodig is voor de ontlasting⁶⁰. Uit een andere studie bleek dat 'De Denker'-positie met het bovenlichaam iets naar voren gebogen ook een goede positie kan zijn⁶¹. Bij de ideale toilethouding is het belangrijk om te kijken wat voor de cliënt het beste past en mogelijk is. Neem de tijd bij het ontlasten, maar ook niet te lang. Verder kan het helpen om een toiletschema te maken, een toilet te gebruiken dat dicht in de buurt is, de voeten hoger neer te leggen⁶² of een kleinere- of speciale toiletbril te gebruiken voor cliënten met een kortere lichaamslengte of onvoldoende rompbalans⁶.



Afbeelding 5.1 De ideale toilethouding

Rationale

Hoewel het vanuit de literatuur onduidelijk is wat de gewenste en ongewenste effecten zijn van het geven van instructies, vindt de werkgroep het geven ervan wel degelijk van belang. Ook vindt ze de voordelen opwegen en ziet ze geen eventuele nadelen. Het kan op langere termijn kosteneffectief zijn. Daarbij stellen cliënten het op prijs om goede instructies te ontvangen. Wel moeten de instructies goed zijn afgestemd op de individuele cliënt. Mede op basis van praktijkervaring geeft de werkgroep dan ook een sterke aanbeveling voor deze interventie en heeft uitgebreid benoemd welke instructies van belang zijn.

5.2 Interventies bij obstipatie

Hoofdstuk 5 is opgedeeld in twee gedeeltes; een gedeelte over leefstijladviezen en een gedeelte over interventies. Oorspronkelijk had de werkgroep twee uitgangsvragen in twee verschillende hoofdstukken geformuleerd. Voor elke uitgangsvraag is een zoekactie uitgevoerd. Helaas bleek uit de zoekactie over leefstijladviezen weinig resultaten te komen en bleken uit de resultaten uit de zoekactie over de interventies ook meerdere leefstijladviezen te komen. Hierop heeft de werkgroep besloten beide hoofdstukken samen te voegen. De resultaten worden apart weergegeven, maar in de overwegingen komen alle resultaten samen en geeft de werkgroep overwegingen en concrete adviezen voor zorgverleners.

5.2.1 Uitgangsvraag

Wat zijn geschikte en effectieve interventies die inzetbaar zijn door verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders van volwassen cliënten met obstipatie in de langdurige zorg?

5.2.2 Aanbevelingen

Belangrijk!

Onderstaande interventies zijn algemene interventies, waarbij altijd eerst gekeken wordt naar mogelijke oorzaken van obstipatie door een medisch behandelaar door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek. Voor de interventies geldt volgens de werkgroep: alles is maatwerk. Je zet een interventie in en kijkt of de interventie ook het gewenste effect geeft. Niet alle interventies zijn geschikt voor elke cliënt; overleg met de cliënt, naasten en collega's, waaronder de medisch behandelaar, welke interventies je bij de individuele cliënt inzet, houdt hierbij rekening met de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Daarnaast is het goed om te beseffen dat veel cliënten in de langdurige zorg moeite hebben zich communicatief uit te drukken. Ook kunnen bij deze cliënten signalen en informatie anders binnenkomen (met name bij cliënten met een verstandelijke beperking). Wees sensitief en pas je communicatiestijl hierop aan.

Overweeg de cliënt aanvullende vezelsupplementen te geven wanneer de inname van vezels

uit de voeding ontoereikend is. Overleg met de medisch behandelaar of diëtist welke vezelsupplementen hiervoor het beste kunnen worden ingezet.

Laat, wanneer het effect van de leefstijladviezen niet toereikend zijn, de medisch behandelaar medicatie (bij voorkeur tijdelijk) voorschrijven in combinatie met het aanpassen van de leefstijl (voeding, vocht, beweging en toilethouding). De eerste keuze is lactulose, macrogol (met elektrolyten) of magnesium(hydr)oxide.

Wees terughoudend met interventies zoals vormen van massage, probiotica en acupunctuur voor obstipatie bij cliënten in de langdurige zorg.

Zet geen functionele magnetische stimulatie of dopaminerge Parkinsonmiddelen in als behandeling voor obstipatie bij cliënten in de langdurige zorg.

5.2.3 Onderbouwing

In deze paragraaf staat een samenvatting van het wetenschappelijk literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de volgende uitgangsvraag te beantwoorden:

- Wat zijn geschikte en effectieve interventies die inzetbaar zijn door verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders van volwassen cliënten met obstipatie in de langdurige zorg?

In deze paragraaf wordt beschreven welke artikelen gevonden zijn, welke resultaten hieruit zijn gekomen en wat de kwaliteit van de onderzoeken is.

Zoekvraag

Deze uitgangsvraag is omgezet naar een zoekvraag voor de literatuur: *Wat zijn geschikte en effectieve interventies die inzetbaar zijn door zorgverleners tijdens de zorg voor volwassen cliënten met obstipatie in de langdurige zorg?* De zoekstrategie voor deze zoekvraag is gebundeld in één overkoepelende zoekstrategie. Dit betekent dat er gezocht is naar systematische literatuurreviews over obstipatie in het algemeen. Bij het selecteren van de artikelen is specifiek gekeken of de

gevonden artikelen een antwoord op de bovenstaande zoekvraag bevatten. In totaal zijn acht literatuurreviews geïncorporeerd voor het literatuuronderzoek voor deze zoekvraag.

Resultaten

Het literatuuronderzoek heeft acht systematische literatuurreviews gevonden die relevant zijn voor deze uitgangsvraag. De acht systematische reviews evalueerden de effectiviteit van diverse interventies. Deze interventies zijn ingedeeld en beoordeeld per (type) interventie:

- Twee reviews beschreven de effectiviteit van voedingsinterventies (inname van meer vezels) op obstipatie bij mensen met een verstandelijke beperking en mensen met de ziekte van Parkinson^{63 64}.
- Drie reviews beschreven de effectiviteit van probiotica op obstipatie, waarvan één bij mensen in een langdurige zorginstelling en twee bij mensen met de ziekte van Parkinson^{63 65 66}.
- Drie reviews beschreven de effectiviteit van massage op obstipatie bij mensen met een verstandelijke beperking, mensen met de ziekte van Parkinson en mensen na een beroerte^{63 64 67}.
- Vijf reviews beschreven de effectiviteit van laxeermiddelen op obstipatie bij mensen met een verstandelijke beperking⁶⁴, mensen in een langdurige zorginstelling^{68 65}, ouderen⁶⁹ en mensen met de ziekte van Parkinson⁶³.
- Drie reviews beschreven de effectiviteit van andere interventies op obstipatie zoals:
 - Individuele instructies of suggesties van zorgpersoneel ten aanzien van risicofactoren, voeding, lichaamsbeweging en toiletgebruik bij ouderen in een langdurige zorginstelling⁶⁵.
 - Functionele magnetische stimulatie bij mensen met de ziekte van Parkinson⁶³.
 - Anti-parkinson therapie bij mensen met de ziekte van Parkinson⁶³.
 - Acupunctuur: auriculair acupressure bij ouderen in een langdurige zorginstelling⁶⁵ en Acupoint catgut embedding bij mensen na een beroerte⁷⁰.

De systematische reviews hadden enige overlap in de geïncorporeerde studies. Eén van de studies in de review van Pedrosa Carrasco⁶³ was ook in de review van Xie⁶⁶ opgenomen. Eén van de studies in de review van Dobarrio-Sanz⁶⁵ was ook opgenomen in de review van Alsalimy⁶⁸. Vier van de zeven studies in de review van Alsalimy waren ook opgenomen in de review van Kang⁶⁹.

Voor het toekennen van de zekerheid van het bewijs volgens GRADE is gebruik gemaakt van de informatie zoals gerapporteerd in de systematische reviews. Waar mogelijk is rekening gehouden met de overlap in ingesloten studies door deze niet twee keer in het GRADE-profiel op te nemen.

Een uitgebreid verslag van het literatuuronderzoek is te vinden in de bijlage [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 2](#).

Conclusies

De volgende conclusies kunnen getrokken worden vanuit het literatuuronderzoek:

Voedingsvezels

Zekerheid van bewijs	Conclusie
Zeer laag	<p>Het bewijs is zeer onzeker over een effect van voedingsvezels op symptomen van obstipatie, ontlastingspatroon, de inzet van 'rescue'-interventies (zoals laxemiddelen, klyasma's en manuele handelingen om ontlasting te verwijderen), bijwerkingen en tijd tot effect bij mensen in de langdurige zorg.</p> <p><i>Robertson (2018)</i>⁶⁴ ; <i>Pedrosa Carrasco (2018)</i>⁶³</p>
	<p>Er werd geen bewijs gevonden voor een effect van voedingsvezels op patiënttevredenheid en contra-indicaties.</p>

Probiotica

Zekerheid van bewijs	Conclusie
(Zeer) laag	<p>Het bewijs is zeer onzeker over een effect van probiotica op symptomen van obstipatie en consistentie van de ontlasting bij mensen in de langdurige zorg. De bevindingen voor een effect op ontlastingsfrequentie lijken positief, maar er wordt een wisselend effect gerapporteerd.</p> <p><i>Dobbario-Sanz 2020</i>⁶⁵ ; <i>Pedrosa Carrasco 2018</i>⁶³ ; <i>Xie 2022</i>⁶⁶</p>
Redelijk	<p>Er is mogelijk een positief effect van probiotica op de inzet van 'rescue'-interventies (zoals laxemiddelen, klyasma's en manuele handelingen om ontlasting te verwijderen).</p> <p><i>Dobbario-Sanz 2020</i>⁶⁵ ; <i>Pedrosa Carrasco 2018</i>⁶³ ; <i>Xie 2022</i>⁶⁶</p>
Laag	<p>Op patiënttevredenheid lijkt er een positief effect te zijn van probiotica. Ook lijken probiotica geen bijwerkingen te geven.</p> <p><i>Dobbario-Sanz 2020</i>⁶⁵ ; <i>Pedrosa Carrasco 2018</i>⁶³ ; <i>Xie 2022</i>⁶⁶</p>

	Er werd geen bewijs gevonden voor contra-indicaties van probiotica en ook niet voor de tijd tot effect.
--	---

Massage

Zekerheid van bewijs	Conclusie
Laag	<p>Het effect van massage op symptomen van obstipatie, ontlastingspatroon en tijd tot effect bij mensen in de langdurige zorg lijkt wisselend.</p> <p>Massage lijkt geen bijwerkingen te hebben.</p> <p><i>Pedrosa Carrasco 2018⁶³ ; Robertson 2018⁶⁴ ; Wang 2020⁶⁷</i></p>
	Er werd geen bewijs gevonden voor de inzet van 'rescue'-interventies (zoals laxeermiddelen, klyasma's en manuele handelingen om ontlasting te verwijderen), patiënttevredenheid en contra-indicaties.

