



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

2020026807

Datum 1 juli 2020
Betreft Aanbieding verbeter-signalement zinnige zorg bij vrouwen met
bekkenbodemplachten

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg & Gynaecologie
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55
Contactpersoon
U. Malanda
T +31 (0)6 523 381 54

Onze referentie
2020026807

Geachte heer Van Rijn,

Hierbij ontvangt u het *Verbetersignalement Bekkenbodemplachten*. Dit rapport gaat in op de zorg voor vrouwen met de bekkenbodemplachten urine-incontinentie (UI) en prolaps. Het rapport is samen met de betrokken partijen opgesteld in het kader van Zinnige Zorg. In Zinnige Zorg-projecten brengt het Zorginstituut in beeld hoe de zorg, die vanuit het basispakket wordt vergoed, in de praktijk wordt geleverd. De Raad van Bestuur van het Zorginstituut heeft dit signalement over bekkenbodemplachten vastgesteld.

Bekkenbodemplachten komen in Nederland bij vrouwen boven 40 jaar veel voor: 30-55 procent heeft UI-klachten en meer dan 40 procent heeft een prolaps. De klachten hebben grote gevolgen voor het dagelijks leven van deze vrouwen. Ze leiden tot angst, frustratie, hinder bij zitten en fietsen, minder lichamelijke en sociale activiteiten en seksuele problemen. Toch zoekt niet iedereen medische hulp: maar 28 van de 1000 vrouwen boven de 45 jaar gaan met hun klachten naar een huisarts. Dat komt omdat vrouwen de klachten vaak beschouwen als iets wat 'erbij hoort' en waaraan weinig te doen is.

Het verbeter-signalement beschrijft op welke punten de zorg voor vrouwen met de bekkenbodemplachten UI en prolaps beter kan. In Nederland leveren professionals al goede zorg op het gebied van UI en prolaps. Toch stelt het Zorginstituut samen met partijen vast dat de zorg op een aantal punten verbeterd kan worden. De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- makkelijker tot de juiste diagnose komen;
- vaker juiste behandeling op juiste plek voor vrouwen met UI en prolaps;
- behandeling van UI sneller en vaker bijsturen
- vrouwen meer bewust van bekkenbodemplachten en behandel-mogelijkheden.

Als de partijen de verbeterpunten conform de afspraken uitvoeren, is er sprake van kwalitatief betere zorg en een totale kostenvermindering van € 1 miljoen per jaar. In het signalement en de hierin opgenomen impactanalyse hebben we deze opbrengsten toegelicht.

De betrokken partijen in de zorg hebben positief gereageerd op het signalement. In hoofdstuk 5 van het signalement staat een overzicht van de gezamenlijk vastgestelde verbeterpunten en welke partijen als eerste zijn aangewezen om de verbeteracties op te pakken. De uitvoering van de verbeteringen is aan de betrokken partijen in de zorg. Zij zijn nu verantwoordelijk voor de implementatie van deze verbeterafspraken.

Het Zorginstituut zal het implementatieproces monitoren en hierover rapporteren aan uw ministerie in de vorm van voortgangsrapportages.

Hoogachtend,



Peter Siebers
Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
1 juli 2020

Onze referentie
2020026807



Zorginstituut Nederland

Verbetersignalement Zinnige Zorg bij vrouwen met bekken- bodemplachten

Zinnige Zorg | ICD-10: XIV N39, N81

23 JUNI 2020 | DEFINITIEF

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

“Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”, dat is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt.

Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Kern daarbij is dat we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap confronteren met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden.

De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor het verbeteren van de zorg. Het Zorginstituut maakt eventuele verbeterpunten inzichtelijk, bevordert de onderlinge samenwerking en volgt de resultaten. Zo dragen we bij aan goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Meer informatie over de activiteiten van Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	7
1 Diagnostiek: de richtlijnen beter volgen en aanvullen	10
1.1 Richtlijn voor diagnostiek van UI beter volgen	10
1.2 Diagnostiek onderactieve blaas opnemen in richtlijnen	11
1.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen	11
2 Behandeling: gepast gebruik van zorg bevorderen	12
2.1 Bij behandeling van UI in eerste lijn de richtlijnen beter volgen	12
2.1.1 In de eerste lijn betere voorlichtingen geven over UI en behandel mogelijkheden	13
2.1.2 Bij meer UI-patiënten een gepaste behandeling starten	13
2.1.3 Gerichter verwijzen naar de tweede lijn	13
2.1.4 Meer UUI-patiënten behandelen zonder behandelstappen over te slaan	14
2.1.5 Richtlijnen in overeenstemming brengen over inzet van pessarium bij SUI-patiënten	15
2.2 Keuzemogelijkheid voor patiënten vergroten om een steunpessarium bij prolaps in de eerste lijn te laten aanmeten	15
2.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen	16
3 Vervolgtraject: UI-behandeling vaker controleren en evalueren	17
3.1 UI-behandeling in de eerste lijn vaker controleren en evalueren	17
3.2 Verwachte resultaten van de verbeteringen	18
4 Verbeteringen buiten het zorgtraject: vrouwen meer bewust maken van behandel mogelijkheden	19
4.1 Vrouwen attenderen op behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten	19
4.2 Verwachte resultaten van de verbeteringen	19
5 Realiseren van de verbeteringen	20
5.1 Gemaakte verbeterafspraken	20
5.1.1 Diagnostiek: de richtlijnen beter volgen en aanvullen	20
5.1.2 Behandeling: gepast gebruik van zorg bevorderen	21
5.1.3 Vervolgtraject: UI-behandeling vaker controleren en evalueren	22
5.1.4 Verbeteringen buiten het zorgtraject: vrouwen meer bewust maken van behandel mogelijkheden	23
5.2 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie	23
Bijlagen	
Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg	24
Bijlage B Overzicht betrokken partijen	26
Bijlage C Reacties schriftelijke consultatie	27
Bijlage D Zorgtraject bij bekkenbodemplachten	38
Bijlage E Richtlijnanalyse	43
Bijlage F Impactanalyse	45
Begrippenlijst	55
Literatuurlijst	56

Samenvatting

Dit verbetersignalement beschrijft het onderzoek en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken voor verdere verbetering van de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten. In het kader van het programma Zinnige Zorg van Zorginstituut Nederland hebben we samen met de betrokken koepels van patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars dit zorgtraject doorgelicht. In de voorafgaande screeningsfase bleek namelijk dat bekkenbodemplachten in Nederland bij vrouwen boven 40 jaar veel voor komen: 30-55 procent heeft UI-klachten en meer dan 40 procent heeft een prolaps. De klachten hebben grote gevolgen voor het dagelijks leven van deze vrouwen. Ze leiden tot angst, frustratie, hinder bij zitten en fietsen, minder lichamelijke en sociale activiteiten en seksuele problemen. Toch zoekt niet iedereen medische hulp: maar 28 van de 1000 vrouwen boven de 45 jaar gaan met hun klachten naar een huisarts. Dat komt omdat vrouwen de klachten vaak beschouwen als iets wat 'erbij hoort' en waaraan weinig te doen is. Uit onderzoek in de screeningsfase bleek verder dat er mogelijk ruimte is voor meer zinnige zorg bij vrouwen met bekkenbodemplachten. De verbeteracties en afspraken in dit verbetersignalement geven invulling aan de gesignaleerde verbeteringen.

Zorgtraject bekkenbodemplachten

Het gaat in dit verbetersignalement over het zorgtraject voor vrouwen met bekkenbodemplachten. We hebben specifiek gekeken naar UI en prolaps. Bij UI zijn drie typen te onderscheiden: stress urine-incontinentie (SUI, inspanningsincontinentie), *urge* urine-incontinentie (UUI, drang-incontinentie) en *mixed* urine-incontinentie (MUI, gemengde urine-incontinentie).

Niet alle vrouwen zoeken medische hulp voor hun bekkenbodemplachten. Als ze dat wel doen, dan is dat bij de huisarts of (bekken)fysiotherapeut. Door anamnese en lichamelijk onderzoek wordt vastgesteld van welk type UI of welke mate van prolaps sprake is. Daarna kan de specifieke behandeling starten.

Bij SUI kan in de meeste gevallen eerst gestart worden met bekkenbodempieroefeningen of eventueel een pessarium. Bij UUI is blaastraining de eerste stap in de behandeling, eventueel gevolgd door toevoegen van medicatie (spasmolyticum). Bij MUI wordt eerst gestart met de behandeling van de klachten die het meest op de voorgrond staan (SUI of UUI). Als dit niet genoeg effect heeft, kan gewisseld worden naar behandeling van het andere type. Bij lichte tot matige prolapsklachten wordt eerst bekkenfysiotherapie voorgeschreven of een steunpessarium aangemeten.

Als deze behandelingen niet het gewenste effect hebben, kan worden gekozen voor verwijzing naar de medisch specialist. Bij SUI voor mogelijkheden voor een operatieve ingreep, bij UUI voor mogelijkheden om de tolerantie om urine in de blaas op te slaan te verbeteren. Bij prolaps betreft het mogelijkheden tot het chirurgisch herstellen, versterken of verwijderen van structuren rond de verzakking.

Afspraken met partijen over verbeteringen

Door de volgende verbeteringen van het zorgtraject wordt de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten zinniger:

- volg de richtlijnen bij diagnostiek van UI beter en vul ze aan;
- bevorder het gepast gebruik van zorg;
- controleer en evalueer de UI-behandeling vaker;
- maak vrouwen meer bewust van behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten.

Over het uitvoeren van deze verbeteringen hebben wij afspraken met de betrokken partijen gemaakt. Zij hebben zich aan deze afspraken gecommitteerd.

Verwachte resultaten

Als de afgesproken acties zijn uitgevoerd, verwachten wij de volgende resultaten:

- meer vrouwen krijgen makkelijker de juiste diagnose;
- meer vrouwen krijgen een passende, effectieve behandeling, waar gewenst dicht bij huis;
- meer vrouwen krijgen een tijdige bijsturing van de ingezette behandeling;
- meer vrouwen zijn zich bewust van de behandelbaarheid van bekkenbodemplachten.

Onze schatting is, dat de volledige implementatie van de afgesproken verbeteracties ook leidt tot een mogelijke kostenbesparing van ongeveer € 1 miljoen per jaar in de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten. Deze schatting is gebaseerd op de volgende aannames:

- We verwachten dat het vaker inzetten van diagnostiek bij vermoeden van UI in eerste instantie zal leiden tot meer kosten in de zorg in de eerste lijn. Deze kostentoeename is naar schatting € 600.000. Ook zullen de kosten stijgen met € 6 miljoen per jaar, doordat minder vrouwen onterecht geen behandeling of langdurig incontinentiemateriaal krijgen.
- We verwachten verder dat een aantal verbeteringen zal resulteren in een afname in kosten van € 7,6 miljoen. Vrouwen gerichter naar de tweede lijn verwijzen zal leiden tot € 5,2 miljoen minder kosten. Deze zullen verder verlagen met € 2,4 miljoen door verplaatsing naar de eerste lijn van het aanmeten van een pessarium.

In deze schatting hebben we geen kosten meegenomen van de verbeteracties om vrouwen meer te attenderen op de behandelbaarheid van bekkenbodemplachten. Het is namelijk niet te voorspellen hoe groot de groep vrouwen zal zijn, die door deze verbeteracties medische hulp gaat zoeken.

Implementatie, monitoring en evaluatie

De uitvoering en implementatie van de verbeteracties is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken partijen in de zorg. Zij hebben toegezegd dit te gaan doen. Het Zorginstituut zal waar nodig en op verzoek van partijen ondersteunen bij de implementatie. Bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten om partijen samen te brengen of door het ondersteunen van de communicatie over de afgesproken verbeteracties en de onderliggende analyse.

Het Zorginstituut zal de verbeteracties monitoren door jaarlijks met partijen over de voortgang te overleggen en hierover te rapporteren aan de minister voor Medische Zorg en Sport. Ongeveer drie jaar na publicatie van dit verbetersignalement zal het Zorginstituut een evaluatierapport over de bereikte verbeteringen uitbrengen aan de minister.

Zinnige Zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten

In dit signalement beschrijven wij het zorgtraject voor vrouwen met de twee typen bekkenbodemplachten: urine-incontinentie (UI) en prolaps (verzakking van de baarmoeder). UI is onderverdeeld in stress urine-incontinentie (SUI, inspanningsincontinentie), urge urine-incontinentie (UUI, drang-incontinentie) en mixed urine-incontinentie (MUI, gemengde urine-incontinentie).

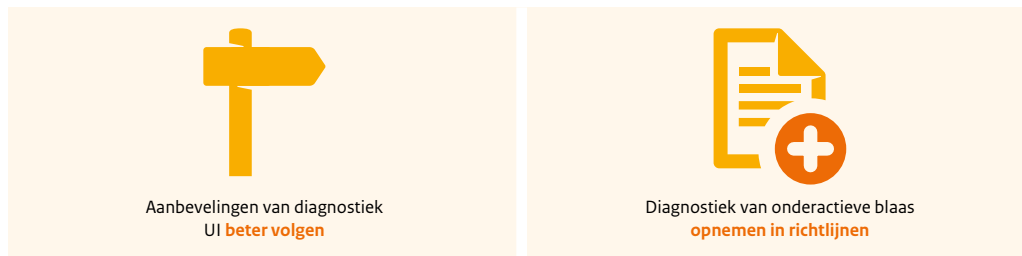
Betrokken partijen



Verwachte resultaten

<p>Meer vrouwen met bekkenbodemplachten krijgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • makkelijker de juiste diagnose • een passende, effectieve behandeling, waar gewenst dichterbij huis • een tijdige bijsturing van de ingezette behandeling 	<p>Besparing per jaar: € 1 miljoen</p> 
---	---

Diagnostiek | Richtlijnen beter volgen en aanvullen



Behandeling | Gepast gebruik van zorg bevorderen

<p>Bij behandeling van UI in eerste lijn beter de richtlijnen volgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • betere voorlichting over UI en de behandelmogelijkheden • gerichter verwijzen naar specialist • meer UUI-patiënten behandelen zonder stappen over te slaan • richtlijnen over inzet van pessarium bij SUI-patiënten in overeenstemming brengen 	 <p>Keuze voor aanmeten pessarium voor prolaps bij huisarts vergroten</p>
--	--

Vervolgtraject | UI-behandeling vaker controleren en evalueren



Inleiding

Zorginstituut Nederland wil met het programma Zinnige Zorg ineffectieve of onnodige zorg terugdringen. Dit om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, de gezondheidswinst voor de patiënt te vergroten en onnodige kosten te vermijden. Het programma omvat verschillende projecten. In elk project ichten we een bepaald aandoeningsgebied systematisch door. Hierbij gaan we uit van de indeling van aandoeningen volgens de *World Health Organization International Classification of Diseases*, versie 10 (ICD-10), 2016.^[1] Een systematische doorlichting bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. In bijlage A vindt u meer informatie over de werkwijze van Zinnige Zorg.

Eén van de Zinnige Zorg-projecten die het Zorginstituut momenteel uitvoert, is de systematische doorlichting van de zorggebieden Geboortezorg (ICD-10: XV 000-099) en Ziekten van het urogenitaal stelsel (ICD-10: XIV N70-N99). Het screeningsrapport over de eerste fase van dit project is in december 2017 gepubliceerd.^[2] Hierin staat, dat het Zorginstituut samen met de partijen die bij de uitvoering van de zorg zijn betrokken twee zorgtrajecten heeft geselecteerd, die naar verwachting door meer gepast gebruik kunnen worden verbeterd, namelijk:

- de zorg voor vrouwen met dysplasie (abnormale cellengroei) van de baarmoederhals (ICD-10: XIV N87);^[3] en
- de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten (ICD-10: XIV N39 en N81).

Over het zorgtraject voor vrouwen met bekkenbodemplachten is in het screeningsrapport beschreven dat urine-incontinentie (UI) gemiddeld bij ruim 17 per 1000 vrouwen in de huisartsenpraktijk per jaar voor komt met een toenemende prevalentie (aantal bestaande gevallen) naarmate de leeftijd stijgt, dat 30-55 procent van de Nederlandse vrouwen UI-klachten ervaart en dat uit patiëntgericht onderzoek blijkt dat vrouwen een hoge ziektelast ondervinden van bekkenbodemplachten.^[2,4,5] In het screeningsrapport is ook beschreven dat er een grote praktijkvariatie is in de behandeling van prolaps. Verder staat 'Incontinentie/ Prolaps' (G25) op de derde plaats in de top-10 van meest voorkomende gynaecologische diagnose. De bijbehorende zorgkosten in de tweede lijn worden geschat op € 53 miljoen euro¹.

Verdiepingsfase zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten

Als vervolg op het screeningsrapport heeft het Zorginstituut de mogelijke verbeteringen verder onderzocht en onderbouwd in de verdiepingsfase. Dit verbetersignalement gaat over de uitkomsten van het verdiepingsonderzoek naar bekkenbodemplachten. Net als in de screeningsfase hebben we in de verdiepingsfase nauw samengewerkt met de betrokken verantwoordelijke partijen. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. Een overzicht van deze partijen vindt u in bijlage B. Voorafgaand aan de publicatie van het verbetersignalement hebben we de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Dit rapport beschrijft het verdiepingsonderzoek naar de diagnostiek, behandeling en het vervolgtraject van de bekkenbodemplachten UI en prolaps (verzakking van de baarmoeder). Bij UI zijn drie typen te onderscheiden: stress urine-incontinentie (SUI, inspanningsincontinentie), *urge* urine-incontinentie (UUI, drang-incontinentie) en *mixed* urine-incontinentie (MUI, gemengde urine-incontinentie). Het betreft ICD-10: XIV N39: overige stoornissen van het urinair systeem en ICD-10 XIV N81: genitale prolaps. UI en prolaps kunnen afzonderlijk, maar ook gelijktijdig voorkomen. Bijlage D bevat een uitgebreide beschrijving van het zorgtraject.