Laxeermiddelen

Zekerheid van bewijs	Conclusie
Laag	<p>Laxeermiddelen lijken een positief effect te hebben op symptomen van obstipatie en ontlastingspatroon bij een populatie in de langdurige zorg.</p> <p><i>Alsalmiy 2018⁶⁸ ; Kang 2021⁶⁹ ; Pedrosa Carrasco 2018⁶³ ; Robertson 2018⁶⁴</i></p>
Zeer laag	<p>Over het effect op de inzet van 'rescue'-interventies (zoals laxeermiddelen, klyasma's en manuele handelingen om ontlasting te verwijderen), patiënttevredenheid en tijd tot effect is het bewijs zeer onzeker.</p> <p><i>Alsalmiy 2018⁶⁸ ; Kang 2021⁶⁹ ; Pedrosa Carrasco 2018⁶³ ; Robertson 2018⁶⁴</i></p>

Redelijk	<p>Laxeermiddelen geven waarschijnlijk geen ernstige bijwerkingen.</p> <p><i>Alsalmiy 2018</i>⁶⁸ ; <i>Kang 2021</i>⁶⁹ ; <i>Pedrosa Carrasco 2018</i>⁶³ ; <i>Robertson 2018</i>⁶⁴</p>
	<p>Er werd geen bewijs gevonden voor contra-indicaties van laxeer middelen.</p>

Instructies ten aanzien van risicofactoren voor obstipatie, voeding, lichaamsbeweging en toiletgang

Zekerheid van bewijs	Conclusie
Zeer laag	<p>Het bewijs is zeer onzeker over een effect van instructies door zorgpersoneel aan oudere mensen in de langdurige zorg over risicofactoren voor obstipatie, voeding, lichaamsbeweging op symptomen van obstipatie en ontlastingspatroon en de inzet van 'rescue'-interventies (zoals laxeer middelen, klyasma's en manuele handelingen om ontlasting te verwijderen).</p> <p><i>Dobarrio-Sanz 2020</i>⁶⁵</p>
	<p>Voor het effect van instructies door zorgpersoneel aan cliënten in de langdurige zorg op patiënttevredenheid, bijwerkingen en contra-indicaties werd geen bewijs gevonden.</p>

Middelen gebruikt bij de ziekte van Parkinson

Zekerheid van bewijs	Conclusie
Zeer laag	<p>Dopaminerge medicatie lijkt bij mensen met de ziekte van Parkinson en obstipatie geen effect te hebben op symptomen van obstipatie en colonpassagetiijd. De medicatie werd goed verdragen. Het bewijs is echter zeer onzeker.</p> <p><i>Pedrosa-Carrasco 2018</i>⁶³</p>

<p>Zeer laag</p>	<p>Het bewijs van een effect van diepe hersenstimulatie op symptomen van obstipatie bij mensen met de ziekte van Parkinson is zeer onzeker.</p> <p><i>Pedrosa-Carrasco 2018</i> ⁶³</p>
	<p>Voor het effect van anti-parkinsontherapie op patiënttevredenheid en contra-indicaties bij mensen met de ziekte van Parkinson werd geen bewijs gevonden.</p>

Acupunctuur

Zekerheid van bewijs	Conclusie
<p>Laag</p>	<p>Auriculaire acupressuur lijkt te leiden tot een vermindering van symptomen van obstipatie bij ouderen in de langdurige zorg.</p> <p><i>Dobarrío-Sanz 2020</i> ⁶⁵</p>
<p>Zeer laag</p>	<p>Acupoint catgut embedding lijkt bij mensen die een CVA hebben doorgemaakt geen effect te hebben op symptomen van obstipatie, maar de tijd tot eerste ontlasting wel te verkorten. Het bewijs is echter zeer onzeker.</p> <p><i>Guo 2022</i> ⁷⁰</p>
	<p>Voor het effect van acupunctuur op patiënttevredenheid, bijwerkingen en contra-indicaties werd geen bewijs gevonden voor cliënten in de langdurige zorg.</p>

Functionele magnetische stimulatie

Zekerheid van bewijs	Conclusie

Zeer laag	<p>Functionele magnetische stimulatie lijkt bij mensen met de ziekte van Parkinson en obstipatie het aantal symptomen te verminderen en de colonpassagetijd te verlagen, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p><i>Pedrosa Carrasco 2018</i> ⁶³</p>
	<p>Voor het effect van functionele magnetische stimulatie op patiënttevredenheid, bijwerkingen en contra-indicaties werd geen bewijs gevonden voor cliënten in de langdurige zorg.</p>

5.2.4 Overwegingen bij literatuur

In het literatuuronderzoek is een brede zoekactie gehouden naar systematische literatuurreviews over obstipatie. Een systematische literatuurreview is een samenvatting van meerdere uitgevoerde studies waarbij de samenvatting op een systematische manier is ontwikkeld. Uit alle gevonden literatuur, werden de artikelen geselecteerd die geschikt waren voor het beantwoorden van de uitgangsvraag uit dit hoofdstuk. Er zijn enkele algemene opmerkingen te maken bij het literatuuronderzoek:

- De literatuuronderzoekers hebben niet zelf gekeken naar de originele studies uit de systematische literatuurreviews. De GRADE-beoordelingen zijn dan ook gebaseerd op wat de auteurs van de systematische literatuurreviews hebben genoteerd in hun artikel. Deze rapportage was niet altijd optimaal.
- De resultaten zijn gegroepeerd per type interventie. Er zijn geen aparte evidence-profielen opgesteld voor unieke vergelijkingen (interventie-comparatie-combinaties). Dit kan leiden tot inconsistentie van de resultaten (bijvoorbeeld bij de resultaten over massage) of minder gedetailleerde resultaten (bijvoorbeeld bij de resultaten over laxeremiddelen).
- Bepaalde interventies die uitgewerkt zijn, zijn mogelijk minder relevant voor de doelpopulatie van de richtlijn (bijvoorbeeld functionele magnetische stimulatie).
- De interventie dopaminerge Parkinsonmiddelen betreft niet een interventie die breed ingezet kan worden bij obstipatie; deze interventie kan eerder gezien worden als een evaluatie van medicatie die parkinsonpatiënten gebruiken en het effect dat deze medicatie heeft op symptomen van obstipatie. De werkgroep gaat hier in de overwegingen nader op in.
- De scheidslijn tussen sommige interventies is dun: zemelen worden op dit moment bijvoorbeeld onder vezelsupplementen geschaard, maar zouden ook onder voeding kunnen vallen.
- In de systematische literatuurreview over mensen met een verstandelijke beperking werden ook studies geïnccludeerd die onder kinderen met obstipatie zijn uitgevoerd. De uitgangsvraag van deze richtlijn gaat echter alleen over volwassenen met obstipatie. Het includeren van deze studies creëert enige indirectheid van de resultaten, alhoewel wel in de [NHG-richtlijn](#) wordt aangegeven dat uitgangspunten en adviezen bij kinderen en volwassenen grotendeels hetzelfde zijn.

- In sommige systematische literatuurstudies zijn de doelpopulaties erg specifiek (bijvoorbeeld cliënten met parkinson of cliënten met een CVA). Hierdoor zijn de resultaten mogelijk niet of minder representatief voor de gehele langdurige zorg.

5.2.5 Interventies bij obstipatie

Aanvullende vezelsupplementen

Aanvullend gebruik van vezelsupplementen kan worden ingezet wanneer de inname van vezels uit de voeding ontoereikend is voor een goed ontlastingspatroon. Er zijn diverse soorten vezelsupplementen (of vezelmodules). Een vezelsupplement kan bestaan uit één soort vezel of verschillende soorten vezel. Let wel op: sommige cliënten zullen ermee geholpen zijn, maar cliënten met ernstige obstipatie mogelijk minder of niet^{1 53}. Psyllium wordt daarnaast minder vaak voorgeschreven aan cliënten met cerebrale parese en niet voorgeschreven aan cliënten waarbij de vochtinname van 1,5 – 2 liter per dag veelal niet wordt gehaald^{6 63}. Raadpleeg de medisch behandelaar en/of diëtist welke vezelsupplementen het beste kunnen worden ingezet (dosering en soort vezel). Voor cliënten die medische voeding ontvangen, bestaan er verschillende soorten drinkvoeding en sondevoeding, met en zonder toegevoegde vezels. Medische voeding mag uitsluitend worden voorgeschreven door de medisch behandelaar of diëtist.

Literatuurrresultaten en zekerheid van dit bewijs

De literatuurrresultaten geven aan dat het zeer onzeker is of het gebruik van aanvullende vezelsupplementen de symptomen van obstipatie vermindert, de frequentie of consistentie van het ontlastingspatroon verbetert, de inzet van 'rescue'-interventies vermindert of de tijd tot het effect/de volgende ontlasting vermindert en of er bijwerkingen door ontstaan. Er is in de literatuur daarnaast geen bewijs gevonden over contra-indicaties voor aanvullende voedingsvezels en wat cliënten hiervan vinden. De werkgroep kan hieruit dus niet concluderen dat het gebruik van aanvullende voedingsvezels sterke gewenste effecten heeft. Daarentegen kan de werkgroep ook niet concluderen dat het gebruik van aanvullende voedingsvezels sterke ongewenste effecten heeft. Vanuit de literatuur is de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten niet goed duidelijk geworden. Daarom zal de werkgroep advies geven over aanvullende voedingsvezels op basis van hun eigen expertise in de langdurige zorg.

Kosten en kosteneffectiviteit

De kosten en kosteneffectiviteit van het gebruik van voedingsvezels kunnen variëren en zijn afhankelijk van bijvoorbeeld specifieke behoeften van de cliënt, de ernst van de obstipatie en de beschikbare middelen. Het kan de kwaliteit van leven van cliënten verbeteren door het verminderen van ongemak en pijn. Het gebruik van aanvullende voedingsvezels kan volgens de werkgroep kosteneffectief zijn op de lange termijn omdat het achterblijven van harde ontlasting in de darmen, darmobstructie en de daaruit voortvloeiende medische kosten kunnen worden verminderd. Maar kosteneffectiviteit kan sterk variëren per persoon en daarom is het belangrijk om individuele behoeften te bespreken en behandelingen goed te evalueren.

Gelijkheid

Het waarborgen van gelijkheid bij het gebruik van voedingsvezels bij cliënten met obstipatie in de langdurige zorg vindt de werkgroep van groot belang om eerlijke en kwalitatieve zorg te garanderen. Toegang tot aanvullende vezels is essentieel. Alle cliënten, ongeacht hun achtergrond, financiële situatie of dieetvoorkeur, zouden hier toegang toe moeten hebben. Naast toegang, zijn culturele en religieuze overwegingen van belang. Mensen met een niet-Westerse achtergrond bijvoorbeeld, zijn mogelijk een ander dieet gewend, met juist meer of minder voedingsvezels. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld moslims tijdens de ramadan willen vasten en daarmee een ander eetpatroon hebben. Dit zorgt ervoor dat de aanvullende vezels ook op andere momenten ingenomen moeten worden.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de interventie

Lang niet alle cliënten zullen het fijn vinden om het voedingspatroon of eetgedrag aan te moeten passen en/of aanvullende vezelsupplementen in te nemen. Elke cliënt heeft zijn eigen voorkeuren voor o.a. smaak en textuur. Voeding moet volgens de werkgroep, ook met aanvullende vezels, aantrekkelijk en lekker genoeg blijven om de aanvaardbaarheid te vergroten. De haalbaarheid van deze interventie valt of staat met de beschikbaarheid van de aanvullende vezels. Indien nodig moeten er aanpassingen komen in de bereidingswijze van de maaltijden.

Voor cliënten met kauw- en/of slikproblemen kan het nodig zijn om de aanvullende vezelsupplementen aan te passen aan hun specifieke textuur- en consistentiebehoeften. Vraag de medisch behandelaar, diëtist en/of logopedist welke vezels het beste kunnen worden ingezet bij kauw- en/of slikproblemen (dosering en soort vezel).

Voor cliënten die medische voeding ontvangen, bestaan er verschillende soorten drinkvoeding en sondevoeding, met en zonder toegevoegde vezels. Vraag de medisch behandelaar of diëtist welke medische voeding het beste kan worden gebruikt bij obstipatie (dosering en type voeding).

Rationale

Hoewel er weinig zekerheid is in het bewijs uit de literatuur, vindt de werkgroep de voordelen van het nemen van aanvullende vezelsupplementen opwegen tegen de nadelen ervan. Op lange termijn zou het nemen ervan zeker kosteneffectief kunnen zijn. Bovendien lijkt het aanvaardbaar en haalbaar, al moet rekening worden gehouden met individuele wensen en culturele aspecten. Ook moet iedereen die het wil de mogelijkheid krijgen om voedingsvezels tot zich te nemen. Mocht het niet lukken om genoeg vezels binnen te krijgen met de huidige voeding, dan wil de werkgroep mede op basis van praktijkervaring een sterke aanbeveling doen voor het innemen van aanvullende voedingsvezels, bijvoorbeeld psylliumvezels, sterculiagom of zemelen^{7 1}. Vraag advies aan de medisch behandelaar en/of diëtist welke vezelsupplementen het beste kunnen worden ingezet (dosering en soort vezel). Overleg met de cliënt, naasten, regiebehandelaar en eventuele andere zorgprofessionals de wensen en mogelijkheden van de cliënt, ook gelet op bijwerkingen of contra-indicaties. Bij obstipatie is het wel belangrijk om de vezels in te nemen met de voorgeschreven hoeveelheid vocht. Daarnaast is de werkgroep het eens met de uitgebreidere toelichting over vezelinname in de [IKNL-richtlijn Obstipatie in de palliatieve fase](#): "*Te snel opvoeren van de vezelinname kan bij sommige patiënten gepaard gaan met een opgeblazen gevoel, winderigheid, diarree en meer buikpijn*". Om die reden adviseert de werkgroep de vezelinname langzaam te

vermeerderen tot minimaal 25 – 30 gram per dag. Start met 5 gram vezels per dag en verhoog elke 1 tot 2 weken met 5 gram⁷.

Laxeermiddelen

Het algemene advies van de werkgroep is om pas medicatie voor te schrijven voor obstipatie als optimale inzet van bovengenoemde inspanningen niet hebben geleid tot het gewenste effect. Daarnaast moet het voorschrijven van medicatie bij obstipatie bij voorkeur tijdelijk zijn (duur afhankelijk van het type medicatie) en gecombineerd worden met het aanpassen van de leefstijl (voeding, vocht, beweging en toiletgang). Zie [Tabel 1](#) uit de IKNL-richtlijn voor in Nederland beschikbare middelen.

Wanneer het beste gestart kan worden met medicatie wordt voorgeschreven in de NHG-richtlijn Obstipatie⁷. Hier wil de werkgroep bij aansluiten; start met medicatie als na twee weken van leefstijlaanpassingen geen veranderingen zijn opgetreden of als de cliënt veel hinder ervaart. Daarnaast voegt de werkgroep toe dat laxeer middelen gestart dienen te worden wanneer een opioïde wordt voorgeschreven, tenzij er sprake is van diarree. Wanneer de medicatie eenmaal is voorgeschreven, is het belangrijk om dit regelmatig te blijven evalueren. Ook hier sluit de werkgroep aan bij de [NHG-richtlijn](#): controleer de medicatie drie dagen na de start (bij ernstige klachten) of twee weken na de start (bij milde klachten). Pas de medicatie of de dosering aan bij bijwerkingen of onvoldoende effect. Realiseer je dat medicatie vaak meerdere dagen nodig heeft om zijn effect te laten zien. Continueer de behandeling wanneer de cliënt geen klachten meer heeft en niet meer voldoet aan de diagnose ‘obstipatie’. Overleg hierna met de cliënt wanneer de behandeling wordt opgebouwd en bouw de behandeling naar eigen inzicht geleidelijk af.

Literatuurresultaten en zekerheid van dit bewijs

Vanuit de literatuur blijkt dat laxeer middelen een positief effect lijken te hebben op symptomen van obstipatie en de frequentie en consistentie van het ontlastingspatroon bij cliënten in de langdurige zorg. Daarnaast blijkt dat laxeer middelen waarschijnlijk geen ernstige bijwerkingen geven. Het bewijs voor het effect van laxeer middelen op de inzet van ‘rescue’-interventies, patiënttevredenheid en tijd tot effect/ontlasting is zeer onzeker. Er werd geen bewijs gevonden voor contra-indicaties van laxeer middelen. In het literatuuronderzoek is geen onderscheid gemaakt in, en zijn geen vergelijkingen gemaakt tussen soorten laxeer middelen, zoals het verschil in effect op de uitkomsten tussen osmotische laxantia en contactlaxantia. Dit zorgt ervoor dat de werkgroep alleen algemene conclusies kan trekken over laxeer middelen op basis van de literatuur. De werkgroep kan concluderen dat het gebruik van laxeer middelen effect lijkt te hebben voor cliënten met obstipatie in de langdurige zorg. Ook hebben laxeer middelen over het algemeen geen ernstige bijwerkingen. Dit maakt dat de balans voor gewenste effecten groter is en dat de werkgroep op basis van de literatuur een zwakke aanbeveling voor laxeer middelen zal opstellen. Omdat het literatuuronderzoek zich alleen heeft gericht op laxeer middelen in het algemeen, zal de werkgroep op basis van consensus en ervaring in de praktijk overwegingen en aanbevelingen geven over de verschillende soorten laxeer middelen.

Voorkeur behandeling

Op basis van de literatuur en eerdere richtlijnen is de werkgroep van mening dat lactulose, macrogol

(met of zonder elektrolyten) of magnesium(hydr)oxide de eerste keuze is bij de behandeling van obstipatie bij cliënten in de langdurige zorg. Bij onvoldoende effect of bijwerkingen kan gekozen worden voor een ander laxeermiddel, zoals beschreven in eerdere richtlijnen ^{7 8}. Het is ook mogelijk dat de eerste keuze middelen wordt overgeslagen. De keuze voor een specifiek laxeermiddel hangt af van de voorkeur van de cliënt voor een bepaalde toedieningsvorm en de voorkeur en overwegingen van de voorschrijver. Hierbij wordt gelet op bijwerkingen en/of contra-indicaties. Er zijn verschillende overwegingen die gemaakt kunnen worden om tot de keuze voor een laxeermiddel te komen. Voor macrogol (met of zonder elektrolyten) is het bijvoorbeeld nodig om voldoende vocht in te nemen. Bij langdurig gebruik van magnesium(hydr)oxide moet rekening worden gehouden met een verhoogde kans op een ernstige nierfunctiestoornis, wat kan leiden tot hypermagnesiëmie ⁷¹. Voor sommige cliënten is het lastig of helemaal niet mogelijk (bijvoorbeeld bij cliënten met slikproblemen) om voldoende vocht te drinken. Hierdoor valt de keuze op een ander laxeermiddel zoals lactulosedrank of magnesium(hydr)oxidetabletten. Kwaliteit en comfort kunnen een grote rol spelen bij deze keuze.

Cliënten in de langdurige zorg kunnen, als bijwerkingen optreden, meer gehinderd of beperkt worden dan andere cliënten. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden. Zo zien werkgroepleden veel gasvorming bij langdurig of veelvuldig gebruik van lactulose. Ook zien werkgroepleden dat cliënten moeite hebben met de smaak van macrogol met elektrolyten. Soms weigeren cliënten dit middel, waardoor er onregelmatige inname is en dus meer kans op obstipatie. Hiervoor kunnen meerdere smaakvariëaties geprobeerd worden. Daarnaast wordt bij macrogol én psyllium gebruik een opgeblazen gevoel als milde bijwerking gerapporteerd.

Verwijzing MDL-arts

Als ondanks de gecombineerde behandeling op leefstijl en hier beschreven medicatie nog steeds geen gewenst resultaat wordt bereikt, dan is overleg met of verwijzing naar een MDL-arts in de tweede lijn aan te raden. In de tweede lijn zijn onder andere de volgende behandelingen beschikbaar:

- Meer ervaring met het combineren van diverse laxantia;
- Meer ervaring met linaclotide - een specifiek op de darmmotoriek werkend medicament; tegenwoordig ook in eerste lijn voor te schrijven.
- Darmspoelingen - retrograad (tegen de richting in) door middel van bijvoorbeeld peristeen systeem of hoog volume klysma's;
- Darmspoelingen - antegraad (met de richting mee) middels bijvoorbeeld een stoma op de dunne darm of middels een in de darm geplaatste PEG-sonde;
- Aanleggen stoma met of zonder verwijderen van de dikke darm.

Ook kan, indien geïndiceerd, een beoordeling en zo nodig behandeling door een erkend bekkenfysiotherapeut een toegevoegde waarde hebben.

Rationale

Hoewel er vanuit de literatuur interventies samen zijn gevoegd, heeft de werkgroep nader toegelicht wanneer en hoe laxeermiddelen innemen gewenst is bij obstipatie. De medisch behandelaar moet de

laxeermiddelen voorschrijven. Dit moet bij voorkeur altijd tijdelijk zijn en gecombineerd worden met het aanpassen van de leefstijl (voeding, vocht, beweging en toiletgang). De werkgroep heeft toegelicht welke specifieke medicamenten de voorkeur hebben. Ook moet bij cliënten in de langdurige zorg extra gelet worden op mogelijke bijwerkingen.

5.2.6 Interventies voor obstipatie waarbij de werkgroep terughoudend is

In de literatuur en in de dagelijkse praktijk zijn naast bovenstaande interventies, meerdere behandelopties genoemd. Deze interventies zijn te overwegen, maar het effect hiervan is niet voldoende aangetoond.

Let op: per cliënt kan het verschillen of de interventie werkt of niet, alles is maatwerk en daarnaast raadt de werkgroep sommige van deze ongebruikelijke interventies af.

Massage en alternatieven

Bij massage heeft de werkgroep het met name over buikmassage om de darmbewegingen te activeren om te werken.

Zekerheid van het bewijs, gewenste en ongewenste effecten en de balans hiertussen

Vanuit de literatuur lijkt het effect van massage op symptomen van obstipatie, de frequentie en consistentie van het ontlastingspatroon en de tijd tot effect/ontlasting bij mensen in de langdurige zorg wisselend. Daarnaast is er in de literatuur geen bewijs gevonden over de inzet van 'rescue'-interventies, patiënttevredenheid en contra-indicaties van massage. De werkgroep kan concluderen dat het gebruik van massage voor de ene persoon sterke gewenste effecten heeft en voor de andere persoon sterke ongewenste effecten. Vanuit de literatuur is de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten niet goed duidelijk geworden. Daarom zal de werkgroep over massage overwegingen en aanbevelingen geven op basis van hun eigen expertise in de langdurige zorg.

Kosten en kosteneffectiviteit

De kosten voor massage kunnen variëren. De kosten liggen onder andere op het gebied van het trainen van zorgverleners in het geven van massages. Ook moeten er wellicht massagebenodigdheden worden aangeschaft. Dit heeft allemaal invloed op de kosten. Als zorgverleners de massages niet zelf doen, kan een andere professional ingehuurd worden om de massage uit te voeren. De kosten die cliënten vervolgens moeten betalen voor de massage zullen niet altijd vergoed worden. Een gedeelte van de cliënten valt wellicht onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Binnen de Wlz zijn deze kosten vaak gedekt. Er zijn ook cliënten die niet onder de Wlz vallen. Zij moeten de massages vanuit hun (aanvullende) zorgverzekering betalen. De mate waarin een massage de klachten verlicht en de darmbewegingen weer activeert, verschilt van persoon tot persoon. Lang niet alle cliënten zullen hier baat bij hebben, ondanks de tijd die erin wordt gestoken. In sommige gevallen kan massage kosteneffectief zijn, terwijl in andere situaties alternatieve behandelingen misschien geschikter zijn.

Gelijkheid

De werkgroep voorziet geen grote problemen als het om gelijkheid gaat wat betreft massage. Al wil de werkgroep wel benadrukken dat in sommige culturen en/of bij sommige cliënten het aanraken van

de huid en buik voor een massage gevoeliger ligt en niet altijd wordt toegelaten. Of deze interventie geschikt is voor een bepaalde cliënt moet dus goed met de cliënt en zijn naasten besproken worden.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de interventie

De aanvaardbaarheid van massagebehandelingen kan variëren van persoon tot persoon. Sommige cliënten kunnen massage als aangenaam en ontspannend ervaren, terwijl anderen zich er mogelijk minder prettig bij voelen. Het is belangrijk om wensen en voorkeuren van de cliënt te respecteren. Daarnaast is de werkgroep van mening dat veiligheid vooropstaat. Zorgverleners moeten rekening houden met eventuele andere aandoeningen van de cliënt en contra-indicaties voor massage. Dit kan besproken worden met de regiebehandelaar.

Alternatieven

Binnen de complementaire zorg bestaat de techniek van koele buikwassing. Tot op heden is er geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze techniek, waardoor het geen evidence based practice is.