¹ Op basis van declaratiegegevens van zorgaanbieders verstrekt door de NZa en van zorgverzekeraars verstrekt via Vektis. Peildatum 1 oktober 2019.

Het onderzoek in de verdiepingsfase richt zich op een vergelijking tussen de zorg zoals die in de richtlijnen is beschreven en de uitvoering ervan in de praktijk. In samenspraak met de betrokken partijen heeft het Zorginstituut onderzoeksvragen rond de zorg bij bekkenbodemplachten geformuleerd over:

- over- en onderdiagnostiek;
- over- en onderbehandeling;
- variatie in het behandel- en vervolgtraject (gepast gebruik).

Het Zorginstituut heeft een deel van het onderzoek zelf uitgevoerd, namelijk:

- Een analyse van nationale en internationale richtlijnen voor UI en prolaps (zie bijlage E). In totaal zijn vijf nationale richtlijnen gevonden en hebben we twee internationale richtlijnen meegenomen in de analyse:
 - NHG-Standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' (2015)^[6];
 - KNGF-richtlijn 'Stress (urine-)incontinentie' (2017)^[7];
 - NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen' (2011)^[8];
 - NVU-richtlijn 'Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg' (2014)^[9];
 - NVOG-richtlijn 'Prolaps' (2014)^[10];
 - 'Urinary Incontinence' (2018) van de *European Association of Urology (EAU)*^[11];
 - 'Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women' (2019) van het *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*^[12].
- Een analyse van de uitvoering van de zorg in de praktijk op basis van declaratiedata.

Eén onderzoek hebben we uitbesteed aan het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), in samenwerking met de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen (hierna: extern eerstelijns onderzoek).^[13] Dit onderzoek richtte zich op het in kaart brengen van de behandeling van UI in de eerste lijn, waarbij gebruikgemaakt is van huisartsenregistratiedata, data van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en een observationele cohortstudie.^{2,3} Het onderzoek is uitgevoerd onder begeleiding van het Zorginstituut. In het onderzoek bleek dat informatie over diagnostiek, voorlichting, behandeling en nazorg niet altijd is vastgelegd in het patiëntendossier. Bij ontbreken van die informatie gaat het Zorginstituut ervan uit dat deze acties ook niet zijn uitgevoerd. Op basis van de aanbevelingen in de NHG-Richtlijn 'Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntdossier (ADEPD)' mag worden verondersteld, dat de onderzochte zorgactiviteiten van de huisarts zijn vastgelegd in het patiëntendossier als deze zijn uitgevoerd.^[14]

Bij de analyse van de uitvoering van zorg in de praktijk, is voor analyse van de tweede lijn gebruikgemaakt van declaratiedata.^[15] In de declaratiedatabase bleek het niet goed mogelijk om de uitgevoerde verrichtingen voor de bekkenbodemandoeningen prolaps en UI op detailniveau te volgen.⁴ Andere databronnen waarmee systematisch relevante analyses voor dit onderzoek konden worden uitgevoerd waren niet beschikbaar. Dit verklaart deels waarom het onderzoek in dit verbetersignalement nadruk legt op de verleende eerstelijnszorg. Er zijn andere analysemethoden of verbeterde registratie in de tweede lijn nodig om ook daar systematisch verbeterpunten op te kunnen sporen.^[16]

In het onderzoek is de behandeling van prolaps met mesh-implantaten niet verdiept. Signalen over een ineffectieve toepassing van deze implantaten ontbraken. Wel zijn er signalen over mogelijke onderbehandeling van vrouwen waarbij mesh-implantaten na het aanbieden van andere zorg of een recidief prolaps het enige alternatief zijn. Analyse van dit signaal bleek niet goed mogelijk door het ontbreken van databronnen voor systematische analyses of het volgen van verrichtingen op detailniveau. Het RIVM voert momenteel in opdracht van VWS een onderzoek uit naar klachten bij patiënten na plaatsing van een mesh-implantaat en naar mogelijkheden van goede zorg voor deze patiënten.^[17]

2 Het eindrapport van het extern eerstelijns onderzoek is opvraagbaar via ZZGynaecologie@zinl.nl.

3 In deze studie zaten in totaal 402 patiënten met UI-klachten (SUI n=123; UUI n=62; MUI n=62; Overige/Onbekend n=155).

4 In declaratiedata worden onder de code G25 verrichtingen voor UI, prolaps en combinaties daarvan geregistreerd.

Leeswijzer

Dit verbetersignalement beschrijft voor een aantal onderdelen van het zorgtraject bij bekkenbodemplachten de concrete verbeteringen die voortvloeien uit de uitkomsten van het verdiepingsonderzoek. In hoofdstuk 1 beschrijven we hoe het beter volgen en aanvullen van de eerstelijnsrichtlijn leidt tot verbeteringen in de diagnostiek, en daarmee tot verbeteringen in de behandeling en evaluatie van bekkenbodemplachten. Hoofdstuk 2 maakt duidelijk, dat het vaker inzetten van *stepped care* (stapsgewijze benadering) bij de behandeling van UI en prolaps zal leiden tot zinnigere zorg, omdat de zorgverlener dan de meest passende zorg levert vanuit het perspectief van de vrouw. In hoofdstuk 3 laten we zien dat een consequentere controle en evaluatie van de UI-behandeling zorgt voor passende behandeling of nazorg. In hoofdstuk 4 komt aan de orde, dat het attenderen van vrouwen op de behandelbaarheid van bekkenbodemplachten eraan kan bijdragen dat zij eerder medische hulp vragen bij bekkenbodemplachten. We sluiten het rapport af met een hoofdstuk over de afspraken die het Zorginstituut met de betrokken partijen heeft gemaakt over het uitvoeren van de verbeteringen en hoe het Zorginstituut de voortgang daarvan gaat volgen.

1 Diagnostiek: de richtlijnen beter volgen en aanvullen

Het uitvoeren van lichamelijk onderzoek, anamnese en bij UUI ook urineonderzoek (diagnostiek) is een essentiële stap om bij bekkenbodemplachten tot de juiste diagnose en daarmee tot de meest effectieve behandeling te komen.

Uit analyse van de richtlijnen over bekkenbodemplachten en eerste- en tweedelijnsdatabases blijkt, dat de diagnostiek zoals richtlijnen die aanbevelen onvoldoende wordt toegepast in de praktijk. Daarnaast blijkt uit de analyse, dat niet alle benodigde diagnostiek in de richtlijn staat en daarmee bekend is bij de zorgverleners. Dit is onwenselijk, omdat een groot deel van de vrouwen met bekkenbodemplachten hierdoor momenteel niet de beste zorg krijgt die zij zouden mogen verwachten.

Onze conclusies zijn, dat de diagnostiek bij vrouwen met bekkenbodemplachten zal verbeteren door:

- de diagnostiek van UI zoals beschreven in de NHG-Standaard 'Incontinentie voor urine-incontinentie bij vrouwen' (hierna: NHG-Standaard 'Incontinentie')^[6] beter te volgen;
- de richtlijnen aan te vullen met diagnostiek bij onderactieve blaas.

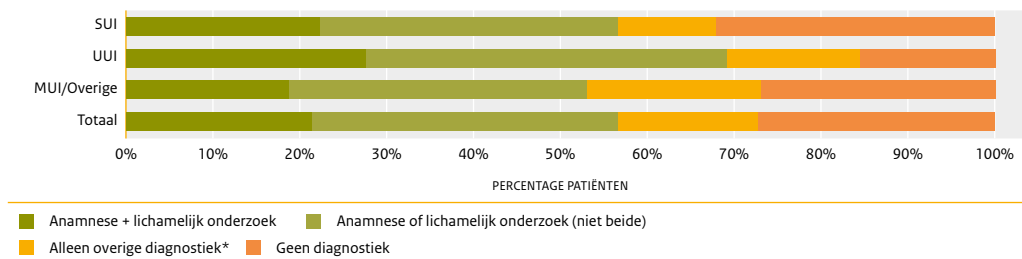
In dit hoofdstuk lichten we de twee verbetermogelijkheden toe. Ook laten we zien wat de verwachte resultaten voor de vrouw en voor de zorgkosten zullen zijn, als de richtlijnen verder worden geïmplementeerd en aangevuld.

1.1 Richtlijn voor diagnostiek van UI beter volgen

In de 'NHG-Standaard 'Incontinentie' worden anamnese, lichamelijk onderzoek, urineonderzoek en het gebruik van een plasdagboek als diagnostische methodes beschreven en aanbevolen.^[6] Volgens deze standaard moet bij iedere patiënt met UI-klachten minstens anamnese en lichamelijk onderzoek plaatsvinden. Daarnaast moet bij iedere vrouw met UUI urineonderzoek plaatsvinden om een urineweginfectie uit te sluiten.

In de praktijk wordt deze richtlijn niet goed gevolgd. Uit het extern eerstelijns onderzoek^[3] blijkt, dat bij een groot deel (27 procent) van de vrouwen met UI-klachten helemaal geen diagnostiek is uitgevoerd en vastgelegd in het patiëntendossier⁵ (zie figuur 1).

Figuur 1 | Inzet van diagnostiek in de huisartsenpraktijk bij patiënten met UI (SUI, UUI, MUI of overige UI, totaal)



* Overige diagnostiek bestaat met name uit urineonderzoek.

Als we specifiek naar de verschillende diagnostische methoden kijken, blijkt dat:

- in 21 procent van de gevallen anamnese én lichamelijk onderzoek⁶ plaatsvond (zie figuur 1);
- vaak alleen anamnese óf lichamelijk onderzoek is uitgevoerd (35 procent) (zie figuur 1);

5 Zoals eerder in de inleiding aangegeven, gaat het Zorginstituut ervan uit, dat als gegevens over diagnostiek niet door de huisarts in het patiëntendossier zijn vastgelegd, deze ook niet zijn uitgevoerd.^[4]

6 Betrokken partijen hebben aangegeven dat lichamelijk onderzoek bij de hulpvraag urine-incontinentie in de praktijk nauwelijks plaatsvindt.

- informatie die met een anamnese verkregen kan worden, ontbreekt in meer dan de helft van de onderzochte dossiers (bij 65 procent van de vrouwen is de bestaansduur van de UI-klachten onbekend en bij 78 procent van de vrouwen is de ernst van de UI-klachten onbekend);
- urineonderzoek in totaal bij 43 procent van de vrouwen met UI-klachten is uitgevoerd (hoger percentage van 61 procent bij vrouwen met UUI);
- het gebruik van een plasdagboek in totaal bij 9 procent van de vrouwen is ingezet;
- geen diagnostiek vaker voorkomt bij SUI dan bij UUI (16 versus 33 procent, zie figuur 1).

1.2 Diagnostiek onderactieve blaas opnemen in richtlijnen

Het is belangrijk dat in de UI-richtlijnen voor de verschillende zorgverleners alle typen van UI opgenomen zijn. Dan kunnen zij het juiste type snel herkennen en behandelen. Op dit moment komen de diagnostiek en daarmee de behandeling van een onderactieve blaas⁷ niet voor in de huidige UI-richtlijnen (zie bijlage E). Wel is er voor een specifieke vorm van onderactieve blaas, namelijk de neurogene blaas⁸, een aparte tweedelijnsrichtlijn.^[8] De neurogene blaas is echter niet de enige vorm van onderactieve blaas. Zo kunnen prolaps of een operatie in het kleine bekken ook een onderactieve blaas veroorzaken.

Het is onbekend hoe vaak een niet-neurogene onderactieve blaas voorkomt in Nederland. Onderzoeken onder vrouwen met UI-klachten die voor urodynamisch onderzoek⁹ naar het ziekenhuis werden verwezen, laten zien dat 12 tot 45 procent van hen een niet-neurogene onderactieve blaas heeft. Hierbij is de prevalentie (het aantal bestaande gevallen) hoger in de onderzoeken waarin de leeftijd van de vrouwen hoger was.^[9]

De betrokken partijen hebben aangegeven, dat een onderactieve blaas op dit moment niet snel genoeg wordt herkend in de huisartsenpraktijk en in het ziekenhuis. Daardoor krijgen patiënten niet de juiste behandeling. De symptomen bij een onderactieve blaas kunnen namelijk deels lijken op de symptomen bij een overactieve blaas, maar vragen om een andere behandeling. Als een onderactieve blaas wordt behandeld met medicijnen (urologische spasmolytica) voor een overactieve blaas, verergeren de symptomen alleen maar. Dit is onnodig belastend voor de patiënt en moet worden vermeden. Daarom is het belangrijk om de diagnostiek en behandeling van de onderactieve blaas op te nemen in de eerste- en tweedelijnsrichtlijnen.

Zelfkatheterisatie wordt ingezet bij een onderactieve blaas als standaardbehandeling om de urine af te voeren. Hiervoor worden in Nederland op dit moment uitsluitend wegwerpkatheters gebruikt, terwijl in een aantal andere landen¹⁰ gebruikgemaakt wordt van herbruikbare katheters. Op dit moment loopt er een ZonMw-project om te kijken of wegwerpkatheters te vervangen zijn door herbruikbare katheters, zonder dat dit leidt tot meer risico op urineweginfecties of ziekenhuisopnamen.^[20] Mocht blijken dat ze vergelijkbaar zijn, dan kan dit leiden tot verlaging van de zorgkosten en verminderde belasting van het milieu. Bij aanvulling van de richtlijnen kan het resultaat van dit onderzoek worden meegenomen.

1.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen

Door implementatie van de verbeteringen zal bij vrouwen met UI-klachten vaker dan nu het geval is diagnostiek plaatsvinden, waaronder lichamelijk onderzoek, anamnese en urineonderzoek. Hierdoor wordt het makkelijker om de juiste diagnose te stellen. Zo krijgen vrouwen eerder een gepaste en effectieve behandeling, in plaats van een onnodige en mogelijk zelfs schadelijke behandeling.

De totale jaarlijkse mogelijke kostentoeename door het vaker inzetten van diagnostiek bij vermoeden van UI bedraagt € 600.000 (zie tabel F.1). Betere herkenning van een onderactieve blaas kan mogelijk kosten voorkomen door het verdwijnen van onterechte UUI-behandelingen. Er zullen echter ook weer kosten bijkomen, doordat uiteindelijk de juiste diagnostiek en behandeling worden ingezet. Omdat niet duidelijk is hoe groot de groep patiënten met een onderactieve blaas is en welke behandeling die momenteel ontvangt, kunnen we geen inschatting van het effect op de kosten maken (zie tabel F.2).

7 Bij een onderactieve blaas kan de patiënt de blaas niet goed meer legen.

8 Een neurogene blaas is een blaas waarbij de aansturing of de werking door zenuw schade is, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, multiple sclerose en diabetes.

9 Onderzoek naar het functioneren van de blaas en de plasbuis.

10 Onder andere in Japan, Australië en de VS.

2 Behandeling: gepast gebruik van zorg bevorderen

Volgens de Nederlandse UI- en prolapsrichtlijnen is stepped care de aangewezen benadering bij de behandeling van vrouwen met UI- of prolapsklachten. Stepped care is een systematische, stapsgewijze behandelingsmethode, waarbij de vrouw eerst een eenvoudige behandeling krijgt en pas als die niet werkt een zwaardere. Het is belangrijk dat vrouwen met bekkenbodemplakhten geen zwaardere behandeling ontvangen dan nodig, en dat zij de zorg waar mogelijk zo dicht mogelijk bij huis ontvangen. Dit voorkomt onnodige extra belasting van de vrouw.

De betrokken partijen gaven tijdens bijeenkomsten en in gesprekken aan, dat de UI- en prolapsbehandelingen zoals aanbevolen in de richtlijnen in de praktijk niet altijd op volgorde van zwaarte, niet op het juiste moment of helemaal niet worden toegepast. Ook gaven partijen aan, dat de behandeling van prolaps niet altijd dicht bij huis wordt aangeboden. Dit is onwenselijk, omdat vrouwen met bekkenbodemplakhten daardoor niet altijd de beste zorg krijgen.

Dit signaal was voor het Zorginstituut aanleiding om de richtlijnen te analyseren op het gebied van behandelingsmogelijkheden en om in declaratiedata en huisartsendata te onderzoeken in hoeverre de richtlijn wordt gevolgd. Onze conclusie is, dat de behandeling van vrouwen met UI- en prolapsklachten zal verbeteren door:

- bij de behandeling van UI in de eerste lijn de richtlijnen beter te volgen;
- voor patiënten met een prolaps de keuzemogelijkheid te vergroten om een steunpessarium in de huisartsenpraktijk te laten aanmeten.

In dit hoofdstuk lichten we eerst de verbeteringsmogelijkheden toe. Daarna laten we zien wat de verwachte resultaten zullen zijn voor de vrouw en voor de zorgkosten bij meer gepaste inzet van de behandelingsmogelijkheden.

2.1 Bij behandeling van UI in eerste lijn de richtlijnen beter volgen

In de huidige UI-richtlijnen worden de behandelingsmogelijkheden van UI volgens een stepped care-principe beschreven en aanbevolen. Het stepped care-principe houdt in, dat een patiënt passend en niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk is voor de klachten. Voordat behandeling kan plaatsvinden, moet de patiënt eerst voorlichting krijgen over UI en de behandelingsmogelijkheden. Dan kunnen de zorgverlener en patiënt samen beslissen over de in te zetten behandeling. Hierna volgen niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandelingen. De volgorde daarvan is afhankelijk van de zwaarte van de behandeling. In tabel 1 en bijlage D staan de verschillende behandelstappen beschreven.

Tabel 1 | Stepped care bij UUI, SUI en prolaps

Zorgtraject	Stap 1	Stap 2	Stap 3
UUI	Blaastraining	(+) Urologisch spasmolyticum	Chirurgische interventie*
SUI	Eén van de volgende opties: - Bekkenbodemspieroefeningen of eventueel een pessarium - Direct naar stap 2 bij ernstige SUI	Chirurgische interventie*	
Prolaps	Eén van de volgende opties: - Steunpessarium - Steunpessarium + bekkenfysiotherapie bij stadium 1 en 2	Chirurgische interventie*	

* Zie bijlage D voor de verschillende interventies.

In de praktijk volgen zorgverleners de aanbevelingen uit de richtlijn voor een stepped care-behandeling niet goed. Uit de data- en richtlijnanalyses blijkt, dat bij de behandel mogelijkheden vijf specifieke verbeteringen mogelijk zijn:

- in de eerste lijn betere voorlichting over UI en de behandel mogelijkheden geven;
- bij meer UI-patiënten een gepaste behandeling starten;
- richter verwijzen naar de tweede lijn;
- meer UUI-patiënten behandelen zonder behandelstappen over te slaan;
- richtlijnen over inzet van pessarium bij SUI-patiënten in overeenstemming brengen.

In de volgende paragrafen lichten we deze vijf verbeter mogelijkheden toe.

2.1.1 *In de eerste lijn betere voorlichting geven over UI en behandel mogelijkheden*

In de NHG-Standaard 'Incontinentie' staat dat iedere vrouw met UI voorlichting moet krijgen over de aandoening en de behandel mogelijkheden.^[6] Volgens de standaard moet de zorgverlener minimaal uitleg geven over de aandoening, ernst en gevolgen voor het dagelijkse leven, en ook over de behandelopties als de vrouw een hulpvraag stelt. Daarnaast kan de zorgverlener een leefstijladvies geven, onder andere over vochtinname en gewichtsverlies waar van toepassing.

In de praktijk wordt deze richtlijn niet goed gevolgd. Uit het extern eerstelijns onderzoek blijkt bijvoorbeeld, dat bij een klein deel (18 procent) van de vrouwen met UI-klachten voorlichting over UI is gegeven en vastgelegd in het patiëntendossier.^[3] Slechts een derde van deze vrouwen krijgt ook leefstijladvies.

2.1.2 *Bij meer UI-patiënten een gepaste behandeling starten*

In de NHG-Standaard 'Incontinentie' worden verschillende behandelopties voor UI-patiënten beschreven en aanbevolen. Gebruik van incontinentiemateriaal is mogelijk als ondersteuning tijdens de behandeling of als een vrouw geen behandeling wil.

In de praktijk wordt deze richtlijn niet goed gevolgd. Uit het extern eerstelijns onderzoek^[3] blijkt dat:

- ruim een vijfde van deze vrouwen (21 procent) geen behandeling krijgt, niet wordt verwezen naar het ziekenhuis of geen incontinentiemateriaal krijgt voorgeschreven;
- 9 procent van de vrouwen voor langere tijd alleen incontinentiemateriaal krijgt voorgeschreven, maar geen behandeling krijgt gericht op het verminderen of wegnemen van de UI-klachten.

Uit analyse van de declaratiedata onder vrouwen met UI-klachten of prolaps blijkt, dat 19 procent alleen incontinentiemateriaal krijgt voorgeschreven, maar geen behandeling¹¹ krijgt voor het verminderen of wegnemen van de UI-klachten. Bij 76 procent is dit voor langere tijd (langer dan zes maanden).

Op basis van de resultaten uit het extern eerstelijns onderzoek en de analyse van de declaratiedata kan niet worden bepaald in hoeverre het niet ontvangen van een behandeling een weloverwogen keuze is van de vrouw. Betrokken partijen onderschrijven dat vrouwen de keuze voor niet-behandelen in de praktijk maken, maar zijn van mening dat de uitkomst niet-behandelen veel vaker voorkomt dan alleen als weloverwogen keuze van de vrouw. In de hiernavolgende implementatiefase hebben betrokken partijen de ruimte om dit nader te onderzoeken.

2.1.3 *Gerichter verwijzen naar de tweede lijn*

De NHG-Standaard 'Incontinentie' beveelt verwijzing naar de tweede lijn alleen aan in specifieke gevallen, namelijk bij:

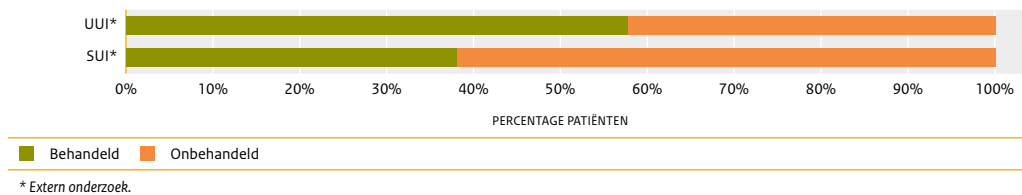
- onvoldoende verbetering na behandeling in de eerste lijn met blaas training en spasmolytica bij UUI;
- onvoldoende verbetering na behandeling in de eerste lijn met bekkenbodempieroefeningen bij SUI;
- ernstige SUI en de wens om geopereerd te worden;
- UI na eerdere SUI-operatie.

¹¹ Geen behandeling betekent in dit geval dat er geen consulten of gedeclareerde behandelings in de tweede lijn zijn geweest.

In de praktijk worden deze verwijscriteria niet goed gevolgd. Uit het extern eerstelijns onderzoek^[5] blijkt, dat iets meer dan een kwart van de UI-patiënten een verwijzing naar de tweede lijn krijgt. Hiervan is een groot deel niet behandeld en heeft ook geen incontinentiemateriaal ontvangen in de eerste lijn, namelijk:

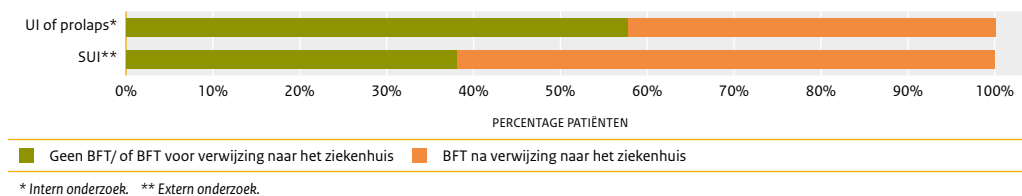
- 42 procent van de doorverwezen UUI-patiënten (zie figuur 2);
- 62 procent van de doorverwezen SUI-patiënten (zie figuur 2).

Figuur 2 | Percentage vrouwen dat in de eerste lijn wel of geen behandeling heeft gehad, voorafgaand aan verwijzing naar het ziekenhuis



Het extern eerstelijns onderzoek laat ook zien, dat 39 procent van de vrouwen met SUI pas in de tweede lijn voor het eerst voor behandeling naar een bekkenfysiotherapeut wordt verwezen (zie figuur 3). Uit de analyse van declaratiedata^[5] blijkt, dat bijna de helft (45 procent) van de vrouwen met UI- of prolapsklachten pas in de tweede lijn voor het eerst voor behandeling naar een bekkenfysiotherapeut wordt verwezen (zie figuur 3). Uit de declaratiedata blijkt verder, dat maar 25 procent van de voor het eerst verwezen patiënten met UI- of prolapsklachten binnen een jaar na verwijzing wordt geopereerd.¹²

Figuur 3 | Moment van inzetten van bekkenfysiotherapie (BFT) bij vrouwen met UI of prolapsklachten die verwezen worden naar het ziekenhuis



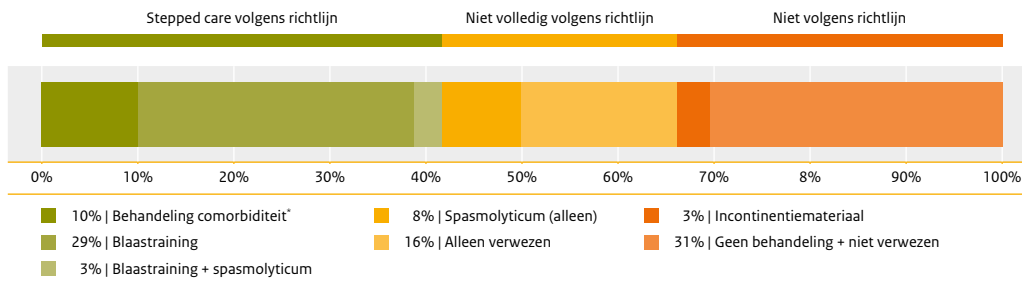
2.1.4 Meer UUI-patiënten behandelen zonder behandelstappen over te slaan

In de NHG-Standaard 'Incontinentie' worden blaastraining als eerste stap en voorschrijven van een urologisch spasmolyticum als tweede stap beschreven en aanbevolen als behandeling binnen de huisartsenpraktijk voor vrouwen met UUI. In de praktijk wordt deze richtlijn niet goed gevolgd. Uit het extern eerstelijns onderzoek blijkt dat (zie figuur 4):

- slechts een klein deel van de vrouwen met UUI de eerste behandelstap (29 procent) of beide behandelstappen (3 procent) krijgt;
- bij 8 procent van de vrouwen wordt geen blaastraining gegeven en direct begonnen met de tweede behandelstap (urologisch spasmolyticum);
- 16 procent van de vrouwen direct naar de tweede lijn wordt verwezen, zonder de eerste twee behandelstappen bij de huisarts te hebben gehad;
- 34 procent van de vrouwen geen behandeling bij de huisarts of verwijzing naar het ziekenhuis krijgt.

¹² Met een operatieve ingreep in de tweede lijn worden alle invasieve behandelingen bedoeld. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook botulinetoxine-injecties, maar niet het aanmeten en plaatsen van een pessarium.

Figuur 4 | UUI-behandelingen ingezet door de huisarts



* Behandeling van comorbiditeit betekend in vrijwel alle gevallen een behandeling van een urineweginfectie met antibiotica.

2.1.5 Richtlijnen in overeenstemming brengen over inzet van pessarium bij SUI-patiënten

In de NHG-Standaard 'Incontinentie' worden bekkenbodemspieroefeningen of een pessarium als eerste keus voor de behandeling bij SUI beschreven en aanbevolen.^[6] De tweedelijnsrichtlijn beveelt het pessarium niet aan als behandeloptie op basis van huidig wetenschappelijk bewijs.^[9] Volgens de tweedelijnsrichtlijn kan een pessarium wel worden overwogen, als bekkenbodemspieroefeningen en een operatie geen opties zijn voor de vrouw. De richtlijnen geven dus geen eenduidige instructie voor de inzet van een pessarium. Dit scheidt onduidelijkheid over de plaats van een pessarium in de behandeling van SUI.

De richtlijnen baseren zich op hetzelfde wetenschappelijke bewijs en geven ook aan dat meer onderzoek nodig is (zie bijlage E). Het verschil in de aanbeveling wordt met name veroorzaakt door het meenemen van positieve ervaringen van de patiënt. De meest recente internationale richtlijnen noemen een pessarium niet als eerste keus voor de behandeling bij SUI.^[11, 12] In de praktijk blijkt het pessarium ook weinig te worden gebruikt. Uit het extern eerstelijns onderzoek blijkt dat maar 3 procent van de SUI-patiënten daadwerkelijk een pessarium gebruikt.

2.2 Keuzemogelijkheid voor patiënten vergroten om een steunpessarium bij prolaps in de eerste lijn te laten aanmeten

Voor de behandeling bij prolaps is een steunpessarium de eerste keus. De betrokken partijen hebben aangegeven dat een pessarium nu vaak in het ziekenhuis wordt aangemeten en gecontroleerd. In principe is dit echter eerstelijnszorg. Uit de analyse van de declaratiedata blijkt inderdaad dat pessaria vooral in het ziekenhuis worden aangemeten.

Tot 2014 bestond er in de huisartsenpraktijk een declaratiecode voor het aanmeten en plaatsen van een pessarium. Over de periode 2012 tot 2014 waren er jaarlijks bijna 12.000 patiënten met een declaratie voor het aanmeten en plaatsen van een pessarium in de eerste lijn.^[15]

Het aanmeten van een pessarium in het ziekenhuis wordt gedeclareerd onder een niet-operatieve zorgproductcode. Onder deze code vallen echter ook andere activiteiten dan het aanmeten en plaatsen van een pessarium. Per jaar worden ongeveer 48.000 niet-operatieve zorgproducten gedeclareerd. De marktleider¹³ op het gebied van steunpassaria schat dat het aantal pessaria dat door verschillende fabrikanten aan de ziekenhuizen wordt geleverd tussen de 35.000 en 40.000 pessaria per jaar ligt.

Verder wordt naar schatting van de marktleider 80 tot 85 procent van de pessaria geleverd aan ziekenhuizen. Dit is in overeenstemming met de verhouding tussen de declaratiegegevens uit de eerste en tweede lijn.

¹³ Bij gebrek aan recente openbare informatie over het aantal steunpessaria dat jaarlijks wordt uitgegeven, heeft in 2019 een oriënterend gesprek plaatsgevonden met de marktleider.

Er is een aantal mogelijke redenen voor het relatief lage aantal pessaria dat in de eerste lijn wordt aangemeten ten opzichte van de tweede lijn, namelijk:

- ervaring met aanmeten;
- beschikking over een pas-set;
- vergoeding voor het aanmeten en plaatsen.

Hierdoor krijgt mogelijk niet iedere vrouw de keuze aangeboden om het pessarium bij de huisarts te laten aanmeten. Voor de vrouw is er een aantal verschillen tussen het laten aanmeten in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis (zie tabel 2). Om tot een keuze te komen over de plaats van aanmeten, is het belangrijk dat de patiënt van deze verschillen op de hoogte is.

Tabel 2 | Verschillen voor vrouwen in het laten aanmeten van pessarium in de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis

	Huisartsenpraktijk	Ziekenhuis
Kosten	Kosten voor de patiënt zijn alleen de kosten voor het pessarium.	Kosten zitten verwerkt in DBC van gynaecoloog en gebruiken daarmee ook groot deel van het eigen risico.
Het plaatsen	<ul style="list-style-type: none"> • Na aanmeten moet de patiënt het pessarium zelf bij de apotheek halen. • Als het de patiënt niet lukt om het pessarium zelf te plaatsen, moet de patiënt terug naar de huisarts. 	Na aanmeten wordt het pessarium meteen geplaatst.
Afstand	Dicht bij huis.	Kan relatief ver van huis zijn, afhankelijk van waar de vrouw woont.

2.3

Verwachte resultaten van de verbeteringen

Door bij de behandeling van UI in de eerste lijn beter de richtlijnen te volgen, zullen :

- meer vrouwen samen met hun zorgverlener de beste behandeling kunnen kiezen;
- minder vrouwen onterecht geen behandeling of langdurig incontinentiemateriaal zonder verdere behandeling krijgen;
- meer vrouwen met UUI volgens de richtlijn worden behandeld;
- meer vrouwen gericht naar het ziekenhuis worden verwezen.

Hierdoor krijgen deze vrouwen sneller een passende behandeling, wat kan leiden tot vermindering van de klachten en een stijging van de kwaliteit van leven.

Verder zal het aantal vrouwen met een prolaps dat in de eerste lijn een pessarium krijgt aangemeten, stijgen ten opzichte van het aantal vrouwen dat een pessarium krijgt aangemeten in de tweede lijn. Zo krijgen vrouwen de mogelijkheid om de beschikbare zorg dicht bij huis te ontvangen.

Door deze verbeteringen kunnen de kosten per jaar in totaal € 1,6 miljoen dalen (zie tabel F.3 tot en met F.8):

- de kosten stijgen met € 6,0 miljoen per jaar, doordat minder vrouwen onterecht geen behandeling of langdurig incontinentiemateriaal krijgen;
- de kosten dalen met € 7,6 miljoen, doordat vrouwen gericht naar de tweede lijn worden verwezen (€ 5,2 miljoen) en door verplaatsing naar de eerste lijn van het aanmeten van een pessarium (€ 2,4 miljoen).

3 Vervolgtraject: UI-behandeling vaker controleren en evalueren

In de eerstelijnsrichtlijn is voor het zorgtraject UI een aantal momenten beschreven voor controle en evaluatie van de ingezette behandeling. Dit zorgt ervoor, dat een behandeling bijtijds kan worden gewijzigd met oog op een effectiever resultaat of wordt stopgezet. Dit is belangrijk, omdat vrouwen met bekkenbodemplachten dan niet onnodig lang of onjuist worden behandeld.