Rationale

Uit een systematische literatuurreview van Dehghan uit 2020, onder volwassenen in het algemeen, niet per se cliënten in de langdurige zorg, blijkt dat buikmassage wel degelijk veilig is en preventief kan werken om obstipatie te voorkomen⁷². Maar ook hierin werd genoemd dat meer onderzoek nodig is. Hoewel het effect uit de literatuur dus wisselend is, vindt de werkgroep de voordelen toch opwegen tegen de nadelen (geen bijwerkingen). Massage is wel persoonsafhankelijk; de een wil het graag en de ander niet. De werkgroep wil een zwakke aanbeveling doen voor deze interventie.

Probiotica

Probiotica zijn levende microbiotische voedingssupplementen die kunnen zorgen voor verbetering van het darmmicrobioom. Verbetering van de balans in het darmmicrobioom zou obstipatieklachten eventueel kunnen verminderen.

Literatuurresultaten en zekerheid van dit bewijs

Uit de literatuurresultaten blijkt dat het bewijs zeer onzeker is of het gebruik van probiotica bij cliënten in de langdurige zorg de symptomen van obstipatie vermindert en of de consistentie van de ontlasting verbetert. De bevindingen voor een effect op de frequentie van de ontlasting lijken positief, maar hierover wordt wisselend gerapporteerd. Wanneer probiotica worden ingezet, is er een kleinere kans dat 'rescue'-interventies moeten worden ingezet. Op patiënttevredenheid lijkt er een positief effect te zijn van probiotica. Daarnaast lijken ze geen bijwerkingen te geven. Er werden geen contra-indicaties voor probiotica gevonden. Vanuit de literatuur lijkt de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten te neigen naar een positief effect van probiotica, al is dit erg onzeker. In de gevonden studies worden verschillende probioticapreparaten gebruikt, die onderling slecht te vergelijken zijn. Daarom kan de werkgroep geen advies geven over verschillende soorten probiotica en geeft de werkgroep overwegingen en aanbevelingen op basis van hun eigen expertise in de langdurige zorg.

Kosten en kosteneffectiviteit

De kosten variëren afhankelijk van het specifieke product en het merk. Het gebruik van probiotica vereist daarnaast zorgvuldige voorschrijving, dosering, monitoring en beheer door zorgverleners, met name artsen en apothekers, wat personeelskosten met zich meebrengt. Probiotica zijn daarnaast over het algemeen duur en worden niet vergoed door de zorgverzekering. Veel cliënten in de langdurige zorg zullen onder de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen, maar de kosten zijn dan alsnog hoog bij continue gebruik ten opzichte van laxantia, zoals macrogol en elektrolyten. Bij iedereen is de darmflora anders en dus verschilt het ook per persoon of probiotica werken, op korte en op lange termijn. Dit beïnvloedt ook de kosteneffectiviteit en kan dus sterk variëren. Voor sommige mensen kan het complicaties op langere termijn voorkomen en de kwaliteit van leven positief beïnvloeden en daarmee kosteneffectief zijn.

Gelijkheid

Net als bij het gebruik van voedingsvezels is het bij probiotica van belang dat gelijkheid wordt gewaarborgd, met name de toegang tot probiotica. Alle cliënten, ongeacht hun achtergrond, financiële situatie of dieetvoorkeur, zouden hier toegang toe moeten hebben. Informatie over probiotica moet in begrijpelijke taal en in overeenstemming met de culturele achtergrond van de cliënt gegeven worden.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de interventie

Werkgroepleden geven aan dat het gebruik van probiotica in de praktijk op dit moment nog niet gebruikelijk is. Wel wordt steeds vaker gevraagd of probiotica iets kan toevoegen voor een cliënt. Zeker nu probiotica meer wordt ingezet bij antibioticagebruik of diarree. Cliënten gebruiken vaak al twee of meer middelen. Als probiotica een mogelijk positief effect heeft op inzet van laxantia, willen cliënten vaak wel probiotica proberen. Probiotica werken vooral als ze gericht op onderzochte darmflora worden ingezet. De aanvaardbaarheid van probiotica kan, afhankelijk van de individuele voorkeuren en tolerantie van cliënten, variëren. Sommige cliënten kunnen gemakkelijk probiotica innemen, terwijl anderen misschien moeite hebben met de smaak, textuur of innamevorm. Goede uitleg over het gebruik, voordelen, nadelen en bijwerkingen aan de cliënt en naasten helpt daarbij om de aanvaardbaarheid te vergroten. Als een cliënt graag probiotica wil gaan gebruiken en het is voorgeschreven en beschikbaar, dan is het innemen van probiotica volgens de werkgroep zeker haalbaar en makkelijk in te passen in iemands leefstijl/dagelijkse routine.

Rationale

Er is mogelijk enig effect van probiotica maar er is te weinig wetenschappelijk bewijs om dit goed te kunnen concluderen. Er is volgens de werkgroep geen reden om aan te nemen dat dit anders is bij cliënten in de langdurige zorg. Ook over het type en de dosering is nog geen overeenstemming. De werkgroep is van mening dat gevarieerde voeding met voldoende vezels meer effect zal hebben dan het gebruik van probiotica. Gevarieerde voeding zorgt voor een meer divers microbioom. De werkgroep geeft het advies om terughoudend te zijn met het gebruik van probiotica. Hiermee sluit de werkgroep aan bij de adviezen in de in 2022 geautoriseerde [richtlijn Prikkelbaredarmsyndroom](#) van de medisch specialisten.

Acupunctuur

Bij acupunctuur worden dunne naalden in het lichaam gestoken. Dit gebeurt op bepaalde

strategische plekken waardoor pijn en ongemak verminderd zou kunnen worden.

Zekerheid van het bewijs, gewenste en ongewenste effecten en de balans hiertussen

Binnen de acupunctuur zijn diverse varianten. Vanuit de literatuur lijkt auriculaire acupunctuur te leiden tot een vermindering van symptomen van obstipatie bij ouderen in de langdurige zorg. Daarnaast lijkt acupoint catgut embedding (een andere acupunctuurtechniek) bij mensen die een cerebrovasculair accident (CVA) hebben doorgemaakt geen effect te hebben op symptomen van obstipatie, maar de tijd tot de eerste ontlasting wel te verkorten. Het bewijs hiervoor is zeer onzeker. Er is vanuit de literatuur geen bewijs gevonden over het effect van acupunctuur op patiënttevredenheid, bijwerkingen en contra-indicaties. De artikelen in de systematische literatuurreviews die in het literatuuronderzoek gevonden zijn, zijn met name uitgevoerd in China en andere landen in Azië, waar acupunctuur gebruikelijker is. De werkgroep kan dus niet concluderen dat het gebruik van acupunctuur voor Nederlandse cliënten sterke gewenste effecten heeft. Daarentegen kan de werkgroep ook niet concluderen dat het gebruik van acupunctuur sterke ongewenste effecten heeft. Vanuit de literatuur is de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten niet goed duidelijk geworden. Daarom zal de werkgroep over acupunctuur overwegingen en aanbevelingen geven op basis van hun eigen expertise in de langdurige zorg.

Kosten en kosteneffectiviteit en gelijkheid

Acupunctuur moet gegeven worden door gecertificeerde acupuncturisten. De kosten van acupunctuurbehandelingen variëren afhankelijk van de locatie en de ervaring van de acupuncturist. Cliënten betalen doorgaans een vergoeding per sessie. Acupunctuur wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering, maar in sommige gevallen wordt het vergoed door de aanvullende zorgverzekering. Dit heeft daarom sterke invloed op de gelijkheid. Niet elke cliënt kan deze behandeling betalen. De kosteneffectiviteit ervan kan variëren op basis van individuele respons, omstandigheden en voorkeuren. Voor sommige cliënten kan acupunctuur effectief zijn, terwijl anderen mogelijk weinig of geen verbetering ervaren.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de interventie

Acupunctuur wordt in Nederland gezien als alternatieve geneeswijze. Binnen de Aziatische cultuur wordt dit al velen jaren toegepast en is dit een gebruikelijkere behandeling dan in Nederland. De aanvaardbaarheid onder cliënten uit Azië is wellicht groter dan de aanvaardbaarheid van cliënten uit Westerse landen. Wat hierin volgens de werkgroep meespeelt, is dat cliënten in de langdurige zorg prikangst kunnen hebben voor de naalden die gebruikt worden. Ook in de haalbaarheid zal veel verschil zitten. Cliënten, maar ook zorginstellingen, zullen daarnaast de mogelijkheden moeten hebben om acupunctuur aan te bieden aan een cliënt.

Rationale

Het bewijs over acupunctuur is te onzeker en deze interventie is minder gebruikelijk in Nederland. Bovendien moet rekening worden gehouden met de hoge kosten van acupunctuur en dat veel zorgverleners het niet zelf kunnen toepassen. Ook speelt mee dat cliënten prikangst kunnen hebben. De werkgroep zal hierover daarom geen uitspraak doen en adviseert deze interventie in eerste instantie niet in te zetten bij de behandeling van obstipatie.

Functionele magnetische stimulatie

Functionele magnetische stimulatie is stimulatie van de spinale zenuwen en samentrekking van de diepe spieren, die nodig zijn om het legen van de darmen te vergemakkelijken. Vanuit de literatuur blijkt dat functionele magnetische stimulatie specifiek bij mensen met de ziekte van Parkinson en obstipatie het aantal symptomen vermindert en de colonpassagetijd verlaagt, maar het bewijs is zeer onzeker. Voor het effect van functionele magnetische stimulatie op patiënttevredenheid, bijwerkingen en contra-indicaties werd geen bewijs gevonden voor cliënten in de langdurige zorg. De literatuur is gevonden voor een kleine subcategorie van de langdurige zorg en het bewijs is zeer onzeker. De werkgroep kan dus niet concluderen dat het gebruik van functionele magnetische stimulatie sterke gewenste, dan wel ongewenste effecten heeft. Vanuit de literatuur is de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten onduidelijk. De werkgroep geeft aan niet bekend te zijn met deze techniek in de langdurige zorg als het gaat om behandeling van obstipatie. Er is volgens de werkgroep op dit moment te weinig bekend over deze interventie. De werkgroep zal hierover daarom geen uitspraak doen en adviseert deze interventie niet in te zetten bij de behandeling van obstipatie.

Middelen gebruikt bij de ziekte van Parkinson

Uit het literatuuronderzoek zijn artikelen gevonden die specifiek gericht zijn op behandeling tegen de ziekte van Parkinson. Deze cliënten behoren tot een specifieke subcategorie cliënten in de langdurige zorg. Een bijvangst bij deze behandeling is dat het van invloed kan zijn op bepaalde uitkomstmaten over obstipatie. Bijvoorbeeld, dopaminerge medicatie (medicatie die de cellen in de hersenen stimuleren om dopamine aan te maken) bij mensen met de ziekte van Parkinson en obstipatie lijkt geen effect te hebben op de symptomen van obstipatie en tijd tot effect/ontlasting. De medicatie werd wel goed verdragen, maar het bewijs is zeer onzeker. Het bewijs is ook zeer onzeker over een effect van diepe hersenstimulatie op symptomen van obstipatie bij mensen met de ziekte van Parkinson. De werkgroep kan concluderen dat de gevonden literatuur gericht is op een interventie die niet gericht is op het behandelen van obstipatie. De werkgroep zal hierover daarom geen uitspraak doen en adviseert deze interventie niet in te zetten bij de behandeling van obstipatie.

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 17-12-2024 Beoordelingsdatum 17-12-2024

6.1 Organisatie van zorg

In dit hoofdstuk beschrijft de werkgroep de consequenties van deze richtlijn op de organisatie van zorg. Specifiek beschrijft de werkgroep de consequenties en adviezen voor twee thema's: samenwerking en verantwoordelijkheden en training en deskundigheid.

6.1.1 Samenwerking en verantwoordelijkheden

Samenwerking en duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden zijn belangrijk bij het voorkomen, signaleren en behandelen van obstipatie bij cliënten in langdurige zorg. In dit hoofdstuk worden deze thema's toegelicht, omdat elke betrokkene een speciale taak heeft in de zorg voor cliënten met obstipatie.