Als onderdeel van de systematische analyse van het zorgtraject bekkenbodemplachten, heeft het Zorginstituut de richtlijnen voor vrouwen met bekkenbodemplachten geanalyseerd op het gebied van het vervolgtraject. Ook hebben we in declaratiedata en huisartsendata onderzocht in hoeverre de richtlijn in de praktijk wordt gevolgd. Uit deze analyse bleek, dat evaluatie van de behandeling van vrouwen met bekkenbodemplachten nog onvoldoende plaatsvindt. Een deel van de vrouwen met bekkenbodemplachten krijgt hiermee een behandeling die mogelijk niet optimaal is.

Onze conclusie is, dat het vervolgtraject van vrouwen met bekkenbodemplachten zal verbeteren door de controle en evaluatie van een UI-behandeling in de eerste lijn vaker te laten plaatsvinden. Deze verbetermogelijkheid lichten we in dit hoofdstuk toe. Daarna laten we zien wat de verwachte resultaten van de verbeteringen in controle en evaluatie zullen zijn voor de vrouw en voor de zorgkosten.

3.1 UI-behandeling in de eerste lijn vaker controleren en evalueren

De NHG-Standaard 'Incontinentie' beschrijft hoe het vervolgtraject eruit kan zien voor vrouwen die met UI-klachten in de eerste lijn terechtkomen. De standaard beveelt aan om drie controlemomenten te hebben tijdens door de huisarts begeleide blaastraining en bekkenbodemspieroefeningen, namelijk na minimaal twee weken, zes weken en drie maanden na de start. Als de bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining onder begeleiding van de bekkenfysiotherapeut plaatsvinden, ligt de verantwoordelijkheid voor controle en evaluatie van het effect bij de therapeut. Verder adviseert de standaard het gebruik van een plasdagboek aan als hulpmiddel om het effect van de behandeling te evalueren, met name bij blaastraining. Een uitgebreide beschrijving van de contactmomenten in het zorgtraject staat in bijlage D.

In de praktijk blijkt dat de richtlijn niet goed wordt gevolgd. Het extern eerstelijns onderzoek laat zien, dat bij 51 patiënten die door de huisarts begeleide bekkenbodemspieroefeningen krijgen en bij 12 patiënten die blaastraining krijgen, slechts een klein deel van de controlemomenten plaatsvindt:

- 29 procent (bekkenbodemspieroefeningen) en 25 procent (blaastraining) van deze patiënten heeft ten minste één van de voorgeschreven controlemomenten gehad;
- 8 procent van de onderzochte patiënten heeft bij bekkenbodemoefeningen én bij blaastraining meer dan één controlemoment gehad;
- er is maar één patiënt die alle drie de controlemomenten heeft gehad.

De eerstelijnsrichtlijn adviseert drie controlemomenten bij de inzet van urologische spasmolytica (medicatie), namelijk door na minimaal twee weken¹⁴, na vier tot zes weken en na drie tot zes maanden op proef te stoppen met het urologische spasmolyticum. Een nadere beschrijving van de controlemomenten in het zorgtraject staat in bijlage D.

In het extern eerstelijns onderzoek naar de inzet van urologische spasmolytica is het eerste controlemoment buiten beschouwing gelaten.¹³ Dit wordt namelijk vaak al door een apotheek gedaan en valt daarmee buiten de analyse. Bij de overige controlemomenten zien we het volgende:

- 27 procent van de in totaal 26 patiënten heeft ten minste één controlemoment gehad;
- 15 procent van de 26 patiënten heeft meer dan één controlemoment gehad;
- de 'stop-op-proef' vond bij één patiënt plaats. Hierbij plaatsen we de kanttekening dat mogelijk niet alle 'stop-op-proefs' goed zijn vastgelegd in het patiëntendossier.

¹⁴ Het eerste contactmoment na minimaal twee weken vindt vaak al bij de apotheek plaats.

Daarnaast blijkt uit de SFK-data van het extern eerstelijns onderzoek, dat met name 30 procent van de vrouwen langdurig (meer dan 195 behandeldagen) urologische spasmolytica gebruiken.^[13] Dit percentage neemt toe met de leeftijd, tot 36 procent onder vrouwen van 65-74 jaar. Onduidelijk is of zij geprobeerd hebben op proef te stoppen of dat zij helemaal niet hebben geprobeerd om te stoppen. Dit laatste kan een wens zijn van vrouw of omdat de arts hen dit niet heeft geadviseerd.

Op basis van de data kunnen we geen uitspraak doen over het gebruik van het plasdagboek als hulpmiddel voor het evalueren van de eerstelijnszorg. Zoals hierboven aangegeven, wordt slechts een klein deel van de behandelingen actief geëvalueerd in één of meer controles. Er is geen informatie beschikbaar over de inhoud van deze evaluaties. De vraag over de huidige inzet van een plasdagboek als hulpmiddel bij de evaluatie van het effect van de behandeling is hierdoor niet te beantwoorden.

3.2 Verwachte resultaten van de verbeteringen

Bij invoering van de voorgestelde verbeteringen, krijgen vrouwen met bekkenbodemplakhten vaker een tijdige bijsturing van de ingezette behandeling dan nu het geval is. Zo zal de groep vrouwen bij wie urologische spasmolytica niet werken, door een intensievere evaluatie in overleg met hun arts eerder stoppen met deze middelen. Daardoor krijgen zij eerder een behandeling die voor hen wel werkt en hebben ze minder lang last van eventuele bijwerkingen van de middelen.

De totale jaarlijkse mogelijke verandering in kosten door het beter volgen van de richtlijn - en daardoor beter evalueren van vrouwen met bekkenbodemplakhten - zijn niet berekend. Er zijn te veel onzekerheden om een goede schatting te kunnen maken (zie tabel F.9).

4 Verbeteringen buiten het zorgtraject: vrouwen meer bewust maken van behandel mogelijkheden

In de vorige hoofdstukken hebben wij aangegeven wat de specifieke verbeter mogelijkheden zijn voor diagnostiek, behandeling en evaluatie binnen het zorgtraject voor vrouwen met bekkenbodemplachten. Tijdens bijeenkomsten gaven betrokken partijen aan dat buiten het zorgtraject ook verbeteringen mogelijk zijn. Ze gaven aan dat er een grote groep vrouwen is die geen medische hulp zoekt voor hun bekkenbodemplachten.

Aangezien deze vrouwen nog geen medische hulp hebben gezocht voor hun klachten, valt dit buiten het zorgtraject en is hier in de verdiepingfase geen onderzoek naar gedaan. De betrokken partijen vinden het echter van groot belang om deze groep vrouwen wel te bereiken. Daarom besteden we in dit hoofdstuk aandacht aan de verbeter mogelijkheden om vrouwen meer te attenderen op de behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten.

Deze verbeter mogelijkheid lichten we in dit hoofdstuk toe. Daarnaast laten we de verwachte resultaten zien voor de vrouw en de mogelijke impact op de zorgkosten bij het meer attenderen van vrouwen op de behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten.

4.1 Vrouwen attenderen op behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten

Tijdens bijeenkomsten en in gesprekken hebben de betrokken patiëntenvertegenwoordigers en zorgprofessionals aangegeven, dat een grote groep vrouwen met bekkenbodemplachten geen medische hulp zoekt. De partijen denken dat onbekendheid met de behandel mogelijkheden een deelreden daarvoor is.^[21] Ook denken de partijen, dat een deel van deze vrouwen vindt, dat de klachten hen nu eenmaal overkomen en dat ze er maar mee moeten leren leven. Andere signalen zijn dat vrouwen zich schamen voor hun bekkenbodemplachten, angstig zijn voor eventuele behandelingen (plaatsen van mesh) en dat er mogelijk een taboe op rust.^[22]

Bekkenbodemplachten, zoals UI en prolaps, beïnvloeden het lichamelijk functioneren van de vrouwen met deze klachten en beperken hun bewegingsvrijheid. Dat heeft ook nadelige gevolgen voor de kwaliteit van leven van deze vrouwen.

Zorgverleners hebben de groep vrouwen met bekkenbodemplachten die geen hulp zoekt niet in beeld. De conclusie van partijen is, dat verbeteringen mogelijk zijn in het zorgtraject voor bekkenbodemplachten door vrouwen met en zonder bestaande klachten te attenderen op de behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten.

4.2 Verwachte resultaten van de verbeteringen

Door vrouwen bewust te maken van de behandelbaarheid van bekkenbodemplachten, krijgt de aandacht meer bekendheid dan nu het geval is. Dit vermindert het taboe op bekkenbodemplachten. Naar verwachting zullen vrouwen hierdoor ook eerder om hulp vragen en krijgen bij de huisarts. Hoe groot die groep vrouwen zal zijn, is niet te voorspellen. Als per jaar twee keer zoveel vrouwen medische hulp zoeken dan nu het geval is, leidt dit tot een kostenstijging van € 47,1 miljoen (zie tabel F.10).

5 Realiseren van de verbeteringen

In de vier voorgaande hoofdstukken hebben we laten zien welke verbeteringen mogelijk zijn voorafgaand aan en in het zorgtraject voor vrouwen met bekkenbodemplachten. Deze verbeteringen hebben we met de betrokken partijen besproken in een werkgroepbijeenkomst op 9 juli 2019. Vervolgens hebben we in een vervolgbijeenkomst op 17 september 2019 samen met de partijen verbeterafspraken gemaakt. De partijen hebben zich verbonden aan deze afspraken en de uitvoering ervan.

In dit hoofdstuk geven we per onderdeel van het zorgtraject aan wat de voorgestelde verbetermogelijkheden zijn en welke verbeterafspraken zijn gemaakt. Daarna gaan we kort in op de vervolgstappen om de verbeteringen te implementeren, monitoren en evalueren.

5.1 Gemaakte verbeterafspraken

Op basis van de resultaten van het verdiepingsonderzoek hebben de betrokken partijen (zie bijlage B voor een overzicht) verbeterafspraken opgesteld. Deze zijn gegroepeerd volgens de overkoepelende verbetermogelijkheden zoals we in de vier voorgaande hoofdstukken hebben beschreven:

- diagnostiek: de richtlijnen beter volgen en aanvullen;
- behandeling: gepast gebruik van zorg bevorderen;
- vervoltraject: UI-behandeling vaker controleren en evalueren;
- verbeteringen buiten het zorgtraject: vrouwen meer bewust maken van behandelmogelijkheden.

Het laatstgenoemde punt is in dit Zinnige Zorg-project niet onderzocht, maar de partijen vinden het wel van groot belang voor huidige en toekomstige patiënten om hierover verbeterafspraken te maken.

5.1.1 *Diagnostiek: de richtlijnen beter volgen en aanvullen*

Op basis van het verdiepingstraject zijn de volgende verbetermogelijkheden geformuleerd:

- diagnostiek van UI zoals beschreven in de NHG-Standaard 'Urine-incontinentie' beter volgen;
- diagnostiek onderactieve blaas opnemen in richtlijnen.

Om deze verbeteringen te realiseren hebben we samen met de betrokken partijen de volgende afspraken gemaakt, die we in de implementatiefase gaan realiseren:

1. Onder regie van het NHG en de NVU stellen de partijen een plan van aanpak op, om de kennis over en vaardigheid van huisartsen met diagnostiek bij UI te vergroten door ten minste het gezamenlijk organiseren van symposia en regionale bijeenkomsten.
2. Onder regie van het NHG stellen de partijen een plan van aanpak op, om de implementatie te vergroten van de diagnostiek (inclusief plasdagboek) zoals beschreven in de eerstelijnsrichtlijn.
3. De partijen vullen de multidisciplinaire richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) tweede- en derdelijnszorg' en de NHG-Standaard 'Urine-incontinentie' aan met diagnostiek en behandeling bij onderactieve blaas. Zij doen dit op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk of komen samen met een vertegenwoordiging van alle verschillende relevante disciplines tot een nieuwe gezamenlijke richtlijn.

In tabel 3 staat per verbetermogelijkheid welke partij de regie voert bij de uitvoering van de bovenstaande afspraken en welke andere partijen hierbij betrokken zijn. Ook is per verbetermogelijkheid aangegeven wanneer de afspraken hierover bereikt moeten zijn. Het Zorginstituut zal de effecten van de afspraken analyseren aan de hand van beschikbare (declaratie)gegevens. Eventueel vullen we die nog aan met externe gegevens.

Tabel 3 | Verbetermogelijkheden en afspraken om richtlijnen verder implementeren en aan te vullen

Verbetermogelijkheid	Hoe	Regie	Betrokken partijen	Streefdatum*
Richtlijn voor diagnostiek van UI beter volgen.	Afspraak 1	NVU en NHG	NVOG en NVFB	Maart 2022
	Afspraak 2	NHG	NVOG en NVU	Maart 2022
Diagnostiek onderactieve blaas opnemen in richtlijnen.	Afspraak 3	NVOG, NVU, NHG	B4A, Patiëntenfederatie	Maart 2022

* Streefdatum is indicatief. Bij de start van de implementatiefase zetten de betrokken partijen op basis van reële inschattingen tijdslijnen uit.

5.1.2 *Behandeling: gepast gebruik van zorg bevorderen*

Op basis van het verdiepingsonderzoek zijn de volgende verbetermogelijkheden geformuleerd:

- betere voorlichting geven in de eerste lijn over UI en behandelmogelijkheden;
- bij meer UI-patiënten een gepaste behandeling starten;
- gericht verwijzen naar de tweede lijn;
- meer UUI-patiënten behandelen zonder behandelstappen over te slaan;
- richtlijnen in overeenstemming brengen over de inzet van pessarium bij SUI-patiënten;
- keuzemogelijkheid voor patiënten vergroten om een steunpessarium bij prolaps in de eerste lijn te laten aanmeten.

Om deze verbeteringen te realiseren hebben we samen met de betrokken partijen de volgende afspraken gemaakt, die we in de implementatiefase gaan realiseren:

4. De partijen zorgen voor de (door)ontwikkeling van kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie, die aansluit bij de richtlijnen over de bekkenbodemplachten inclusief onderactieve blaas en de behandelmogelijkheden.
5. De partijen bevorderen, dat vrouwen tijdens en na het eerste consult of bij een vermoeden van UI-klachten gewezen worden op kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie over UI.
6. De partijen stimuleren de totstandkoming van regionale interdisciplinaire netwerken van professionals in de eerste lijn. Deze netwerken vergemakkelijken de overdracht van kennis en het verwijzen naar bekkenfysiotherapie of naar andere professionals met expertise op dit gebied.
7. De partijen gaan onderzoeken hoe zij patiënten met een tijdelijke indicatie voor gebruik van incontinentiemateriaal kunnen evalueren op noodzaak voor voortzetting incontinentiemateriaal, zonder dat dit extra belasting oplevert voor patiënten met een chronische indicatie.
8. De partijen gaan de mogelijkheden onderzoeken voor frequente praktijkevaluatie, bijvoorbeeld binnen farmacotherapeutische overleggen (FTO), waarbij gekeken wordt naar patiënten die langdurig incontinentiemateriaal (zonder chronische indicatie) gebruiken.
9. De partijen gaan onderzoeken hoe in de eerste lijn eenduidig kan worden bepaald of een patiënt een dusdanig ernstige SUI heeft, dat directe verwijzing naar de tweede lijn tot de eerste behandelopties behoort.
10. Onder regie van het NHG stellen de partijen een plan van aanpak op om de implementatie te maximaliseren van de behandelstappen voor UUI zoals beschreven in de eerstelijnsrichtlijn.
11. De partijen stemmen met een vertegenwoordiging van alle verschillende relevante disciplines de inzet van een pessarium bij SUI-patiënten af. Zij doen dit op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk en passen vervolgens de eerste- en tweedelijnsrichtlijnen hierop aan.
12. a. Onder regie van het NHG en de NVOG stellen de partijen een plan van aanpak op om de kennis en vaardigheid van huisartsen bij het aanmeten van een steunpessarium te vergroten. Dit kan bijvoorbeeld door het gezamenlijk organiseren van symposia, scholing en regionale bijeenkomsten.
b. Uit 12a kan mogelijk volgen, dat de partijen gaan onderzoeken of het haalbaar is om het aanmeten en controleren van steunpessarium op te nemen als onderdeel van ketenzorg.
13. De partijen zorgen voor de (door)ontwikkeling van kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie die aansluit bij de richtlijnen over behandelingen met steunpessaria. Partijen zorgen ook voor de ontwikkeling van keuzematerialen die de voordelen, nadelen en kosten van de behandeling in de verschillende lijnen inzichtelijk maken.

In tabel 4 staat per verbetermogelijkheid welke partij de regie voert bij de uitvoering van de bovenstaande afspraken en welke andere partijen hierbij betrokken zijn. Ook is per verbetermogelijkheid aangegeven wanneer de afspraken hierover bereikt moeten zijn. Het Zorginstituut zal de effecten van de afspraken analyseren aan de hand van beschikbare (declaratie)gegevens. Eventueel vullen we die nog aan met externe gegevens.

Tabel 4 | Verbetermogelijkheden en afspraken om te komen tot meer gepast gebruik van zorg

Verbetermogelijkheid	Hoe	Regie	Betrokken partijen	Streefdatum*
Betere voorlichting geven in eerste lijn over UI en behandelmogelijkheden.	Afspraak 4	NHG en NVOG	B4A, NVFB, NVU en Patiëntenfederatie	Maart 2022
	Afspraak 5	NHG	NVFB, NVOG, NVU	Maart 2022
Bij meer UI-patiënten een gepaste behandeling starten.	Afspraak 6	NVFB	NVOG, NHG	Maart 2022
	Afspraak 7	nnb**	NHG, NVFB, B4A	Maart 2022
	Afspraak 8	nnb**	NHG, KNMP, IVM	
Gerichter verwijzen naar de tweede lijn.	Afspraak 9	nnb**	NVOG, NHG en NVFB	Maart 2022
Meer UUI-patiënten behandelen zonder behandelstappen over te slaan.	Afspraak 10	NHG	NVU, NVOG	Maart 2022
Richtlijnen in overeenstemming brengen over de inzet van een pessarium bij SUI-patiënten.	Afspraak 11	nnb**	NHG, NVU, NVBF, NVOG, Patiëntenfederatie, ZKN, B4A	Maart 2022
Keuzemogelijkheid voor patiënten vergroten om een steunpessarium bij prolaps in de eerste lijn te laten aanmeten.	Afspraak 12a/b	NVOG, NHG		Maart 2022
	Afspraak 13	NHG, NVOG	B4A, NVFB	Maart 2022

* Streefdatum is indicatief. Bij de start van de implementatiefase zetten de betrokken partijen op basis van reële inschattingen tijdslijnen uit.

** Eén (of een aantal) van de betrokken partijen voert de regie op de betreffende afspraak. In de implementatiefase zullen de betrokken partijen afstemmen welke partij dit doet.

5.1.3 Vervolgtraject: UI-behandeling vaker controleren en evalueren

Op basis van het verdiepingsonderzoek is binnen deze verbetermogelijkheid een specifieke verbetering benoemd:

- UI-behandeling in de eerste lijn vaker controleren en evalueren.

Om deze verbetermogelijkheid te bereiken, hebben we samen met de betrokken partijen de volgende afspraken gemaakt, die we in de implementatiefase gaan realiseren:

14. De partijen gaan de mogelijkheden onderzoeken voor frequente praktijkevaluatie, bijvoorbeeld binnen farmacotherapeutische overleggen (FTO), waarbij gekeken wordt naar patiënten die langdurig spasmolytica (zonder 'stop-op-proef') of incontinentiemateriaal (zonder chronische indicatie) gebruiken.
15. Onder regie van het NHG stellen de partijen een plan van aanpak op om de implementatie van het plasdagboek als evaluatiemiddel binnen de huisartspraktijk te maximaliseren.

In tabel 5 staat per verbetermogelijkheid welke partij de regie voert bij de uitvoering van de bovenstaande afspraken en welke andere partijen hierbij betrokken zijn. Ook is per verbetermogelijkheid aangegeven wanneer de afspraken hierover bereikt moeten zijn. Het Zorginstituut zal de effecten van de afspraken analyseren aan de hand van beschikbare (declaratie)gegevens. Eventueel vullen we die nog aan met externe gegevens.

Tabel 5 | Verbetermogelijkheden en afspraken om behandeling vaker te evalueren en controleren

Verbetermogelijkheid	Hoe	Regie	Betrokken partijen	Streefdatum*
UI-behandeling in eerste lijn vaker controleren en evalueren.	Afspraak 14	nnb**	NHG, KNMP, IVM	Maart 2022
	Afspraak 15	NHG	V&VN, NVFB	Maart 2022

* Streefdatum is indicatief. Bij de start van de implementatiefase zetten de betrokken partijen op basis van reële inschattingen tijdslijnen uit.

** Eén (of een aantal) van de betrokken partijen voert de regie op de betreffende afspraak. In de implementatiefase zullen de betrokken partijen afstemmen welke partij dit doet.

5.1.4

Verbeteringen buiten het zorgtraject: vrouwen meer bewust maken van behandelmogelijkheden

In aanvulling op het verdiepingsonderzoek hebben de betrokken partijen tijdens de bijeenkomst op 17 september 2019 een extra verbetermogelijkheid geformuleerd, namelijk:

- vrouwen attenderen op de behandelmogelijkheden van bekkenbodemplachten.

Om deze verbetering te realiseren hebben we samen met de betrokken partijen de volgende afspraken gemaakt:

16. De partijen maken een plan van aanpak om vrouwen met en zonder al bestaande bekkenbodemplachten te bereiken.
17. De partijen inventariseren welke kwalitatief goede en begrijpelijke informatie over bekkenbodemplachten al beschikbaar is, onderzoeken wat de doelgroep wenst en vullen de informatie aan.

In tabel 6 staat per verbetermogelijkheid welke partij de regie voert bij de uitvoering van de bovenstaande afspraken en welke andere partijen hierbij betrokken zijn. Ook is per verbetermogelijkheid aangegeven wanneer de afspraken hierover bereikt moeten zijn. Het Zorginstituut zal de effecten van de afspraken analyseren aan de hand van beschikbare (declaratie)gegevens. Eventueel vullen we die nog aan met externe gegevens.

Tabel 6 | Verbetermogelijkheden en afspraken om vrouwen te attenderen op bekkenbodemplachten

Verbetermogelijkheid	Hoe	Regie	Betrokken partijen	Streefdatum*
Vrouwen attenderen op behandelmogelijkheden van bekkenbodemplachten.	Afspraak 16	nmb**	NHG, NVOG, NVU, V&VN, B4A, NVFB, KNOV en Patiëntenfederatie	Maart 2022
	Afspraak 17	nmb**	NHG, NVOG, NVU, V&VN, B4A, NVFB, KNOV en Patiëntenfederatie	Maart 2022

** Streefdatum is indicatief. Bij de start van de implementatiefase zetten de betrokken partijen op basis van reële inschattingen tijdslijnen uit.

** Eén (of een aantal) van de betrokken partijen voert de regie op de betreffende afspraak. In de implementatiefase zullen de betrokken partijen afstemmen welke partij dit doet.

5.2

Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie

De Raad van Bestuur van het Zorginstituut stelt het definitieve verbetersignalement vast. Daarna start de implementatiefase van het Zinnige Zorg-project 'Zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten'. Het doel van deze fase is het realiseren van de verbeterafspraken. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de partijen in de zorg.

Als start van de implementatiefase organiseert het Zorginstituut een bijeenkomst met de betrokken partijen. Hierin stemmen de partijen onder meer voor elke afspraak met elkaar af hoe zij de betreffende afspraak gaan uitvoeren, wat daarvoor nodig is en wat de rol van elke partij is bij de uitvoering.

Het Zorginstituut volgt de uitvoering van de verbeteracties door de voortgang te monitoren en hierover jaarlijks te rapporteren aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Ten slotte zal het Zorginstituut ongeveer drie jaar na publicatie van dit verbetersignalement evalueren in hoeverre de afgesproken verbeteringen zijn gerealiseerd. Onze bevindingen leggen we vast in een evaluatierapport, dat we aanbieden aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de cliënt vergroten en onnodige kosten vermijden. Om deze doelen te bereiken, licht het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Hoe we dat doen, lichten we in deze bijlage toe.

Uitgangspunten

Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffektieve of onnodige zorg, en het identificeren en realiseren van daar waar de nodige zorg (nog) niet wordt geleverd. Zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken.

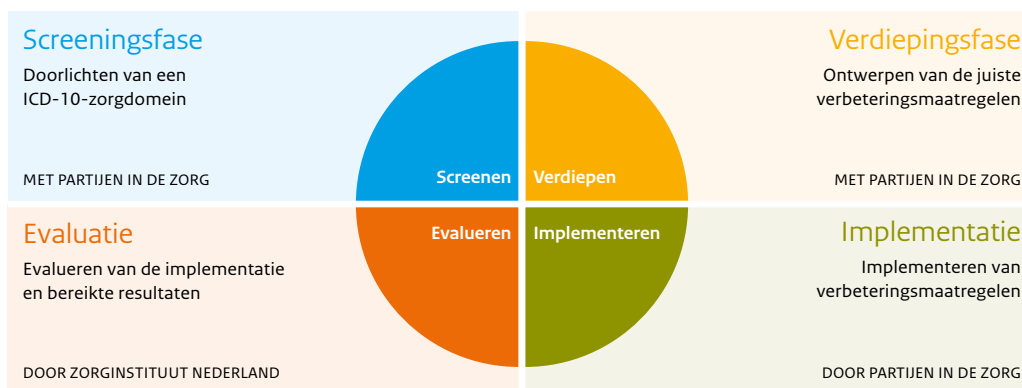
We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntperspectief*: we kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het gehele zorgtraject. Samen Beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt primair op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.
- *Goede zorg in de praktijk*: we gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf, zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*: in alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen: patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een PDCA-cyclus zoals geïllustreerd in figuur A.1. Deze cirkel bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie.

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is om één (of meer) zorgtraject(en) voor cliënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal cliënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratie- of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast in een screeningsrapport 'Systematische analyse'. Het definitieve rapport sturen we naar partijen in de zorg en naar de minister voor Medische Zorg en Sport.

Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is om voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes. Op basis van dit onderzoek maakt het Zorginstituut met de betrokken partijen afspraken over verbeteracties. Het onderzoek en de verbeterafspraken (inclusief impactanalyse) leggen we vast in een 'Verbetersignalement'. Het definitieve rapport wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de verbeterafspraken. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase een ondersteunende en faciliterende rol hebben, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, het verstrekken van data en spiegelinformatie en het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Het Zorginstituut rapporteert periodiek over de voortgang aan de verantwoordelijke partijen en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de verbeterafspraken gerealiseerd zijn en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van de evaluatie worden vastgelegd in een rapport dat wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruik maken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder:

- analyse van nationale richtlijnen;
- analyse van internationale richtlijnen;
- systematische reviews naar (kosten)effectiviteit;
- analyse van declaratiedata.

We gebruiken declaratiedata (uit het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP)) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijke geleverde zorg. Toch zijn deze data wel een belangrijke - en soms zelfs de enige - informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen.

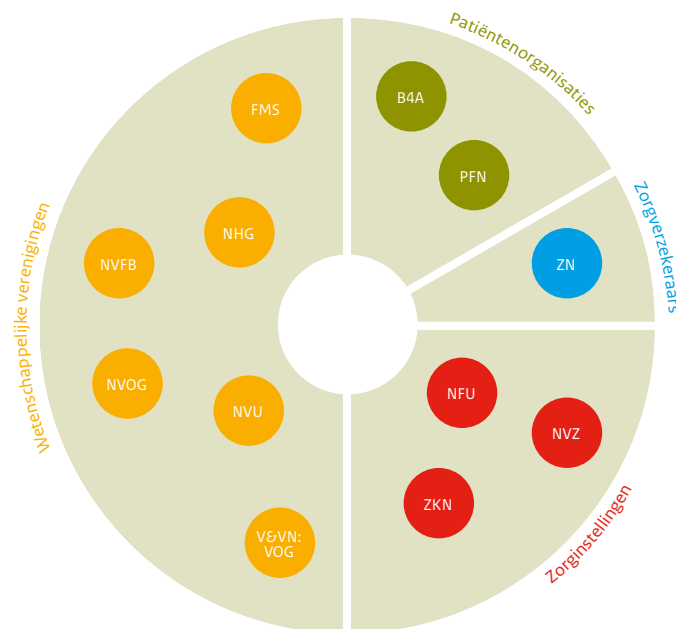
Het Zorginstituut geeft in het programma Zinnige Zorg geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

Bijlage B Overzicht betrokken partijen

Voor deze verdiepfingsfase hebben we samengewerkt met partijen die bij de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten zijn betrokken: patiënten (vertegenwoordigd door patiëntenorganisaties), zorgprofessionals (vertegenwoordigd door wetenschappelijke verenigingen), zorginstellingen en zorgverzekeraars. Deze partijen zijn weergegeven in figuur B.1. Met deze partijen hebben we afspraken gemaakt om de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten zinniger te maken.

Voorafgaand aan de publicatie van het verbetersignalement is het concept op bestuurlijk niveau ter consultatie voorgelegd aan de betrokken partijen.

Figuur B.1 | Overzicht van betrokken partijen



Afkortingen

B4A	Stichting Bekkenbodemp4All
FMS	Federatie Medisch Specialisten
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVFB	Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
V&VN: VOG	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland: Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage C Reacties schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit verbetersignalement zijn de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. Het commentaar van de partijen en de reactie van het Zorginstituut daarop kunt u vinden in tabel C.1.