Cliënten en naasten

Voor het signaleren en behandelen van obstipatie is het nuttig dat cliënten en hun naasten open praten over de symptomen. Lukt cliënten en naasten dit niet, dan ligt hier een taak voor de zorgverlener door gebruik te maken van passende gesprekstechnieken. Daarnaast is het belangrijk dat cliënten, als dat mogelijk is, meebeslissen over hun zorg, helpen om doelen op te stellen en laten weten wat zij wel en niet willen. Voor cliënten in de langdurige zorg zijn deze punten niet altijd makkelijk; soms kunnen cliënten niet goed praten over hun ontlastingspatroon, bijvoorbeeld door cognitieve problemen. Daarnaast is naar het toilet gaan voor ontlasting en het ontlastingspatroon vaak een privézaak. Dit kan het moeilijk maken voor zorgverleners, cliënten en naasten om hierover te praten.

Zorgverleners

Bij obstipatie is het noodzakelijk dat verschillende disciplines met elkaar samenwerken. Verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders hebben een belangrijke rol. Zij zien de cliënt vaak en kunnen problemen herkennen, symptomen zien en interventies evalueren. Dit geldt vooral als cliënten zichzelf niet goed kunnen uiten. Verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders kunnen cliënten helpen met het behalen van behandeldoelen, cliënten aanmoedigen en informatie geven over bijvoorbeeld een gezonde leefstijl (onder andere voldoende beweging, voldoende vocht en vezels) of hoe zij medicijnen moeten nemen. Ook kunnen zij het behandelplan bespreken met de cliënt, de naasten en andere zorgverleners. Voor verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders is het noodzakelijk dat zij hun cliënt goed kennen en op de hoogte zijn van wat deze cliënt nodig heeft om over de ontlasting en eventuele obstipatie te praten. Hiervoor kunnen zij passende gesprekstechnieken gebruiken en hun coachende en evaluatievaardigheden. Het belangrijkste is dat verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders hier sensitief in zijn.

Wanneer er problemen ontstaan, is de medisch behandelaar verantwoordelijk en is het belangrijk dat verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders hen benaderen. De medisch behandelaar kan een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant zijn. De medisch behandelaar doet onderzoek naar de obstipatie door middel van een anamnese en lichamelijk onderzoek en maakt samen met andere betrokken zorgverleners en de cliënt en naasten een behandelplan voor obstipatie. De medisch behandelaar coördineert en monitort vervolgens de zorg. Bij cliënten met obstipatie en andere aandoeningen kan het nodig zijn om (tijdelijk) door te verwijzen naar een maag-, darm-, en leverarts. De maag-, darm-, en leverarts heeft zijn eigen verantwoordelijkheden en richtlijn voor het behandelen van obstipatie. De inhoud van deze richtlijn stopt dan ook wanneer de cliënt wordt overgedragen aan een maag-, darm-, en leverarts.

Als er problemen ontstaan, kunnen naast de medisch behandelaar de volgende disciplines worden ingeschakeld. Niet al deze disciplines hebben meteen een rol in het fysieke aspect van obstipatie. Maar ze kunnen wel degelijk helpen bij de algehele kwaliteit van leven.

- Een diëtist kan het huidige voedingspatroon en eetgedrag beoordelen, advies geven over een gezonde, gevarieerde voeding met voldoende vezels (hoeveel vezel en type vezel) en voldoende drinken. Zo nodig, medische voeding (sondevoeding, drinkvoeding, modules) voorschrijven en adviseren over dosering, type en het gebruik van medische voeding. Daarnaast kan een diëtist klinische lessen of workshops geven over voeding en dieet bij obstipatie.
- Een fysiotherapeut kan een cliënt oefeningen leren om de darmen te stimuleren en obstipatie te voorkomen of te verminderen. Ook kan een fysiotherapeut een beweegstimuleringsprogramma opstarten. Daarnaast kan een erkend bekkenfysiotherapeut in consult worden gevraagd om te helpen bij advisering toiletgedrag, toilethouding, het leren herkennen en voelen van de bekkenbodemspieren, selectief aanspannen, trainen en selectief ontspannen van de bekkenbodemspieren en de spieren rondom het bekken.
- Een orthopedagoog kan helpen bij het begrijpen van gedragsveranderingen die mogelijk te maken hebben met obstipatie, zoals angst of ongemak. Ze kunnen ook tips geven om een cliënt te helpen omgaan met veranderingen in hun dagelijkse routines of leefstijl die soms nodig zijn om obstipatie te voorkomen of te verlichten.
- Een psycholoog kan helpen bij het omgaan met stress of angst die mogelijk te maken heeft met obstipatie.
- Een ergotherapeut kan advies geven over aanpassingen in dagelijkse activiteiten om beweging te stimuleren.
- Een logopedist kan advies geven over de relatie tussen drinken en slikken en hoe dit invloed kan hebben op de darmfunctie. Een logopedist kan ook helpen bij het aanleren van communicatievaardigheden aan cliënten. Dit is belangrijk is om duidelijk over symptomen te kunnen praten met andere zorgverleners.
- Een apotheker kan advies geven over welke medicatie het beste gegeven kan worden en welke bijwerkingen deze medicatie kan hebben.

Samenwerking

Obstipatie is een thema dat snel naar de achtergrond kan verdwijnen als het niet geregeld besproken wordt. Het is ook een thema waarbij vaak meerdere disciplines betrokken zijn en waarbij samenwerking extra belangrijk is. Communiceer als zorgverlener je bevindingen mondeling (in overleggen) en schriftelijk (via het zorgleefplan) naar andere zorgverleners. Een concreet voorbeeld waarin deze communicatie samenkomt, is via een medicatieoverleg. Hierin bespreken bijvoorbeeld een medisch behandelaar, regiebehandelaar, apotheker en verpleegkundige de medicatie en bijwerkingen van een cliënt. Zorg er verder voor dat je als zorgverlener en als cliënt en naaste weet wie het eerste aanspreekpunt is bij problemen met de ontlasting. Dit kan bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijke gehandicapten of een verpleegkundig specialist zijn.

Het samenstellen van een expertteam obstipatie binnen een instelling kan helpend zijn om obstipatie meer naar de voorgrond te krijgen. Een obstipatieteam kan een samenwerking zijn van bijvoorbeeld een arts, een verpleegkundige, een diëtist, een fysiotherapeut en een gedragskundige.

6.1.2 Training en deskundigheid

Voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor cliënten met obstipatie is het noodzakelijk dat zij de juiste kennis en vaardigheden hebben. Alle zorgverleners zouden getraind moeten zijn in basiszorgprincipes. Ook zouden zij kennis moeten hebben van het ontlastingspatroon, van wat obstipatie is, hoe obstipatie het dagelijks leven van cliënten kan beïnvloeden en wat voor medische gevolgen obstipatie kan geven. Doordat de doelpopulatie van deze richtlijn zeer divers is, is het voor de werkgroep, naast deze basisprincipes, niet goed te benoemen welke specifieke kennis nog meer belangrijk is voor zorgverleners. Dit beslist elke zorgorganisatie zelf, afhankelijk van de cliëntenpopulatie. Het is belangrijk om bevoegd, deskundig en bekwaam te zijn en te blijven als zorgverlener. Als een zorgverlener zich niet bevoegd en bekwaam voelt, is het noodzakelijk dat deze getraind wordt. Training kan zich richten op het herkennen van risicofactoren, symptomen, juiste rapportage, hygiëne rondom toiletgang, basis voedingsadviezen en/of eenvoudige bewegingsoefeningen om de darmfunctie te ondersteunen. Het is belangrijk dat zorgorganisaties training (bijvoorbeeld fysiek en/of via e-learning en/of interdisciplinaire besprekingen) aanbieden om hun personeel bevoegd en bekwaam te houden.

7. Verantwoording

Autorisatiedatum 17-12-2024 Beoordelingsdatum 17-12-2024

7.1 Algemene achtergrondgegevens

Deze richtlijn is ontwikkeld en wordt beheerd door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De richtlijn werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Het Ministerie van VWS heeft geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn. Bij V&VN heeft de begeleidingscommissie op vier momenten gedurende het ontwikkelingsproces de richtlijn beoordeeld; bij het opstellen van de uitgangsvragen, voorafgaand aan het literatuuronderzoek, voorafgaand aan de commentaarfase en voorafgaand aan de autorisatiefase.

7.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

7.2.1 Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in januari 2023 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **P. (Petra) Boersma**, persoonlijk begeleider, Zorggroep Alliade, Heerenveen, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- **C. (Roel) Bovenberg, MSc**, openbaar apotheker (instellingsapotheker), Service Apotheek Hoogland, Sliedrecht, namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- **J. (Judith) Douma, MSc**, wijkverpleegkundige en verpleegkundig onderzoeker, Sensire, Westervoort, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling Wijkverpleegkundigen
- **J. (Joyce) Haarman - van der Heide, MSc**, verpleegkundig specialist, Zozijn, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling Verstandelijke Gehandicapten Zorg
- **Drs. A.M.M.L. (Antoinette) van der Heijden**, specialist ouderengeneeskunde, Stichting tanteLouise, Bergen op Zoom, namens Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)
- **A. (Annemie) van den Heuvel - Dielissen**, ambassadeur KansPlus, Houten, namens KansPlus
- **M. (Merita) van Mook**, leefstijlcoach, Gezondopmaat, Nijmegen & coördinator Kenniscentrum Positieve Gezondheid, TVN Zorgt, Nijmegen & zelfstandig wijkverpleegkundige, Nijmegen, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- **Drs. A.H. (Ardi) Oberndorff - Klein Woolthuis**, maag-, darm-, leverarts, PoliDirect, Nieuwegein & Bergman Clinics, Bilthoven, namens Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-

Leverartsen (NVMDL)

- **A. (Annet) Scholten**, diëtist, Stichting Philadelphia Zorg, Amersfoort, namens Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), netwerk diëtisten MDL en netwerk diëtisten VG
- **Drs. W.J.G.M. (Wim) Verest, MSc, RN (voorzitter)**, docent/onderzoeker Verpleegkunde, Gezondheid en Technologie, Hogeschool Saxion, Deventer, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- **A. (Audrey) Westendorp - Ijdema, MANP**, verpleegkundig specialist, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling Verpleegkundig Specialisten

7.2.2 Samenstelling klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in januari 2023 een klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. D. (Dyana) Loehr**, ervaringsdeskundige en lid van Medische werkgroep Prikkelbare Darm Syndroom Belangenorganisatie (PDSB), op eigen titel, maar gelieerd aan de PDSB
- **J. (Jenneke) Kalkdijk, MSc (vanaf januari 2024)**, bekkenfysiotherapeut, Bekken en Bekkenbodembodem Zorgcentrum, Leeuwarden, namens Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)

7.2.3 Ondersteuning

Ondersteuning vanuit SKILZ:

- **B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek - Schutijser, PhD**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht
- **D.W. (Danique) Bos - van den Hoek, PhD**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht
- **A. (Annemieke) Brink**, redigent en secretaresse, SKILZ, Utrecht
- **M. (Marjolein) Haakman-Groot, MSc**, content redacteur, SKILZ Utrecht
- **A. (Abigaël) van Koerten - Blootens, MSc (tot 1 maart 2024)**, communicatieadviseur, SKILZ, Utrecht
- **T. (Tanja) Mol, PhD**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht
- **F.E.M. (Femke) Turenhout - Aanhane**, programmanager en senior procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht

Ondersteuning bij het literatuuronderzoek:

- **K. (Kim) van der Braak, MSc**, junior onderzoeker, Cochrane Netherlands, Utrecht
- **Dr. P. (Pauline) Heus**, onderzoeker Cochrane Nederland, Utrecht
- **M. (Mike) Kusters, MSc**, junior onderzoeker, Cochrane Netherlands, Utrecht

7.3 Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via richtlijnenlangdurigezorg@skilz.nu.

7.4 Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben de richtlijn Obstipatie geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

De volgende partij heeft een verklaring geen bezwaar afgegeven voor de richtlijn Obstipatie:

- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen

7.5 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde' cliënt, en zijn dus mogelijk niet op elke individuele cliënt van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn af te wijken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd en gedocumenteerd worden.