Tabel C.1 | Overzicht commentaar schriftelijke consultatie

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	Bij de samenvatting worden de volgende opmerkingen gemaakt: <i>"Voor UUI is het nut van de behandeling niet primair de blaasinhoud vergroten. Primair is de klacht urgency therapeutisch te verminderen (een vervelend/oncomfortabel gevoel van aandrang om te plassen die moeilijk is te weerleggen), wat resulteert in dat patiënten minder naar het toilet toe hoeven. De blaasinhoud wordt dus meestal niet groter, maar de tolerantie om urine in de blaas op te slaan, verbeterd."</i>	De tekst is aangepast.
	<i>"In deze tekst komt de rol van de bekkenfysiotherapeut in de eerste lijn niet naar voren, terwijl deze duidelijk staat vermeld in de NHG-Standaard. Ik zou toevoegen (al dan niet in combinatie met bekkenfysiotherapeut). Bekkenfysiotherapie is niet voor niets apart specialisme en zeer veel huisartsen zijn niet adequaat genoeg om bekkenbodemp te beoordelen of te behandelen (zie consultatie/verwijzing gedeelte)."</i>	In dit signalement is het zorgtraject beschreven op basis van de beschikbare richtlijnen. Hierin wordt voor behandeling van UI in de eerste lijn niet specifiek verwezen naar de bekkenfysiotherapeut. De behandelingen kunnen plaatsvinden bij zowel de (bekken)fysiotherapeut als de huisarts. Dit is in de tekst verduidelijkt.
	Bij hoofdstuk 1 geeft ZKN de volgende suggesties: <i>"Goed initiatief. Huisarts zou ook makkelijk een residumeting na mictie (via bladderscan of katheter) kunnen uitvoeren. Hoge residuen zijn ook grote risicofactoren voor urineweginfecties (probleem speelt vaak parallel)."</i>	Ter kennisgeving aangenomen.
	Hoofdstuk 1, paragraaf 1.1 <i>"Deze 9 procent is zeer magere score, omdat juist mictiedagboek in praktijk heel veel zegt (zeker ten opzichte van bijvoorbeeld lichamelijke onderzoek) over ernst en soort van de UI. Veel van deze diagnostiek kan door praktijkassistent worden uitgevoerd."</i>	Ter kennisgeving aangenomen.
	Hoofdstuk 1, paragraaf 1.2: <i>"Leeftijd, verzakkingen en diabetes mellitus zijn andere risicofactoren."</i>	De tekst is samen met een opmerking van NVU aangepast.
	Paragraaf 1.2: Het niet herkennen van onderactieve blaas in huisartsenpraktijk: <i>"..diagnostische residu na mictie meting in NHG-Standaard zou hier al heel veel mee oplossen"</i> .	Ter kennisgeving aangenomen.
	Paragraaf 1.2: <i>"Neem ook in acht dat soms operatieve behandeling voor obstructieve prostaat, een prolaps-behandeling bekkenbodempfysiotherapie voor het leren ontspannen van de bekkenbodemp hier ook kan helpen blaasfunctie te herstellen en residu te verminderen. In sommige gevallen kan sacrale neuromodulatie ook patiënten helpen om weer te plassen."</i>	Wij vermoeden dat per abuis een opmerking is gemaakt over behandeling van de prostaat gezien het signalement UI bij vrouwen betreft. Verdere suggesties zijn ter kennisgeving aangenomen.
	Bij hoofdstuk 2 worden de volgende suggesties gedaan: Paragraaf 2.1.1: <i>"Hierbij zou mijn inziens ook duidelijk moeten worden gemaakt, dat indien klachten onvoldoende verbeteren er een traject is met behandelingen bij de specialist. Bij veel patiënten wordt dit niet vermeld en er vindt vaak geen adequate evaluatie plaats bij de huisarts, waardoor onderbehandeling veel voorkomt."</i>	In de tekst is verduidelijkt waarover volgens de richtlijn over moet worden voorgelicht.
	Paragraaf 2.2: <i>"Ik zou dit in de richtlijn duidelijk adviseren om dit alleen te doen bij patiënten met SUI en geobjectiverde prolapsklachten om zinloze behandeling te voorkomen."</i>	Het aanmeten van een pessarium in de eerste lijn zoals hier beschreven is bedoeld ter ondersteuning van een prolaps. Uw suggestie voor verduidelijking in de richtlijn is ter kennisgeving aangenomen.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	Bij hoofdstuk 2 wordt het volgende opgemerkt: <i>“Voor het aanmeten van het pessarium door de huisarts is hiervoor een training nodig en dat er in de praktijk een pas-set aanwezig is. Tevens advies om na 4-6 weken na plaatsing een controle te doen.”</i>	Ter kennisgeving aangenomen.
	<i>“Indien patiënte geen goed pessarium krijgt aangemeten door onvoldoende kennis, kan zij wellicht gedemotiveerd raken om dit in de tweede lijn opnieuw te proberen.”</i>	In de implementatiefase kan deze opmerking worden ingebracht bij de uitwerking van verbeterafpraak 12a.
	ZKN geeft de volgende suggesties: <i>“Voor blastraining patiënte altijd verwijzen naar de bekkenfysiotherapeut, aangezien deze hiervoor een uitgebreide opleiding heeft en ook beter kan controleren of patiënte de oefeningen goed uitvoert.”</i>	Ter kennisgeving aangenomen. In dit signalement is het zorgtraject beschreven op basis van de beschikbare richtlijnen. Hierin wordt voor behandeling van UI in de eerste lijn niet specifiek verwezen naar de bekkenfysiotherapeut. De behandelingen kunnen plaatsvinden bij zowel de (bekken)fysiotherapeut als de huisarts. Dit is in de tekst verduidelijkt.
	<i>“Geen pessarium plaatsen bij SUI (als eerste keus behandeling).”</i>	Mede op basis van de reactie van NVOG, Patiëntenfederatie, NVFB en ZKN is een afspraak over de inzet van het pessarium bij SUI patiënten toegevoegd (verbeterafpraak 11).
Stichting Bekken- bodem4all (B4A)	Bij de samenvatting geeft B4A aan dat operatieve ingrepen niet in de eerste lijn plaatsvinden.	Tekst is verduidelijkt.
	In de samenvatting worden de volgende suggesties gedaan: onder de kop ‘Afspraken met partijen’ is het volgende toegevoegd: <i>“Vrouwen worden beter voorgelicht en betrokken in het keuzeprocess voor welke behandeling de voorkeur heeft.”</i>	De suggestie is verwerkt in de afspraak.
	Bij de kop Impactanalyse: <i>“Of haar licht opsteekt bij een patiëntenorganisatie voor informatie.”</i>	In de impactanalyse zijn de verbeteracties om vrouwen meer te attenderen op de behandelbaarheid van bekkenbodemplakten niet meegenomen, omdat de omvang van de groep niet is vast te stellen. Het aangedragen punt kan een mogelijke oplossing zijn, die passend is bij de afspraken in hoofdstuk 5.1.4.
	Bij de inleiding wordt de volgende opmerking gemaakt: analyse van tweede lijn met declaratiedata: <i>“Dit is een aandachtspunt van de Stichting B4A.”</i>	Ter kennisgeving aangenomen.
	Bij behandeling van prolaps met mesh-implantaten wordt de volgende suggestie gedaan: <i>“Misschien juist hier relevant dat B4A met ministerie en RIVM dit onderwerp helder wil krijgen, vooral qua voorlichting aan vrouwen die hiervoor in aanmerking komen.”</i>	De suggestie is overgenomen in de tekst.
	Bij hoofdstuk 2 heeft B4Aa de volgende opmerkingen: <i>“BFT en pessarium kunnen onafhankelijke stappen zijn”.</i>	Tabel 1 in hoofdstuk 2 is op dit punt verduidelijkt.
	<i>“Meer kennis bij huisarts nodig over nieuw ontwikkelde pessaria die gemakkelijker in te brengen zijn en beter blijven zitten.”</i>	Ter kennisgeving aangenomen. Het punt kan in de implementatiefase worden besproken als mogelijkheid passend bij afspraak 12a in hoofdstuk 5.
	Bij hoofdstuk 4 is de volgende suggestie gedaan: <i>“Angst voor gynaecoloog die in beleving van vrouwen direct een matje wil plaatsen moet hierin worden meegenomen.”</i>	Tekst is met de suggestie uitgebreid.
B4A heeft een taak bij het realiseren van afspraak 13	In de implementatiefase zullen de betrokken partijen ieders rol in de uitvoering van de verbeterafspraken concretiseren.	
	Bij bijlage C wordt de volgende opmerking gemaakt: <i>“B4A denkt dat het woord ‘bekken’ hier niet tussen haakjes moet staan want een algemeen fysiotherapeut is hiervoor niet de aangewezen persoon.”</i>	In dit signalement is het zorgtraject beschreven op basis van de beschikbare richtlijnen. Hierin wordt voor behandeling van UI in de eerste lijn niet specifiek verwezen naar de bekkenfysiotherapeut. De behandelingen kunnen plaatsvinden bij zowel de (bekken) fysiotherapeut als de huisarts.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	De NVOG kan zich in betreffend concept vinden. Het gaat met name over verbeteringen in de eerste lijn. Wij gaan er dan ook vanuit dat de haalbaarheid t.a.v. implementatie getoetst wordt/is met het NHG. Wij vinden dit een belangrijk punt.	Conform de Zinnige Zorg-methodiek zijn alle relevante partijen, waaronder het NHG, betrokken bij de verdieping en het opstellen van de verbeterafspraken. Ook zijn alle relevante partijen bestuurlijk geconsulteerd. In de implementatiefase zullen de betrokken partijen ieders rol in de uitvoering van de verbeterafspraken met elkaar bespreken.
	In de samenvatting geeft de NVOG het volgende tekstvoorstel: <i>'Als een vrouw een pessarium aangemeten heeft gekregen ter behandeling van prolaps, is geen verdere controle nodig. Toevoeging: indien zij zelf in staat is het pessarium regelmatig te verwijderen en schoon te maken. Als dit niet kan, is 4-6 maandelijkse controle door de huisarts aangewezen.'</i>	De tekst is op dit punt verduidelijkt.
	Bij hoofdstuk 2 plaatst de NVOG de volgende opmerkingen: Onder paragraaf 2.1: Uit de data-analyses blijkt, dat bij de behandelmogelijkheden vier specifieke verbeteringen mogelijk zijn. "Punt 2 lijkt erg op punt 4, in de uitleg later in het document blijkt het om twee verschillende problemen te gaan. Het wordt duidelijker als punt twee wordt: meer UI behandelen conform richtlijn."	Bij punt 2 in deze opsomming gaat het erom dat er bij meer vrouwen met UI een behandeling wordt gestart. Het punt is verduidelijkt in de tekst.
	Onder paragraaf 2.1.5: uit het extern eerstelijns onderzoek blijkt dat maar 3 procent van de SUI-patiënten daadwerkelijk een pessarium gebruikt. Opmerking: voor zinnige zorg lijkt aan te bevelen het pessarium niet meer te noemen in de NHG-Standaard. Voor de huisarts is het lastig om de juiste maat pessarium te bedenken en dit vergt kostbare tijd van de patiënt en huisarts om een 'dubieus' zinvol pessarium aan te meten met twijfelachtig resultaat.	Mede op basis van de reactie van NVOG, Patiëntenfederatie, NVFB en ZKN is een afspraak over de inzet van het pessarium bij SUI patiënten toegevoegd (verbeterafpraak 11).
Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)	De NVFB kan zich voor het grootste deel in de geadviseerde verbeteringen vinden. Het bestuur van de NVFB maakt zich zorgen over hoe de rol van de huisarts wordt ingevuld.	Het NHG is een van de betrokken partijen bij dit Zinnige Zorg-traject. De verbeterafspraken zijn samen met alle betrokken partijen gemaakt. Daarnaast hebben partijen zich met een bestuurlijke consultatie verbonden aan deze afspraken en de uitvoering hiervan.
	<i>"In de praktijk zijn vrouwen, die door de huisarts of algemeen fysiotherapeut begeleide bekkenbodemspieroefeningen hebben gekregen en daarna naar de bekkenfysiotherapeut verwezen worden, moeilijker te motiveren en kiezen hierdoor sneller voor een operatie of incontinentiemateriaal."</i>	Ter kennisgeving aangenomen.
	De NVFB geeft aan, dat de literatuur en aanbevelingen in de KNGF-richtlijn 'Stress (urine-)incontinentie' stammen uit 2011. Het KNGF beschikt niet over de middelen om deze richtlijn te updaten, wel hebben het KNGF en de NVFB factsheets over UI ontwikkeld. Inmiddels is er level A-bewijs voor bekkenfysiotherapie bij stress urine-incontinentie.	Het eerste- en tweedelijnszorgtraject is beschreven op basis van de richtlijnen die geselecteerd zijn tijdens de richtlijnanalyse, die beschreven is in bijlage E. De factsheets zijn hierin niet als richtlijn gevonden en kunnen in deze fase niet worden toegevoegd.
	De NVFB geeft aan, dat bekkenfysiotherapeuten zijn opgeleid om een goede assessment te doen van de bekkenbodem en een behandeling op maat te geven en pleit om blaasstraining en bekkenbodemspieroefeningen niet door de huisarts, maar door de bekkenfysiotherapeut te laten begeleiden.	Ter kennisgeving aangenomen. In de implementatiefase kan deze opmerking besproken worden bij de uitwerking van afspraak 6.
	De NVFB geeft aan graag betrokken te zijn bij verbeterafpraak 9 'gerichter verwijzen naar de tweede lijn', omdat vrouwen met urine-incontinentie ook via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie, zonder tussenkomst van de huisarts bij de bekkenfysiotherapeut terechtkomen.	De NVFB is toegevoegd als betrokken partij.
	Bij de samenvatting geeft de NVFB enkele tekstuele suggesties om de rollen van de zorgverleners bij UI in de eerste lijn te verduidelijken	In het zorgtraject is op dit punt verduidelijkt

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
	De NVFB geeft de volgende opmerking bij vervolgccontroles na plaatsen implantaat in de samenvatting: "gezien de huidige mesh-problematiek is het m.i. een aanbeveling hier termijnen te noemen, hoewel dit (nog) niet in de richtlijn staat."	Termijnen voor vervolgccontroles na plaatsen van een implantaat zijn niet duidelijk. Het RIVM doet hier momenteel onderzoek naar.
	De NVFB geeft bij hoofdstuk 2, paragraaf 2.1.5. de volgende opmerkingen: "bij herziening van deze (NHG) standaard zou het een aanbeveling zijn de behandeling van een steunpessarium te combineren met bekkenbodempieroefeningen (bbs)" "als het pessarium niet wordt aangeboden, wordt gepaste zorg onthouden"; "terwijl vrouwen aan wie het pessarium wordt aangeboden, tevreden zijn."	Uit de richtlijnanalyse blijkt dat er geen overeenstemming is over de inzet van pessaria bij SUI-patiënten. Mede op basis van de reactie van NVOG, Patiëntenfederatie, NVFB en ZKN is een afspraak over de inzet van het pessarium bij SUI-patiënten toegevoegd (verbeterafpraak 11).
	Bij paragraaf 3.1 geeft de NVFB de volgende suggestie: "..de huisarts begeleidt gebruik van spasmolytica en de bekkenbodempieroefeningen begeleidt blastraining en bekkenbodempieroefeningen (bbs)."	Ter kennisgeving aangenomen. In de implementatiefase kan deze opmerking besproken worden bij de uitwerking van afspraak 6.
	De NVFB geeft de volgende opmerking: "a twee weken uitspraak over blastraining en na 6 weken – 3 maanden – 1 tot 2 jaar uitspraak over bbs"	In bijlage C staat een uitgebreide beschrijving van de contactmomenten.
	De NVFB merkt het volgende op bij paragraaf 5.1.2: Verbeterafpraak 8: "Ik mis hier de verzendhuizen. Als iemand langdurig incontinentiemateriaal gebruikt, raakt de apotheker vaak buiten beeld."	Het doel van deze afspraak is om te voorkomen dat mensen onnodig in het langdurige traject komen. Verzendhuizen hebben hier in principe geen rol in, maar kunnen eventueel in de implementatiefase alsnog worden betrokken.
	De NVFB ziet een taak voor zichzelf bij het attenderen van vrouwen op de behandelmogelijkheden van bekkenbodemplakten.	NVFB wordt al genoemd als een van de betrokken partijen bij beide verbeterafspraken 16 en 17.
	Bij bijlage D worden de volgende opmerkingen gemaakt: "De haakjes rond (bekken) verwijderen, omdat een algemeen fysiotherapeut niet bevoegd is tot inwendig handelen en daarmee de ernst van een prolaps niet kan beoordelen en hiermee aan de patiënt de juist behandeling wordt onthouden."	Ter kennisgeving aangenomen.
	Voetnoot 15: "met name om kosten te besparen, verdient diagnostiek door BFT de voorkeur, zodat de patiënt de meest adequate zorg ontvangt."	Ter kennisgeving aangenomen.
	Opmerking bij SUI knoppessarium. "Is er evidence voor een knoppessarium bij SUI? Bij een desc. uteri kan UI ontstaan en is een vrouw gebaat bij en kubuspessarium."	De richtlijn bevat geen specificatie van het type pessarium. Deze tekst is verwijderd.
	"In geval van urgency is nu juist de bekkenfysiotherapeut in tegenstelling tot de algemeen fysiotherapeut de aangewezen persoon. Een algemeen fysiotherapeut kan niet beoordelen of er voldoende relaxatie na contractie is en daarmee de klachten verergeren".	Ter kennisgeving aangenomen.
	"Juist de combinatie bekkenfysiotherapie en medicatie kan positief zijn, want de bekkenfysiotherapeut kan therapietrouw bevorderen en nogmaals uitleg geven over de functie van de medicatie."	Ter kennisgeving aangenomen.
	De NVFB geeft aan, dat de taken van de bekkenfysiotherapeut in het eerstelijnszorgtraject niet expliciet zijn beschreven.	Het eerste- en tweedelijnszorgtraject zijn beschreven op basis van de richtlijnen die geselecteerd zijn tijdens de richtlijnanalyse, zoals beschreven in bijlage E.
	De NVFB vraagt zich bij de term 'ringtoilet' af of dit een wetenschappelijke term is.	Deze term wordt niet wetenschappelijk gebruikt. Wij hebben de tekst aangepast.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
	<p>Bij het zorgtraject UI en prolaps in de tweede lijn stelt de NVFB de volgende vragen:</p> <p><i>“Welke operaties worden in specialistische centra gedaan en waar zijn deze centra?”</i></p> <p><i>“Welke hersteloperaties van rectum of baarmoeder met een polypropyleen mesh gaan nog door in studieverband en waar?”</i></p> <p><i>“Wordt de patiënt vooraf geïnformeerd dat er na een prolapsoperatie weer een verzakking kan optreden? Welke termijnen worden postoperatief geëvalueerd?”</i></p>	<p>In dit Zinnige Zorg-traject is de behandeling van prolaps met mesh-implantaten niet nader onderzocht. De beschrijving van het zorgtraject prolaps is gebaseerd op de huidige richtlijnen.</p>
	<p>“Is de nota ‘gebruik kunststof materiaal bij prolaps-chirurgie’ (2019) openbaar?”</p>	<p>Hier is abusievelijk een verkeerd jaartal vermeld. Dit moet 2014 zijn.</p>
	<p>In bijlage F bij tabel F2 wordt de volgende suggestie gedaan:</p> <p><i>“Taak voor bekkenfysiotherapeut (BFT) die echo toepast in de praktijk: residu na mictie? Of BFT die multidisciplinair samenwerkt met uroloog?”</i></p>	<p>Ter kennisgeving aangenomen.</p> <p>Hoe met deze opmerking om te gaan kan in de implementatiefase worden besproken bij de uitwerking van verbeterafspraken 3.</p>
Patiëntenfederatie Nederland	<p>De Patiëntenfederatie stelt de volgende vragen:</p> <p><i>“Het valt mij op dat de KNOV genoemd staat als betrokken partij bij de verbeteractie ‘vrouwen attenderen op de behandelmogelijkheden van bekkenbodemplachten’. Dat lijkt mij een hele goede, omdat bekkenbodemplachten tijdens de zwangerschap en na de bevalling regelmatig voorkomen. Ook denk ik dat de vele zorgmomenten bij de verloskundige een goede ingang zijn om het onderwerp bespreekbaar te maken. En ook wat vrouwen kunnen doen als klachten na de kraamperiode blijven aanhouden. De behandeling bestaat hierbij vaak uit incontinentiemateriaal/afwachten en bekkenbodempysiotherapie. Ik zie alleen geen KNOV-richtlijn op dit gebied benoemd staan. Ook zie ik de KNOV niet bij de betrokken partijen op p.33 staan. Hoe zit dit?”</i></p>	<p>In dit Zinnige Zorg-traject hebben we ons gericht op de diagnostiek en de behandeling van vrouwen met bekkenbodemplachten. De verloskundige heeft een signalerende rol van bekkenbodemplachten die tijdens en kort na de zwangerschap optreden. Dit kan verklaren waarom de KNOV geen richtlijnen op dit gebied heeft. Verder is om bovenstaande reden dit traject niet vanaf het begin gestart met de KNOV als betrokken partij.</p>
	<p>De Patiëntenfederatie stelt het volgende:</p> <p><i>“Overigens is incontinentie tijdens en na de zwangerschap een onderwerp van de ICHOM-set. En wordt op een aantal plekken in Nederland de vragenlijst uit de ICHOM-set over incontinentie geïmplementeerd. Dit is eigenlijk een soort screeningsvragenlijst. Hieruit zou zichtbaar kunnen worden in welke mate incontinentieklachten voorkomen bij deze doelgroep. Daarnaast is het van belang dat als deze ICHOM-vragenlijst over incontinentie ingezet wordt, het ook duidelijk is wat de behandelmogelijkheden zijn tijdens en na de zwangerschap. In dat opzicht lijkt het mij goed als de KNOV niet alleen betrokken is bij de verbeteractie om vrouwen te attenderen op de behandelmogelijkheden van bekkenbodemplachten, maar om ook betrokken te zijn bij eenduidig beleid door de gehele zorg heen.”</i></p>	<p>De KNOV kan in de implementatiefase bij de verschillende verbeteracties als betrokken partij worden uitgenodigd.</p>
	<p>De Patiëntenfederatie geeft het volgende aan:</p> <p><i>“Afspraak 4 en 5 ‘Betere voorlichting geven in eerste lijn over urine-incontinentie en behandelmogelijkheden’ is volgens ons een goede afspraak. Er is al een keuzehulp voor stress-incontinentie van Zorgkeuzelab, die wordt ondersteund door NVOG, NVU, Bekkenbodem4All en de Nederlandse Vereniging voor Bekkenbodempysiotherapie, en een keuzehulp voor overactieve blaas die wordt ondersteund door de NVU en momenteel door patiënten wordt beoordeeld. Het zou inderdaad nog beter zijn, als het NHG hierbij aanhaakt en hiernaartoe verwijst (in publieksinformatie op Thuisarts.nl).”</i></p>	<p>Ter kennisgeving aangenomen.</p>