7.6 Publicatiedatum en herziening

De publicatiedatum van deze richtlijn is 17 december 2024. Uiterlijk in 2029 bepaalt het bestuur van SKILZ samen met V&VN of (modulaire) herziening van deze richtlijn gewenst is. De aan de

werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van de richtlijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

7.7 Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn, zie Tabel 7.1.

Tabel 7.1 Kwalitatieve raming

Hoofdstuk	Uitkomst raming	Toelichting
Risicofactoren	(Geen financiële gevolgen)	(Het overgrote deel voldoet naar verwachting aan de norm.)
Observatie ontlastingspatroon	(Geen financiële gevolgen)	(Het overgrote deel voldoet naar verwachting aan de norm.)
Leefstijladviezen en Interventies	(Geen financiële gevolgen)	(Het overgrote deel voldoet naar verwachting aan de norm.)

7.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn

Deze richtlijn is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ ⁷³. Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ⁷⁴, de HARING-tools (2013) ⁷⁵ en AGREE-II (2010) ¹⁹.

7.8.1 Inbreng van cliëntenperspectief in klankbordgroep

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fases meegenomen. Aan het begin van het ontwikkeltraject heeft de Maag-, Darm-, en Leverstichting een oproep geplaatst op social media om cliënten te werven voor een cliënten klankbordgroep. Hier hebben zich meerdere

mensen voor aangemeld. Echter, uiteindelijk is één persoon overgebleven. Deze persoon werd bij het bespreken van de aanbevelingen bij elke uitgangsvraag/elk hoofdstuk gevraagd om het cliëntperspectief naar voren te brengen. Daarnaast is het cliëntenperspectief gevraagd voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen en voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn. Naast deze persoon in de klankbordgroep is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn het cliëntenperspectief in de werkgroep vertegenwoordigd door KansPlus. Zij bewaakten tijdens de ontwikkeling van de richtlijn dat ook de wensen van de cliënt en naasten werden meegenomen in de inhoud van deze richtlijn.

Actieve betrokkenheid van cliënten/cliëntvertegenwoordigers is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënt en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Bijvoorbeeld informatie over interventies bij cliënten met obstipatie werd genuanceerder opgeschreven door de kritische blik van de cliëntvertegenwoordiger. Deze gaf aan dat magnesium(hydr)oxide ook veel wordt ingezet als laxeremiddel. De werkgroep had deze eerst niet in het interventiehoofdstuk opgenomen. Op verzoek van deze persoon werd het wel toegevoegd. De werkgroep was het hier met de overwegingen van de persoon eens.

7.8.2 AGREE beoordeling andere richtlijnen

In de afgelopen jaren zijn twee soortgelijke richtlijnen ontwikkeld, door het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)^{7 8}. Deze richtlijnen zijn beoordeeld om te kijken waar hiaten liggen en waar de richtlijn Obstipatie van SKILZ kan aansluiten. De methodologische kwaliteit van deze richtlijnen is beoordeeld met het Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE-II) instrument¹⁹. Drie reviewers hebben onafhankelijk van elkaar beide richtlijnen beoordeeld met het AGREE-II-instrument. Items met een verschil van meer dan twee punten zijn bediscussieerd in een consensusbespreking. De AGREE-beoordelingen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

De richtlijn van het NHG is ontwikkeld in 2010 en is bedoeld voor alle huisartsen⁷. Aangezien deze richtlijn en het AGREE-instrument rond dezelfde tijd zijn gepubliceerd, zal deze richtlijn mogelijk nog niet volgens het AGREE-instrument ontwikkeld zijn. Dat is te zien aan alle domeinscores die mogelijk hierdoor wat lager liggen. Het domein Helderheid en presentatie scoort wel wat hoger. Dit komt met name doordat de aanbevelingen helder, gericht en ondubbelzinnig zijn opgeschreven, met eventuele specificaties voor deelpopulaties. De elementen die de werkgroep uit deze richtlijn dan ook wil gebruiken, zijn met name de aanbevelingen. De werkgroep wil hierbij, waar kan, proberen aan te sluiten.

De richtlijn van het IKNL is ontwikkeld in 2022 en is bedoeld voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase met obstipatie⁸. Na beoordeling met het AGREE-II-instrument valt op dat alle domeinen hoog scoren, behalve het domein Toepassing. Dit komt met name doordat er informatie ontbreekt over bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van de aanbevelingen en doordat er informatie ontbreekt over hoe de aanbevelingen in de praktijk gemeten kunnen worden (bijvoorbeeld met indicatoren). Met name de domeinen

Methodologie en Helderheid en presentatie scoren goed. Dit wil de werkgroep dan ook gebruiken door gebruik te maken van zoekwoorden uit de zoekstrategieën in het wetenschappelijke literatuuronderzoek en door zo goed mogelijk aan te sluiten bij de overwegingen en aanbevelingen.

7.8.3 Van knelpunten naar aanbevelingen

Knelpunteninventarisatie

In 2020 is een knelpunteninventarisatie uitgevoerd door het Nivel ². Deze inventarisatie geeft inzicht in bestaande knelpunten rondom preventie en zorg en ondersteuning bij cliënten in de langdurige zorg bij cliënten met (risico op) obstipatie. Deze knelpunteninventarisatie is te vinden in de bijlage [Verpleging en verzorging bij mensen met \(risico op\) obstipatie. Een knelpuntenanalyse](#). In het najaar van 2022 is contact gezocht met de onderzoekers van het Nivel en is meer informatie opgevraagd over deze knelpuntenanalyse. Hieruit bleek dat de vragenlijst niet is verstuurd naar begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking. Daarop is in december 2022 een aanvullende knelpunteninventarisatie uitgevoerd onder deze zorgverleners. Dit omvatte een online vragenlijst en verdiepende interviews met enkele experts. Begeleiders uit de zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn aangeschreven via verschillende zorginstellingen door het hele land. De resultaten uit de knelpuntenanalyse van het Nivel zijn als uitgangspunt gebruikt voor de vragenlijst en de interviews. Respondenten is gevraagd of ze de genoemde knelpunten herkennen en/of ze deze zelf ervaren en of ze nog andere knelpunten ervaren in de praktijk. Vanaf half december 2022 tot half januari 2023 stond de vragenlijst open. Er zijn 559 reacties binnengekomen en geanalyseerd. Er zijn in totaal twee verdiepende interviews gehouden met een begeleider en een diëtist die veel samenwerkt met begeleiders. Tijdens deze interviews is er naast de knelpunten ook gevraagd naar actuele ontwikkelingen rondom obstipatie en bestaande richtlijnen. Een uitgebreid verslag van de aanvullende knelpunteninventarisatie is te vinden in de bijlage [Knelpunteninventarisatie en -analyse Richtlijn Obstipatie](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de twee uitgevoerde knelpunteninventarisaties hebben de SKILZ-procesbegeleider en de voorzitter van de werkgroep concept-uitgangsvragen geformuleerd. Deze zijn besproken in de eerste werkgroepbijeenkomst op 27 januari 2023. Daarna zijn de concept-uitgangsvragen aangepast. Er zijn uniforme termen gekozen en de volgorde van de vragen is aangepast. Daarnaast heeft de werkgroep een uitgangsvraag over risicofactoren toegevoegd en wil de werkgroep ook in de richtlijn aangeven wat feiten en fabels zijn over obstipatie. Tot slot heeft de werkgroep gesproken over medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies. De werkgroep wil de focus in deze richtlijn meer leggen op de niet-medicamenteuze interventies. Nadat de uitgangsvragen zijn aangepast, is de werkgroep in een schriftelijke ronde nogmaals gevraagd feedback te geven op de concept-uitgangsvragen. Na het verwerken van deze feedback zijn de definitieve uitgangsvragen vastgesteld. Na de eerste beoordeling van de begeleidingscommissie van V&VN is ook het cliëntenklankbordgroep lid geïnformeerd over de uitgangsvragen en om feedback gevraagd. Hierna is het literatuurprotocol opgesteld, inclusief PICO's en uitkomstmaten. Het plan was om eerst te zoeken naar systematische reviews over obstipatie in het algemeen. Dit kon voor alle uitgangsvragen tegelijk. Voor de uitgangsvraag over de meetinstrumenten om het ontlastingspatroon te observeren, was een

vervolgzoekactie nodig naar primair onderzoek. Voor de uitgangsvragen over preventie, leefstijl en interventies werd eerst het resultaat van de zoekactie naar systematische reviews afgewacht, om vervolgens gericht te kunnen zoeken naar ontbrekend bewijs voor bepaalde populatie(s) en/of interventie(s). Welke uitkomstmaten cruciaal en/of belangrijk zijn, vond de werkgroep lastig om te bepalen, vooral doordat er veel potentiële interventies zijn en daarom geen directe vergelijkingen gekozen zijn voor het literatuuronderzoek. Uiteindelijk heeft de werkgroep vastgesteld dat cruciale uitkomsten zijn: symptoomverlichting (waaronder ook buikpijn en misselijkheid), patiënttevredenheid en bijwerkingen. Belangrijke uitkomsten zijn: tijdsverloop, tijd tot verwachte effect en contra-indicaties.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- *Welke factoren kunnen het risico op obstipatie verhogen bij volwassenen die langdurige zorg ontvangen en hoe ga je hier als zorgverlener mee om?*
- *Welke instrumenten zijn geschikt en effectief voor zorgverleners om het ontlastingspatroon van volwassen cliënten in de langdurige zorg met (risico op) obstipatie te observeren en te rapporteren en hoe ga je hier als zorgverlener mee om?*
- *Wat zijn geschikte en effectieve leefstijladviezen die door verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders kunnen worden ingezet ter preventie van obstipatie bij volwassen cliënten in de langdurige zorg met risico op obstipatie?*
- *Wat zijn geschikte en effectieve interventies die inzetbaar zijn door verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders van volwassen cliënten met obstipatie in de langdurige zorg?*

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategieën voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlagen met verantwoordingen van de hoofdstukken. Zie: [Uitwerking Literatuuronderzoek H3 Risicofactoren](#), [Uitwerking Literatuuronderzoek H4 Observatie ontlastingspatroon](#), [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 1](#) en [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 2](#). De paragraaf Onderbouwing per module in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Selecteren en includeren van studies

Literatuurselectie gaat via twee selectiestappen, gebruikmakend van de vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria:

1. Selectie waarbij op basis van titel en abstract wordt bepaald of een artikel mogelijk relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag; vervolgens bij de overgebleven artikelen.
2. Selectie waarbij op basis van het lezen van het volledige artikel beoordeeld wordt of het relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag en de uitkomstmaat.

Het selecteren en includeren is door één literatuuronderzoeker uitgevoerd. De SKILZ-procesbegeleider voerde aanvullend 10% uit. Onduidelijkheden werden met een tweede SKILZ-procesbegeleider als onafhankelijke bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de selectie.

Kwaliteitsbeoordeling van studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (bias) te kunnen inschatten. De kwaliteitsbeoordeling is door één onderzoeker uitgevoerd. Onduidelijkheden werden met een tweede onderzoeker bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de kwaliteitsbeoordeling.

Deze beoordelingen staan in de risk-of-bias-tabellen, zie bijlagen met verantwoordingen van de hoofdstukken. Zie: [Uitwerking Literatuuronderzoek H3 Risicofactoren](#), [Uitwerking Literatuuronderzoek H4 Observatie ontlastingspatroon](#), [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 1](#) en [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 2](#).

Voor de richtlijn Obstipatie zijn de volgende beoordelingsinstrumenten gebruikt om de kwaliteit van de afzonderlijke studies te beoordelen:

- De systematische reviews zijn beoordeeld met de AMSTAR-2 checklist (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) ⁷⁶.
- De gerandomiseerde studies zijn beoordeeld met de Cochrane Risk of Bias-2 tool ⁷⁷.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen zijn weergegeven in evidence-tabellen en beschreven per studie en per uitgangsvraag. De resultaten uit de literatuur zijn per hoofdstuk beschreven. Zie: [Uitwerking Literatuuronderzoek H3 Risicofactoren](#), [Uitwerking Literatuuronderzoek H4 Observatie ontlastingspatroon](#), [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 1](#) en [Uitwerking Literatuuronderzoek H5 Leefstijladviezen en Interventies - Deel 2](#).

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De zekerheid van het bewijs ('certainty of evidence') werd beoordeeld met behulp van GRADE ⁷⁸. GRADE is een methode die per uitkomstmaat van een interventie, of voor een risico- of prognostische factor, een gradering aan de zekerheid van het bewijs toekent op basis van de mate van vertrouwen in de schatting van de effectgrootte.

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag (zie Tabel 7.2). Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie, in het bijzonder de mate van zekerheid dat de literatuurconclusie de aanbeveling adequaat ondersteunt ⁷⁹.

Tabel 7.2: GRADE-gradaties voor zekerheid van het wetenschappelijk bewijs

GRADE	Definitie
Hoog	<ul style="list-style-type: none"> - er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie klinisch relevant verandert als er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Redelijk	<ul style="list-style-type: none"> - er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is mogelijk dat de conclusie klinisch relevant verandert als er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	<ul style="list-style-type: none"> - er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - er is een reële kans dat de conclusie klinisch relevant verandert als er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	<ul style="list-style-type: none"> - er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - de literatuurconclusie is onzeker.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁸⁰. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur en plaatste daar overwegingen bij. Dit werd in diverse stappen uitgevoerd: bij sommige hoofdstukken werden de werkgroepleden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen. Bij andere hoofdstukken werd door de SKILZ-procesbegeleider een concepttekst geschreven op basis van het literatuuronderzoek, waar werkgroepleden vervolgens op konden reageren. De resultaten uit de vragenlijst en de conceptteksten werden vervolgens bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen verder werden aangepast en aangescherpt.

In deze richtlijn werden geen uitgangsvragen beantwoord met andere methoden dan met systematisch literatuuronderzoek.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn:

- gezondheidswinst,
- waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg,
- balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies,
- aanvaardbaarheid van interventies,
- ethische overwegingen,
- kosten(implicaties),
- veiligheid,
- duurzaamheid,
- haalbaarheid van een aanbeveling.

Deze aspecten worden per module (indien van toepassing) besproken onder het kopje 'Overwegingen'.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 7.3).

Tabel 7.3: Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

	Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor zorgverleners	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.

Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.
--------------------	--	--

Randvoorwaarden (organisatie van zorg)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur).

Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in hoofdstuk [Organisatie van zorg](#) van deze richtlijn.

7.8.4 Van conceptrichtlijn tot publicatie

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de [bijlage Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de [bijlage Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van 15 april 2024 tot 3 juni 2024 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De reacties op de commentaren wanneer deze niet zijn overgenomen door de werkgroep zijn verzameld en terug gegeven aan de externe partijen. De definitieve richtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Obstipatie in de periode van 15 april tot 3 juni 2024:

Partijen		

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Vereniging Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)		

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform [Richtlijnen Langdurige Zorg](https://richtlijnen.langdurigezorg.nl).

8. Referentielijst

1. Bharucha, A.E., & Lacy, B.E. (2020). Mechanisms, evaluation, and management of chronic constipation. *Gastroenterology*, 158(5), 1232-1249.e3. doi: 10.1053/J.GASTRO.2019.12.034
2. de Groot K., Verest W., & Francke A. (2020). Verpleging en verzorging bij mensen met (risico op) obstipatie. Een knelpuntenanalyse. Beschikbaar op:
<https://www.venvn.nl/media/tsuc5hav/rapport-knelpuntenanalyse-obstipatie-definitief.pdf>
3. Krogh, K., Chiarioni, G., & Whitehead, W. (2017). Management of chronic constipation in adults. *United European gastroenterology journal*, 5(4), 465–472. doi: 10.1177/2050640616663439
4. Centrum voor Consultatie en Expertise. (n.d.). Obstipatie. Beschikbaar op:
<https://somatiek.cce.nl/model-voor-analyse-van-probleemgedrag/analyse-van-factoren-die-verband-kunnen-houden-met-probleemgedrag/medische-factoren/somatische-aandoening/ziekten-aan-maag-of-darmen/obstipatie>
5. Robertson, J., Baines, S., Emerson, E., & Hatton, C. (2018). Prevalence of constipation in people with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 43(4), 392–406. doi: 10.3109/13668250.2017.1310829
6. Tonino, M.A.M., Maas-Festen, D.A.M., Huisman, S.A. & Braam, W. (2023) Medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking. Prelum Uitgevers.
7. Diemel J.M., van den Hurk A.P.J.M., Muris J.W.M., Pijpers M.A.M., Verheij A.A.A., & Kurver M.J. (2010). Obstipatie. Beschikbaar op: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obstipatie>
8. IKNL. (2022). Richtlijn Obstipatie in de palliatieve fase. Beschikbaar op:
<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/obstipatie>
9. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). (2016). Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar. Beschikbaar op:
https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/obstipatie_bij_kinderen_van_0_tot_18_jaar/obstipatie_-_startpagina.html
10. Andresen, V., Becker, G., Frieling, T., Goebel-Stengel, M., Gundling, F., Herold, A., Karaus, M., Keller, J., Kim, M., Klose, P., Krammer, H., Kreis, M.E., Kuhlbusch-Zicklam, R., Langhorst, J., Layer, P., Lenzen-Großimlinghaus, R., Madisch, A., Mönnikes, H., Müller-Lissner, S., ... Pehl, C. (2022). Aktualisierte S2k-Leitlinie chronische Obstipation der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie & Motilität (DGNM). Beschikbaar op:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-019l_S2k_Chronische_Obstipation_2022-04_01.pdf
11. Bharucha, A.E., Dorn, S.D., Lembo, A., & Pressman, A. (2013). American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. Beschikbaar op:
<https://www.gastrojournal.org/action/showPdf?pii=S0016-5085%2812%2901545-4>
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2010). Constipation in children and young people: diagnosis and management. Beschikbaar op:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg99/resources/constipation-in-children-and-young-people-diagnosis-and-management-pdf-975757753285>

13. Lindberg, G., Hamid, S.S., Malfertheiner, P., Thomsen, O.O., Fernandez, L.B., Garisch, J., Thomson, A., Goh, K.L., Tandon, R., Fedail, S., Wong, B.C., Khan, A.G., Krabshuis, J.H., LeMair, A., & World Gastroenterology Organisation (2011). World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation--a global perspective. *Journal of clinical gastroenterology*, 45(6), 483–487. doi: 10.1097/MCG.0b013e31820fb914
14. NVLF, DGO, Ergotherapie Nederland, de Haan Ergotherapie, Vilans, & NVD. (2023). Eten en drinken voor mensen met dementie in het verpleeghuis. Een praktische handleiding voor naasten. Beschikbaar op:
<https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/handleiding-eten-en-drinken-voor-mensen-met-dementie-print.pdf>
15. de Wit, N., Masclee, A., Minnaard, M., Muris, J., Quartero, A., Schep-Akkerman, A., & van Balen, J. (2022). NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Beschikbaar op:
<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/prikkelbaredarmsyndroom-pds>
16. Federatie Medisch Specialisten. (2022). Prikkelbaredarmsyndroom. Beschikbaar op:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prikkelbaredarmsyndroom/startpagina_-_prikkelbaredarmsyndroom.html
17. Gezondheidsraad. (2015). Richtlijnen goede voeding 2015. Beschikbaar op:
<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015>
18. Gezondheidsraad. (2017). Kernadvies Beweegrichtlijnen 2017. Beschikbaar op:
<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>
19. AGREE Next Steps Consortium. (2009). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Beschikbaar op:
<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>
20. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (n.d.). Definition of intellectual disability. Beschikbaar op: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition#.WbvNurJJJaUI>
21. Lacy, B.E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W.D., Lembo, A.J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393-1407.e5. doi: 10.1053/J.GASTRO.2016.02.031
22. Rome Foundation. (2016). Rome IV Criteria. Beschikbaar op:
<https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>
23. CBS. (n.d.). Ouderen. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
24. Rodríguez-Ramallo, H., Báez-Gutiérrez, N., Prado-Mel, E., Alfaro-Lara, E.R., Santos-Ramos, B., & Sánchez-Fidalgo, S. (2021). Association between anticholinergic burden and constipation: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(5). doi: 10.3390/healthcare9050581
25. NICE. (2017). Constipation in children and young people: diagnosis and management. Beschikbaar op: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg99/resources/constipation-in-children-and-young-people-diagnosis-and-management-pdf-975757753285>
26. Carpenito-Moyet, L.J. (2023). *Zakboek Verpleegkundige diagnosen*. Noordhoff.

27. Hilgenkamp, T.I.M. (2012). Physical activity and fitness in older adults with intellectual disabilities. Erasmus University Rotterdam. Beschikbaar op: <http://hdl.handle.net/1765/32303>
28. Pinto, C.F.C.S., Oliveira, P.D.C.M., Fernandes, O.M.F.S.D.O., Padilha, J.M.D.S.C., Machado, P.A.P., Ribeiro, A.L.A., & Ramos, J.L.N. (2020). Nonpharmacological clinical effective interventions in constipation: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3), 261–269. doi: 10.1111/jnu.12555
29. Waninge, A., Van der Putten, A.A.J., Wagenaar, M.C., & Van der Schans, C.P. (2023). Towards criteria and symptoms of constipation in people with severe or profound intellectual and multiple disabilities: A Delphi study. *Heliyon*, 9(6), e16446. doi: 10.1016/J.HELIYON.2023.E16446
30. Lee, V.V., Lau, N.Y., Xi, D.J.Y., Truong, A.T.L., Blasiak, A., Siah, K.T.H., & Ho, D. (2022). A systematic review of the development and psychometric properties of constipation-related Patient-Reported Outcome Measures: opportunities for digital health. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 28(3), 376–389. doi: 10.5056/jnm22004
31. Dueñas, M., Mendonça, L., Sampaio, R., Gouvêas, C., Oliveira, D., Castro-Lopes, J.M., & Azevedo, L.F. (2017). Reliability and validity of the Bowel Function Index for evaluating opioid-induced constipation: translation, cultural adaptation and validation of the portuguese version (BFI-P). *Current Medical Research and Opinion*. doi: 10.1080/03007995.2016.1273204
32. Pimentel, M., Mathur, R., Wang, J., Chang, C.S., Hosseini, A., Fiorentino, A., Rashid, M., Pichetshote, N., Basseri, B., Treyzon, L., Chang, B., Leite, G., Morales, W., Weitsman, S., Kraus, A., & Rezaie, A. (2022). A smartphone application using artificial intelligence is superior to subject Self-Reporting when assessing stool form. *The American Journal of Gastroenterology*, 117(7), 1118–1124. doi: 10.14309/ajg.0000000000001723
33. Taniguchi, T.M., De Abreu, G.E., Portugal, M.M., & Barroso, U. (2022). Cross-cultural adaptation and validation of the Constipation Scoring System for the Brazilian population. *Arquivos De Gastroenterologia*, 59(1), 3–8. doi: 10.1590/s0004-2803.202200001-02
34. Tsai, Y., Yang, Y., & Lan, Y. (2021). Translation and validation of the traditional Chinese version of the Constipation Severity Instrument. *Journal of The Chinese Medical Association*, 84(3), 299–302. doi: 10.1097/jcma.0000000000000462
35. Tsunoda, A., Yamada, K., Takano, M., & Kusanagi, H. (2015). The Translation and validation of the Japanese version of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life scale. *Surgery Today*, 46(4), 414–421. doi: 10.1007/s00595-015-1179-2
36. Lewis, S.J., & Heaton, K.W. (1997). Stool Form Scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32(9), 920–924. doi: 10.3109/00365529709011203
37. Rentz, A.M., Yu, R., Müller-Lissner, S., & Leyendecker, P. (2009). Validation of the Bowel Function Index to detect clinically meaningful changes in opioid-induced constipation. *Journal of Medical Economics*, 12(4), 371–383. doi: 10.3111/13696990903430481
38. Agachan, F., Chen, T., Pfeifer, J., Reissman, P., & Wexner, S.D. (1996). A Constipation Scoring System to simplify evaluation and management of constipated patients. *Diseases of The Colon & Rectum*, 39(6), 681–685. doi: 10.1007/bf02056950
39. Altomare, D.F., Spazzafumo, L., Rinaldi, M., Dodi, G., Ghiselli, R., & Piloni, V. (2007). Set-up and statistical validation of a new scoring system for Obstructed Defaecation Syndrome. *Colorectal Disease*, 10(1), 84–88. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01262.x