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
	<p>Over de verantwoordelijkheid voor verbeterafspraken wordt door de Patiëntenfederatie het volgende aangegeven:</p> <p><i>“De onderactieve blaas wordt volgens het signalement niet snel genoeg herkend, zowel in de huisartsenpraktijk als in het ziekenhuis. Het verbetersignalement concludeert dan ook, dat de diagnostiek en behandeling van de onderactieve blaas moeten worden opgenomen in de eerste- en tweedelijns-richtlijnen.</i></p> <p><i>De diagnostiek bij onderactieve blaas moet eerst in de richtlijnen worden beschreven, afspraak 3. Het is goed dat wij hier als Patiëntenfederatie bij staan. Wij coördineren de patiëntenparticipatie bij richtlijnen, inclusief de bijbehorende patiënteninformatie.</i></p> <p><i>Bij afspraak 4 staat, dat partijen zorgen voor de ontwikkeling van kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie, die aansluit bij de richtlijn over de bekkenbodemplachten (inclusief onderactieve blaas) en de behandel mogelijkheden. Zet ons daarom ook als partij bij deze afspraak 4. Afspraken 3 en 4 horen voor ons bij elkaar.”</i></p>	<p>Patiëntenfederatie is als betrokken partij toegevoegd bij afspraak 4.</p>
	<p>De Patiëntenfederatie geeft de volgende suggestie:</p> <p><i>“In de tabel staat bij afspraak 6, 7 en 8: ‘meer UI-patiënten behandelen’. Volgens ons zou je doel niet moeten zijn om meer patiënten te behandelen. Dat geeft al snel perverse prikkels. Beter passende zorg leveren kan wel. Als je immers erachter komt dat er bijvoorbeeld te veel chronisch zieken incontinentiemateriaal gebruiken zonder indicatie, dan kun je hierover in gesprek gaan met patiënten die deze middelen (te veel) gebruiken. Je kunt ze niet meteen behandelen, hierover beslissen patiënt en arts samen.”</i></p>	<p>Tekst is aangepast.</p>
	<p>De Patiëntenfederatie geeft de volgende opmerking:</p> <p><i>“Bij afspraak 13 staat: de partijen zorgen voor de ontwikkeling van kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie, die aansluit bij de richtlijnen over behandelingen met steunpessaria. Partijen zorgen ook voor de ontwikkeling van keuzematerialen die de voordelen, nadelen en kosten van de behandeling in de verschillende lijnen inzichtelijk maken.”</i></p> <p><i>Helemaal mee eens. Een snelle scan levert ons twee verschillende keuzehulpen over dit onderwerp.</i></p> <p><i>Een keuzehulp voor verzakking van Zorgkeuzelab, die ondersteund wordt door de NVOG en Bekkenbodem4All. Daarnaast heeft PATIENT+ een keuzehulp voor verzakking, die wordt ondersteund door NVOG en Bekkenbodem4All. Bij die laatste keuzehulp werken NVOG, NHG en Bekkenbodem4All momenteel trouwens samen om er een transmurale keuzehulp van te maken (voor zowel huisarts als gynaecoloog). Dat is natuurlijk een mooie ontwikkeling, waarmee eigenlijk al uitvoering gegeven wordt aan deze verbeteractie. Aanvullend zouden ook de teksten op Degynaecoloog.nl en Thuisarts.nl met elkaar in lijn moeten worden gebracht.”</i></p>	<p>Ter kennisgeving aangenomen.</p>
	<p>De Patiëntenfederatie plaatst de volgende opmerking:</p> <p><i>“Wat ons alleen zorgen baart, is dat op p.25 staat ‘Richtlijnen in overeenstemming brengen over de inzet van een pessarium bij SUI-patiënten - geen afspraak over gemaakt’. Als er geen inhoudelijke overeenstemming is over de plaats van een steunpessarium tussen de beroepsgroepen, is het onmogelijk om tot goede (keuze)informatie voor patiënten te komen. De informatie wordt dan nooit eenduidig, we houden versnippering en onduidelijkheid bij patiënten. Ik wil dan ook graag benadrukken dat het essentieel is dat deze afspraak er wel komt.”</i></p>	<p>Mede op basis van de reactie van NVOG, Patiëntenfederatie, NVFB en ZKN is een afspraak over de inzet van het pessarium bij SUI patiënten toegevoegd (verbeterafpraak 11).</p>

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
	<p>De Patiëntenfederatie geeft de volgende suggestie: <i>"Bij verbeterafpraak 16 en 17 'Vrouwen attenderen op behandelmogelijkheden van bekkenbodemplachten' zou het ZonMW-programma Gender&Gezondheid o.a. interessant zijn. Echter, dit programma loopt bijna af en er zijn geen rondes meer. Wel wordt er gelobbyd voor een vervolprogramma. Wellicht dat het onderwerp daar geagendeerd kan worden. Women Inc speelt hier onder andere een belangrijke rol bij, maar ook wij vanuit de Patiëntenfederatie zijn betrokken. Misschien goed om ons daarom hierbij te noemen als betrokken partij."</i></p>	<p>Hoe met deze suggestie om kan worden gegaan kan in de implementatiefase besproken worden bij de uitwerking van verbeterafpraak 16 en 17.</p> <p>Patiëntenfederatie Nederland is toegevoegd als betrokken partij bij verbeterafpraak 16 en 17.</p>
Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)	<p>De NVU merkt het volgende op:</p> <p><i>"Wij zijn verheugd te zien dat onder andere naar de late effecten van zwangerschap en vaginale bevalling op de bekkenbodem wordt gekeken. Ook is de expliciete benoeming van urineretentie (onderactieve blaas) van belang. Beide onderwerpen zijn klinisch zeer relevant, maar helaas onderbelichte thema's in onze zorg."</i></p> <p><i>"Het aspect van preventie van bekkenbodemproblemen na zwangerschap en vaginale bevalling mist."</i></p>	<p>Het onderwerp preventie van bekkenbodemplachten na zwangerschap en bevalling kan worden meegenomen in de uitwerking van verbeterafpraak 16.</p>
	<p>Bij paragraaf 1.2 plaatst de NVU de volgende opmerking: <i>"Onderactieve blaas is niet hetzelfde als overloopincontinentie."</i></p> <p>aanvullen met '... (overloopincontinentie bij urine-retentie).' Onderactieve blaas is een recent geïntroduceerd concept en klinisch niet relevant als er geen significant residu is.</p>	<p>De tekst is aangepast.</p>
	<p>Bij hoofdstuk 2 geeft de NVU de volgende opmerking: <i>"Als meer patiënten worden behandeld, zullen de kosten toenemen. De vraag is of de behandelingen dusdanig effectief zijn, dat de kosten van toename van diagnostiek en de toename van de behandeling opwegen tegen het besparen van kosten van opvangmateriaal etc. Ik lees in het document nergens wat het effect van de behandelingen is (dus percentage droog na bft, spasmodolytica, botox, tapes, neuromodulatie etc.). Dat zal meegewogen moeten worden om daadwerkelijk te spreken van zinnige zorg als kostenbesparing een overweging is."</i></p>	<p>In dit Zinnige Zorg-traject wordt aangenomen dat de richtlijnen voor patiënten effectieve zorg beschrijven.</p> <p>Uiteraard is het besparen van onnodige kosten in dit zorgtraject belangrijk, net als het beschikbaar stellen van effectieve zorg.</p>
	<p>Bij de samenvatting geeft de NVU de volgende tekstuele suggesties:</p> <p>Bij UI zijn drie typen te onderscheiden: stress urine-incontinentie (SUI), achter SUI: inspannings-incontinentie.</p> <p>Voor een operatieve ingreep, waarbij een kunststof-bandje onder de plasbuis wordt geplaatst. Veranderen in '... onder de plasbuis kan worden geplaatst.'</p> <p>Graag nuanceren vanwege de mesh-ellende en mogelijk alternatieven, zoals colposuspensie.</p> <p>'worden ingezet met elektrische stimulatie, botoxinjecties of mogelijkheden om de blaasinhoud aan te passen'. Veranderen in '... elektrische stimulatie en botulinetoxine-injecties.' Botox is een merknaam en er zijn alternatieve firma's die hetzelfde product voor dezelfde behandeling onder een andere merknaam op de markt brengen.</p>	<p>Tekst is door het hele document daar waar nodig aangepast.</p>
	<p>Bij de samenvatting merkt de NVU het volgende op: <i>"Mogelijkheden om de blaasinhoud aan te passen worden nauwelijks meer toegepast en alleen als de andere twee genoemde behandelingen mislukken."</i></p>	<p>Ter kennisgeving aangenomen.</p>

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
	<p>Bij paragraaf 1.2 geeft NVU de volgende tekst-suggestie bij de onderactieve blaas:</p> <p><i>“... Zo kunnen een operatie in het kleine bekken, diabetes of medicatie ook een onderactieve blaas veroorzaken.’ Deze oorzaken zijn klinisch veel relevanter bij vrouwen. Een vernauwing van de blaashals of plasbuis komt meer voor bij mannen en het is de vraag of alleen plasbuisvernauwing de oorzaak is van onderactieve blaas.”</i></p>	<p>Tekst is samen met een opmerking van ZKN aangepast.</p>
	<p>Bij hoofdstuk 2 merkt NVU het volgende op:</p> <p><i>“Er wordt alleen gesproken over uterusprolaps en hoe/wie pessariumzorg regelt, maar niet over voorwand- en achterwandprolaps. Bij laatstgenoemde heeft pessarium eigenlijk geen zin.”</i></p>	<p>De in dit hoofdstuk gekozen bewoording is gebaseerd op de NVOG-richtlijn ‘Prolaps’, waarin wordt aanbevolen om iedere patiënt met een symptomatische prolaps te informeren over de mogelijkheden van pessariumtherapie als primaire behandeling bij prolaps.</p> <p>Op basis van openbare registraties en declaratiegegevens is het voor ons niet mogelijk te kijken naar andere behandelingen dan steunpessaria bij uterusprolaps.</p>
	<p>In bijlage C over het zorgtraject geeft de NVU het volgende aan:</p> <p><i>“De omschrijving van spasmyolytica eenzijdig is en niet juist.”</i></p> <p><i>“Er zijn meer redenen zijn om urineonderzoek uit te voeren, zoals microscopisch hematurie.”</i></p>	<p>De tekst is aangepast.</p>
	<p>Bij de verbeterafspraken geeft de NVU het volgende aan:</p> <p><i>“Daarnaast is de NVU weinig betrokken in de regie, die ligt vrijwel uitsluitend bij NHG en NVOG. De diagnostiek/ behandeling bij urge-incontinentie hoort meer bij de uroloog thuis dan bij de gynaecoloog.”</i></p>	<p>In overleg met de NVU hebben zij een regie rol op zich genomen bij verbeterafpraak 1</p>
Inspectie voor Gezondheid en Jeugd (IGJ)	<p>De IGJ merkt het volgende op:</p> <p><i>“Vanuit de klachten over bekkenbodematjes horen we vaak dat de voorlichting beter moet. Dus welke behandelingen zijn mogelijk? Wat zijn daar voor- en nadelen van? Wat is voor een specifieke patiënt een goede oplossing?”</i></p> <p><i>“Nog steeds geldt het advies om implantaten zo terughoudend mogelijk te gebruiken. Als er toch voor gekozen wordt: goede voorlichting...”</i></p> <p><i>“Patiëntengroepen geven aan dat zorg bij complicaties van een implantaat onvoldoende zou zijn, maar dat traject lijkt me geen onderdeel van dit document. Daarnaast is dat binnen het project ‘Nazorg op orde’, waarbij ook het RIVM is aangesloten, specifiek onderwerp van aandacht.”</i></p>	<p>Ter kennisgeving aangenomen.</p> <p>De opmerking is ondersteunend aan de gemaakte verbeterafspraken 4, 5, 12a en 13 in hoofdstuk 5.</p>
Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ)	<p>De opmerkingen van de NVZ richten zich op de impactanalyse:</p> <p><i>“In tabel E8 worden data en prijzen vergeleken van meerdere jaren. Deels worden kosten uit 2014 gebruikt (bron declaratiedata Vektis) en deels uit 2018. Om een adequate vergelijking te maken moeten kosten op prijsniveau van hetzelfde jaar worden gebracht in het hele rapport. Ons advies is, om hiervoor kostprijzen van eerdere jaren te indexeren tot een standaardprijsniveau in het gehele rapport. Hiervoor kunnen de landelijke prijsindexcijfers worden gehanteerd. Dit geldt ook voor tabel E10.”</i></p> <p><i>“In tabel E8 wordt soms afgerond op hele euro’s en soms op centen. Hiervoor moet in het hele rapport dezelfde lijn worden gehanteerd om kosten ook vergelijkbaar te houden. Ons advies is, om hier altijd uit te gaan van twee cijfers achter de komma (centen). Dit geldt ook voor tabel E10.”</i></p> <p><i>“Bij aantallen worden diverse methodieken voor afronden gehanteerd. Soms is dit op hele miljoenen, soms ook cijfers achter de komma. Ons advies is om hiervoor in het hele rapport op dezelfde decimalen af te ronden.”</i></p>	<p>Een impactanalyse is bedoeld om een globaal inzicht in de financiële impact te geven in een situatie van meerdere onzekerheden. Een van die onzekerheden is bijvoorbeeld het verloop van de implementatie. Daarom wordt een aantal technieken, zoals indexering en verdiscontering niet toegepast, omdat ze een schijnzekerheid suggereren.</p> <p>Voor de berekeningen is nu voor de kosten gebruik gemaakt van 2 cijfers achter de komma.</p> <p>In het hele rapport zijn de eindbedragen nu op gelijke wijze afgerond.</p>

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland: Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (V&VN:VOG)	V&VN heeft geen schriftelijke reactie op de consultatie van het verbetersignalement	Ter kennisgeving aangenomen.
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Het streven naar de juiste zorg, voor de juiste patiënt, op de juiste plek is voor de Zorgverzekeraars een belangrijk onderwerp.	
	Vandaar dat wij het volgende kunnen stellen, in antwoord op uw vragen: 1. Zorgverzekeraars Nederland kan zich vinden in de voorgestelde verbeteringen voor het zorgtraject Bekkenbodemplachten.	Ter kennisgeving aangenomen.
	2. Met de Zorgverzekeraars zijn geen specifieke verbeterafspraken gemaakt. Echter, wij hechten er zeker belang aan dat de richtlijnen, waar nodig, worden aangescherpt door de professionals, om uitvoering van de verbeterpunten te bestendigen.	Ter kennisgeving aangenomen.
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Vanaf pagina 9 worden diverse verbetermogelijkheden gesignaleerd op basis van het zogenaamde extern eerstelijns onderzoek. Het rapport is nogal summier over de wijze waarop dat onderzoek precies is uitgevoerd, maar we krijgen de indruk dat het voornamelijk gaat om dossieronderzoek. Het is een bekend probleem dat niet alles altijd in dossiers wordt genoteerd. Het lijkt derhalve niet denkbeeldig – en we achten dat zelfs waarschijnlijk – dat de verbetermogelijkheden aanzienlijk geringer zijn dan in het rapport wordt gesuggereerd. Zo lezen we op pag 10 dat geen diagnostiek vaker voorkomt bij SUI dan bij UUI. Dat kan gewoon niet waar zijn, want er is toch enige diagnostiek (op zijn minst anamnese) nodig om deze diagnoses te kunnen stellen. Het herkennen van het type incontinentie is doorgaans bepalend voor het beleid.	De gekozen rapportage in het verbetersignalement geeft inderdaad geen ruimte om de gevraagde diepgang weer te geven. Hiervoor nodigen we NHG en andere geïnteresseerde uit om het definitieve onderzoeksrapport bij het Zorginstituut op te vragen.
	We zijn met u eens dat de diagnostiek van overloopincontinentie (in uw termen onderactieve blaas) onderbelicht is in de NHG-standaard. Overigens is het niet correct te stellen dat de symptomen erg lijken op die UUI, juist omdat de urgeklachten ontbreken.	Deze passage is inderdaad wat stellig. De zin is iets genuanceerd.
	De passage over herbruikbare katheters op pag 11 bevat een fout, het zal gaan om onderzoek of wegwerpkatheters kunnen vervangen door herbruikbare.	Dit betreft een fout en is aangepast.
	Op pag 14 lezen we dat slechts 18 procent van de vrouwen voorlichting over UI is gegeven. Voorlichting is ons inziens bij uitstek een item dat niet wordt vastgelegd in het dossier. Op dezelfde pagina onderaan lezen we dat een vijfde deel van de vrouwen geen enkele behandeling krijgt. Het is bepaald niet denkbeeldig dat dat de groep vrouwen is met lichte klachten en daar zelf voor kiest.	Inderdaad is het zo dat voorlichting mogelijk wel is uitgevoerd maar niet is vastgelegd. Daarom is ook specifiek aangegeven dat bij 18% niet is voorgelicht en vastgelegd. De tekst is verduidelijkt op het punt dat een vrouw ook zelf kan kiezen voor geen behandeling.
	Op diverse plaatsen in de tekst wordt gerept van stepped care en geen behandelstappen overslaan. De standaard incontinentie van het NHG is daarin minder dwingend. Zo krijgt een vrouw met SUI drie behandelopties waaronder (zeker bij ernstige klachten) verwijzen voor operatie.	Wij zijn het eens met de NHG, zoals ook weergegeven in tabel 1.
	Buiten kijf staat dat bij UUI blaastraining behandeling van eerste keus is. Spasmolytica zijn op door de bank genomen maar beperkt effectief.	