40. Frank, L. (1999). Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 34(9), 870–877. doi: 10.1080/003655299750025327
41. Neri, L., Conway, P.M., & Basilisco, G. (2014). Confirmatory factor analysis of the Patient Assessment of Constipation-Symptoms (PAC-SYM) among patients with chronic constipation. *Quality of Life Research*, 24(7), 1597–1605. doi: 10.1007/s11136-014-0886-2
42. Prinsen, C.A., Mokkink, L.B., Bouter, L.M., Alonso, J., Patrick, D.L., De Vet, H.C., & Terwee, C.B. (2018). COSMIN Guideline for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Quality of Life Research*, 27(5), 1147–1157. doi: 10.1007/s11136-018-1798-3
43. Wagenaar, M.C., Van der Putten, A., Douma, J.G., Van der Schans, C.P., & Waninge, A. (2022). Definitions, signs, and symptoms of constipation in people with severe or profound intellectual disabilities: A systematic review. *Heliyon*, 8(5), e09479. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09479
44. Nordin, E., Hellström, P.M., Brunius, C., & Landberg, R. (2022). Modest conformity between self-reporting of Bristol Stool Form and fecal consistency measured by stool water content in Irritable Bowel Syndrome and a FODMAP and gluten trial. *The American Journal of Gastroenterology*, 117(10), 1668–1674. doi: 10.14309/ajg.0000000000001942
45. Munch, L., Tvistholm, N., Trosborg, I., & Konradsen, H. (2016). Living with constipation—Older people’s experiences and strategies with constipation before and during hospitalization. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 30732. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30732>
46. Serra, J., Pohl, D., Azpiroz, F., Chiarioni, G., Ducrotté, P., Gourcerol, G., Hungin, A.P., Layer, P., Mendive, J.M., Pfeifer, J., Rogler, G., Scott, S.M., Simrén, M., & Whorwell, P.J. (2019). European Society of Neurogastroenterology and Motility Guidelines on Functional Constipation in Adults. *Neurogastroenterology and Motility*, 32(2). doi: 10.1111/nmo.13762
47. Castle, S.C., Cantrell, M., Israel, D.S., & Samuelson, M.J. (1991). Constipation prevention: empiric use of stool softeners questioned. *Geriatrics*, 46(11), 84–86.
48. Chung, B.D., Parekh, U., & Sellin, J.H. (1999). Effect of increased fluid intake on stool output in normal healthy volunteers. *Journal of clinical gastroenterology*, 28(1), 29–32. doi: 10.1097/00004836-199901000-00006
49. Zhang, Y., Coca, A., Casa, D.J., Antonio, J., Green, J.M., & Bishop, P.A. (2015). Caffeine and diuresis during rest and exercise: A meta-analysis. *Journal of science and medicine in sport*, 18(5), 569–574. doi: 10.1016/j.jsams.2014.07.017
50. Maughan, R.J., & Griffin, J. (2003). Caffeine ingestion and fluid balance: a review. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 16(6), 411–420. doi: 10.1046/j.1365-277x.2003.00477.x
51. Neuhäuser-Berthold, Beine, S., Verwied, S.C., & Lührmann, P.M. (1997). Coffee consumption and total body water homeostasis as measured by fluid balance and bioelectrical impedance analysis. *Annals of nutrition & metabolism*, 41(1), 29–36. doi: 10.1159/000177975
52. Silva, A.M., Júdice, P.B., Matias, C.N., Santos, D.A., Magalhães, J.P., St-Onge, M.P., Gonçalves, E.M., Armada-da-Silva, P., & Sardinha, L.B. (2013). Total body water and its compartments are not affected by ingesting a moderate dose of caffeine in healthy young adult males. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et*

- metabolisme, 38(6), 626–632. doi: 10.1139/apnm-2012-0253
53. Müller-Lissner, S.A., Kamm, M.A., Scarpignato, C., & Wald, A. (2005). Myths and misconceptions about chronic constipation. *The American journal of gastroenterology*, 100(1), 232–242. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.40885.x
 54. Corsetti, M., Landes, S., & Lange, R. (2021). Bisacodyl: A review of pharmacology and clinical evidence to guide use in clinical practice in patients with constipation. *Neurogastroenterology and Motility*, 33(10):e14123.
 55. Evenhuis, H.M. (2014). Gezond ouder met een verstandelijke beperking. Resultaten van de GOUD-studie 2008-2013. Beschikbaar op: https://goudonbeperktgezond.nl/wp-content/uploads/2023/03/rapport_goud.pdf
 56. Stichting Voedingscentrum Nederland. (2020). Richtlijnen Schijf van Vijf. Beschikbaar op: <https://www.voedingscentrum.nl/professionals/schijf-van-vijf/richtlijnen-schijf-van-vijf.aspx>
 57. Bates-Jensen, B.M., Alessi, C.A., Cadogan, M., Levy-Storms, L., Jorge, J., Yoshii, J., Al-Samarrai, N.R., & Schnelle, J.F. (2004). The Minimum Data Set bedfast quality indicator: differences among nursing homes. *Nursing research*, 53(4), 260–272. doi: 10.1097/00006199-200407000-00009
 58. Malone, J.C., & Thavamani, A. (2023). Physiology, gastrocolic reflex. In: StatPearls. StatPearls Publishing.
 59. Miller, C.A. (2022). *Nursing for wellness in older adults*. Wolters Kluwer.
 60. Sakakibara, R., Tsunoyama, K., Hosoi, H., Takahashi, O., Sugiyama, M., Kishi, M., Ogawa, E., Terada, H., Uchiyama, T., & Yamanishi, T. (2010). Influence of body position on defecation in humans. *Lower urinary tract symptoms*, 2(1), 16–21. doi: 10.1111/j.1757-5672.2009.00057.x
 61. Takano, S., & Sands, D.R. (2016). Influence of body posture on defecation: A prospective study of "The Thinker" position. *Techniques in coloproctology*, 20(2), 117–121. doi: 10.1007/s10151-015-1402-6
 62. Lacy B.E. (2019). Update on the management of chronic idiopathic constipation. *The American journal of managed care*, 25(4 Suppl), S55–S62.
 63. Pedrosa Carrasco, A.J., Timmermann, L., & Pedrosa, D.J. (2018). Management of constipation in patients with Parkinson's disease. *Npj Parkinson's Disease*, 4(1). doi: 10.1038/s41531-018-0042-8
 64. Robertson, J., Baines, S., Emerson, E., & Hatton, C. (2018). Constipation management in people with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 31(5), 709–724. doi: 10.1111/jar.12426
 65. Dobarrio-Sanz, I., Hernández-Padilla, J.M., López-Rodríguez, M.M., Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., & Ruiz-Fernández, M.D. (2020). Non-pharmacological interventions to improve constipation amongst older adults in long-term care settings: A systematic review of randomised controlled trials. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.07.012
 66. Xie, L., Chen, D., Zhu, X., & Cheng, C. (2022). Efficacy and safety of probiotics in Parkinson's constipation: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 1007654. doi: 10.3389/fphar.2022.1007654
 67. Wang, Q.-S., Liu, Y., Zou, X.-N., Ma, Y.-L., & Liu, G.-L. (2020). Evaluating the efficacy of

- massage intervention for the treatment of poststroke constipation: A meta-analysis. *Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM)*, 2020, 1–8. doi: 10.1155/2020/8934751
68. Alsalimy, N., Madi, L., & Awaisu, A. (2018). Efficacy and safety of laxatives for chronic constipation in long-term care settings: A systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 43(5), 595–605. doi: 10.1111/jcpt.12721
69. Kang, S.J., Cho, Y.S., Lee, T.H., Kim, S.E., Ryu, H.S., Kim, J.W., Park, S.Y., Lee, Y.J., Shin, J.E., & Constipation Research Group of the Korean Society of Neurogastroenterology and Motility. (2021). Medical management of constipation in elderly patients: systematic review. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 27(4), 495–512. doi: 10.5056/jnm20210
70. Guo, M., Le, X., Qin-Yu, W., Ye, M., Sheng-Qiang, Z., Yao, X., Da-Hua, W., & Bai-Yan, L. (2022). Effectiveness and safety of acupoint catgut embedding for the treatment of poststroke constipation: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, 2022, 8080297. doi: 10.1155/2022/8080297
71. Mori, H., Tack, J., & Suzuki, H. (2021). Magnesium oxide in constipation. *Nutrients*, 13(2), 421. doi: 10.3390/nu13020421
72. Dehghan, M., Malakoutikhah, A., Ghaedi Heidari, F., & Zakeri, M. A. (2020). The effect of abdominal massage on gastrointestinal functions: A systematic review. *Complementary therapies in medicine*, 54, 102553. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102553
73. Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). (2023). Ontwikkeling van SKILZ-richtlijnen. Beschrijving van de SKILZ-richtlijnmethode. Beschikbaar via: <https://skilz.nu/wpd/wp-content/uploads/2023/12/Richtlijnmethode-SKILZ-najaar-2023.pdf>
74. AQUA-Leidraad. (2021). Zorginstituut Nederland. Beschikbaar op: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
75. Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. ZonMw. Beschikbaar op: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
76. Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 358. doi: 10.1136/BMJ.J4008
77. Sterne, J.A.C., Savović, J., Page, M.J., Elbers, R.G., Blencowe, N.S., Boutron, I., Cates, C.J., Cheng, H.Y., Corbett, M.S., Eldridge, S.M., Emberson, J.R., Hernán, M.A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D.R., Jüni, P., Kirkham, J.J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., ... Higgins, J.P.T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, l4898. doi: 10.1136/bmj.l4898
78. Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. & Schünemann, H.J. (2008); GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*;336: 924-6. doi: 10.1136/bmj.39489.470347.AD
79. Schünemann H., Brožek J., Guyatt G., & Oxman, A. (2013). GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. The GRADE Working Group. Beschikbaar op:

http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html

80. Alonso-Coello, P., Oxman, A.D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E.A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R.A., Vandvik, P.O., Meerpohl, J., Guyatt, G.H., & Schünemann, H.J. (2016). GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*, 353, i2089. doi: 10.1136/bmj.i2016

9. Disclaimer

Op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl publiceert SKILZ richtlijnen voor de langdurige zorg. Ondanks de zorg en aandacht die wordt besteed aan de informatie op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl is het mogelijk dat inhoud niet volledig en/of onjuist is.

Aansprakelijkheid

SKILZ sluit alle aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen uit, evenals gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de langdurige zorg mocht hebben uit. Richtlijnen Langdurige Zorg staat open voor het attenderen op (vermoedelijke) fouten c.q. onjuistheden in de inhoud of opmaak van de richtlijnen. Hiervoor kan contact worden opgenomen met vraag@richtlijnenlangdurigezorg.nl.

Intellectueel eigendom

Het intellectueel eigendom van de richtlijnen en de afgeleide producten, ligt bij de beheerder van de richtlijn. Voor eigen gebruik mag informatie worden gedownload en/of afgedrukt worden. Zonder voorafgaande toestemming van SKILZ mogen gepubliceerde bestanden (of delen daarvan) niet worden overgenomen, gepubliceerd of op een andere manier openbaar gemaakt of verveelvoudigd worden. U kunt een verzoek voor toestemming sturen aan SKILZ via bureau@skilz.nu SKILZ zal uw verzoek behandelen.

Het is toegestaan een directe link naar www.richtlijnenlangdurigezorg.nl te plaatsen op een andere website of direct te linken naar de richtlijnen op dit platform.