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Op pagina 16 staat eveneens een fout. Als 29 procent van de vrouwen de eerste behandelstap krijgt, kan het niet zijn dat die bij 8 procent van de vrouwen is overgeslagen.	De tekst is op dit punt verduidelijkt.
	Dan over de voorgestelde verbeterafspraken. De eerste twee gaan over de verbetering van de (implementatie van) de diagnostiek. Die staat ons inziens adequaat in de NHG-standaard beschreven. Het aangevoerde eerstelijns(dossier)onderzoek staft ons inziens onvoldoende dat de diagnostiek grote mankementen vertoont. Het onderscheid tussen SUU, UUI en MUI is vooral een zaak van anamnese. We zien weinig heil in het organiseren van symposia over dit onderwerp.	De inhoudelijke beschrijving van de diagnostiek van UI in de NHG-standaard staat niet ter discussie. Op basis van uw reactie beseffen we dat de eerste verbetermogelijkheid moet worden herformuleerd naar diagnostiek van UI zoals beschreven in de richtlijnen volgen. Het organiseren van symposia en regionale bijeenkomsten is door de betrokken partijen gezamenlijk in een werkgroepbijeenkomst op 9 juli 2019 aangedragen als middel om de kennis en vaardigheid van diagnostiek bij UI te vergroten. In de implementatiefase kan in overleg met de andere betrokken partijen voor een gelijkwaardig alternatief worden gekozen.
	We zijn bereid bij de eerstvolgende revisie de standaard aan te vullen met tekst over het herkennen van de overloopblaas of onderactieve blaas. Op dit moment valt nog niet te zeggen wanneer die herziening van de standaard zal worden opgepakt. Overigens zal de huisarts in deze situatie voor verdere diagnostiek doorgaans moeten verwijzen, oa voor het uitsluiten van een obstructie. Het maken van een richtlijn over diagnostiek en behandeling hiervan lijkt ons derhalve primair iets voor de tweede lijn.	In de implementatiefase kan besproken worden of de ontwikkeling van een richtlijn over diagnostiek en behandeling noodzakelijk is of dat aanvulling van de bestaande richtlijnen afdoende is.
	Over 4 en 5: Volgens ons staat er voldoende informatie over UI en de behandelmogelijkheden daarvan op Thuisarts.nl . Uit het rapport wordt ook nergens duidelijk in welk opzicht die informatie onvoldoende of onvoldoende duidelijk is. Voordat hiermee iets kan worden gedaan, zal op zijn minst helder moeten worden geformuleerd welke mankementen de informatie die reeds voorhanden is vertoont.	Wij hebben inderdaad geen onderzoek gedaan naar de huidige patiënteninformatie. De afspraak is met name gericht op dat in de informatie ook onderactieve blaas een plek krijgt. Wij hebben de haakjes hier verwijderd.
	Nr 6 gaat over de totstandkoming van regionale interdisciplinaire netwerken met het kennelijke doel de inzet van bekkenbodempfyiotherapie te bevorderen. Een landelijke organisatie als NHG kan hierin niet veel betekenen. Het komt ons voor dat regionale bekkenbodempfyiotherapeuten en incontinentieproblematiek geïnteresseerde gynaecologen hierin beter het voortouw kunnen nemen.	De verantwoordelijke partij(en) zijn aangepast waarbij de NHG een rol als betrokken partij heeft.
	De nrs 7 en 8 gaan over het onderscheiden van mensen met een chronische indicatie voor indicatiemateriaal en die met een tijdelijke indicatie. In het rapport wordt niet goed uitgelegd wanneer er sprake is van een (terechte) chronische indicatie. Gaat het erom retrospectief uit te zoeken of alle alternatieve behandelmogelijkheden afdoende geëxploreerd zijn en eventueel alsnog mensen voor oefentherapie of het uitproberen van een pessarium te motiveren? Is het daadwerkelijk zo dat veel chronisch gebruik onterecht is? Wellicht is het beter eerst in meer detail na te gaan of dit een groot probleem betreft, bv door bij een substantiele groep gebruikers na te gaan, waarom er precies is over gegaan tot het gebruik van incontinentie materiaal en de tevredenheid daarmee. Het is niet denkbeeldig dat arts en patiënt daar goede of afdoende moverende redenen voor hebben gehad. Zo zijn (hoog) bejaarden dikwijls niet gemotiveerd of niet in staat tot oefentherapie. U vermeldt in de dossieranalyse niks over de aangetrokken verschillen in diagnostiek en behandeling naar leeftijd. Zonder nader onderzoek achten we deze afspraak onvoldoende kansrijk.	Uit het eerstelijns onderzoek komt niet het beeld naar voren dat m.n. ouderen geen behandeling en diagnostiek krijgen. Aangezien incontinentiemateriaal in het grootste gedeelte van de patiënten (76%) langer dan 6 maanden wordt gebruikt zonder andere gedeclareerde behandeling, voorlichting beperkt is vastgelegd en betrokken partijen onterecht langdurig incontinentiemateriaal in de praktijk herkennen, hebben zij deze afspraken geformuleerd. In de implementatiefase kan door de betrokken partijen onderzocht worden wat een (terechte) chronische indicatie is.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Nr 9 gaat in grote lijnen voorbij aan het feit dat de subjectieve beleving van de patient van de incontinentie bij de bepaling van de ernst een belangrijke rol speelt. De NHG-standaard spreekt van ernstige klachten (meerdere keren per week incontinentie en veel hinder). Dat van die hinder kan bezwaarlijk eenduidig worden bepaald. Hooguit zou er kunnen afgesproken dat er bij gemiddeld minder dan 2 of 3 voorvallen van incontinentie per week sowieso niet geopereerd wordt voordat oefentherapie is geprobeerd. Dat is dan een afspraak waarvoor geen onderzoek nodig is. Wat ons betreft is het wel de vraag is of een dergelijke afspraak nuttig en wenselijk is.	Het doel van betrokken partijen met deze verbeterafpraak is om op basis van praktisch onderzoek te komen tot haalbare afspraken. Uw voorstel is een voorbeeld van zo'n afspraak. In de implementatiefase kunnen partijen nadere invulling geven aan de afspraak.
	Nr 10 heeft onze instemming en zeker blaastraining moet niet worden overgeslagen. Al eerder is opgemerkt dat de effecten van medicatie veelal beperkt en teleurstellend zijn.	
	Voor wat betreft het pessarium, u mag wat ons betreft bekijken of de gynaecologen bereid zijn deze optie ook in hun richtlijn op te nemen.	Mede op basis van de reactie van NVOG, Patiëntenfederatie, NVFB, NHG en ZKN is een afspraak over de inzet van het pessarium bij SUI patiënten toegevoegd (verbeterafpraak 11).
	Nr 11 en 12: bij in NHG is reeds informatiemateriaal over het aanmeten van pessaria voorhanden. We geloven niet dat symposia daar veel kan verbeteren. Veel zinniger lijkt het organiseren van oefenmogelijkheden onder begeleiding voor daarin geïnteresseerde huisartsen. Wellicht kunnen kader huisartsen urogynaecologie en gynaecologen hiervoor scholingen organiseren. Het regelen van aanvullende bekostiging voor deze verrichting zou ook kunnen helpen.	Het gezamenlijk organiseren van symposia, scholing en regionale bijeenkomsten is door de betrokken partijen gezamenlijk in een In de implementatiefase kan in overleg met de andere betrokken partijen worden bepaald welke middelen voor overdracht van kennis en vaardigheden worden ingezet. Dit zal in de implementatiefase besproken worden.
	Nr 13 Het organiseren van stoppen op proef door spasmolytica gebruikers heeft onze instemming, zeker omdat deze middelen bij veel mensen geen noemenswaardige klachtenvermindering geven.	
	Nr 14. Gebruik van het mictiedagboek wordt in de NHG-standaard reeds aanbevolen als hulpmiddel om het effect van de behandeling te evalueren. Bij een revisie kan dit wat ons betreft in de paragraaf controles nog wat prominenter voor het voetlicht kunnen worden gebracht.	Het benadrukken van het belang van het mictiedagboek als evaluatiemiddel in de NHG-standaard kan een invulling zijn voor het plan van aanpak. Welke andere acties nodig zijn en welke partij daar een rol in speelt kan met de overige betrokken partijen worden besproken in de implementatiefase.
	Al met al komt het erop neer dat het NHG slechts ten dele kan instemmen met de voorgestelde verbeterafspraken en een ander deel niet als de zijne gaat beschouwen. Het verzoek is derhalve een deel van de afspraken aan te passen of het nut ervan nader te onderzoeken al vorens ze als afspraak op te nemen.	Naar aanleiding van uw reactie zijn de afspraken, daar waar nodig geacht verduidelijkt of aangepast. In de implementatiefase is ruimte om met alle betrokken partijen de invulling van de afspraken te concretiseren.
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	NFU is niet verantwoordelijk voor uitvoering van de verbeterafspraken.	Ter kennisgeving aangenomen.

Bijlage D Zorgtraject bij bekkenbodemplakhten

In deze bijlage beschrijven wij het zorgtraject voor vrouwen met twee typen bekkenbodemplakhten, namelijk urine-incontinentie (UI) en prolaps (verzakking van de baarmoeder). De beschrijving van het zorgtraject is gebaseerd op de:

- NHG-Standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' (2015)^[6];
- KNGF-richtlijn 'Stress (urine-)incontinentie' (2017)^[7];
- NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen' (2011)^[8];
- NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg' (2014)^[9];
- NVOG-richtlijn 'Prolaps' (2014)^[10];
- mening van experts.

Het zorgtraject bestaat uit de volgende drie onderdelen: diagnostiek, behandeling en het vervoltraject (evaluatie en controle). Deze onderdelen komen in de eerste lijn en in de tweede lijn voor. Per lijn lichten we de drie onderdelen toe. Bij de beschrijving van de behandeling gaan we ook voor elke lijn afzonderlijk in op drie typen te onderscheiden UI: stress urine-incontinentie (SUI, inspannings-incontinentie), *urge* urine-incontinentie (UUI, drang-incontinentie) en *mixed* urine-incontinentie (MUI, gemengde urine-incontinentie).

Aan het einde van deze bijlage geeft figuur D.1 het zorgtraject schematisch op hoofdlijnen weer.

Zorgtraject voor UI en prolaps in de eerste lijn

Diagnostiek in de eerste lijn

In de inleiding van dit rapport hebben we al aangegeven dat maar een klein deel van de vrouwen met UI of prolaps medische hulp zoekt. Voor de vrouwen die wel hulp zoeken, start het traject bij voorkeur met een bezoek aan de huisarts.¹⁵ De huisarts brengt de ziektegeschiedenis in kaart (anamnese), verricht lichamelijk onderzoek en voert urineonderzoek uit bij UUI of klachten die wijzen op een urineweginfectie. Als de anamnese niet genoeg duidelijkheid geeft over de ernst en frequentie van de UI, kan een plasdagboek meer inzicht geven. De vrouw moet het plasdagboek minimaal drie aaneengesloten dagen bijhouden. De huisarts stelt een diagnose op basis van de anamnese en de globale beoordeling van de bekkenbodemplakhtfunctie. Bij twijfel, of om er zeker van te zijn dat de UI fysiotherapeutisch beïnvloedbaar is, kan de huisarts de patiënt ook verwijzen naar een (bekken)fysiotherapeut voor een bekkenfysiotherapeutisch diagnostisch consult.

Behandeling in de eerste lijn

SUI

De huisarts kan bij de diagnose SUI bekkenbodemplakhtoefeningen voorschrijven of vrouwen voor deze behandelingen verwijzen naar een (bekken)fysiotherapeut.¹⁶ Verwijzing naar een (bekken)fysiotherapeut is in ieder geval noodzakelijk voor vrouwen:

- die onvoldoende controle hebben over hun bekkenbodemplakhtspieren, dat wil zeggen vrouwen die er na instructie niet in slagen om de bekkenbodemplakhtspieren aan te spannen of te ontspannen, of bij twijfel of een vrouw dat kan;
- die volgens de huisarts meer begeleiding nodig hebben dan in de betreffende huisartsenpraktijk beschikbaar is;
- die daar zelf de voorkeur aan geven;
- bij wie na zes weken oefentherapie in de huisartsenpraktijk niet genoeg verbetering is opgetreden (ter overweging).

¹⁵ Door de regeling Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) kunnen vrouwen ook zonder huisartsverwijzing een afspraak maken bij de bekkenfysiotherapeut voor bekkenspiroefeningen of blaastraining.

¹⁶ Verwijzen kan naar een algemeen fysiotherapeut, maar verwijzing naar een geregistreerd bekkenspirotherapeut heeft volgens het standpunt van CVZ uit 2006 de voorkeur.

Eventueel kan ook als eerste keus (volgens de NHG-Standaard)^[6] of als tweede keus (volgens de NVU-richtlijn)^[9] een pessarium worden aangemeten en geplaatst.

Bij ernstige SUI-klachten kan een huisarts overwegen om als eerste behandelstap direct naar het ziekenhuis te verwijzen om een operatie als eerste behandeling te bespreken.

UUI

Na de diagnose UUI is blaastraining de eerste behandelstap, onder begeleiding van de huisarts of (bekken)fysiotherapeut. Verwijzing naar een (bekken)fysiotherapeut is bij UUI noodzakelijk voor vrouwen met dezelfde kenmerken als bij SUI.

Bij te weinig effect van de blaastraining, kan de behandelaar een urologisch spasmolyticum voorschrijven.

Als blaastraining en urologisch spasmolyticum allebei niet genoeg helpen, kan een vrouw voor verdere behandeling naar het ziekenhuis worden verwezen.

MUI

Als sprake is van stress- en urge-UI-klachten, wordt de vrouw in eerste instantie behandeld voor het type UI dat het meest op de voorgrond staat. Als deze behandeling niet genoeg effect heeft, kan gewisseld worden naar behandeling voor het andere type UI.

Prolaps

Na de diagnose prolaps van de baarmoeder, kan de behandeling in eerste instantie bij de huisarts plaatsvinden. De huisarts geeft informatie over de mogelijkheid van het aanmeten van een steunpessarium. Ook het aanmeten van een pessarium kan bij de huisarts gebeuren. De vrouw moet het pessarium wel zelf aanschaffen.

Daarnaast moeten vrouwen met prolaps stadium 1 (lichte verzakking) en 2 (grotere uitstulping, die niet voorbij de ingang van de vagina komt) bij klachten over het functioneren van de bekkenbodemplakht naar een bekkenfysiotherapeut worden verwezen voor bekkenfysiotherapie.

Vervolgtraject in de eerste lijn

Als de huisarts de bekkenbodemplakhtoefeningen of de blaastraining zelf begeleidt, moet er een aantal controlemomenten zijn:

- na minimaal twee en zes weken na de start, ter motivatie en ter controle van het juist uitvoeren van de oefeningen;
- na minimaal zes weken, ter evaluatie van het effect van de oefeningen. Bij voldoende effect kan de vrouw tot drie maanden doorgaan met de oefeningen. Daarna wordt het effect opnieuw geëvalueerd.

Als de bekkenbodemplakhtoefeningen of blaastraining onder begeleiding van de bekkenfysiotherapeut plaatsvinden, ligt daar de verantwoordelijkheid voor controle en evaluatie van het effect.

Bij gebruik van een urologisch spasmolyticum bij UUI beveelt de richtlijn de volgende controlemomenten aan:

- na minimaal twee weken na de start van de behandeling met het spasmolyticum, ter controle van de motivatie, therapietrouw en bijwerkingen;
- na vier tot zes weken, op basis van een plasdagboek, ter evaluatie van het effect van het spasmolyticum, waarbij de behandeling nog drie tot zes maanden kan doorgaan als het effect voldoende en de bijwerkingen acceptabel zijn;
- na drie tot zes maanden moet op proef gestopt worden met het spasmolyticum, en bij terugkeer van de klachten kan de medicatie opnieuw voor drie tot zes maanden worden voorgeschreven.

Het gebruik van een plasdagboek wordt aanbevolen als hulpmiddel om het effect van de UI-behandeling te evalueren.

Als een vrouw een pessarium aangemeten heeft gekregen ter behandeling van prolaps, is in principe geen verdere controle nodig mits zij in staat is het pessarium te verwijderen en schoon te maken. Als dit laatste niet het geval is, is het noodzakelijk om hiervoor iedere drie tot zes maanden de huisarts te bezoeken.

Zorgtraject voor UI en prolaps in tweede lijn

Diagnostiek in de tweede lijn

Als een huisarts een vrouw verwijst vanwege UI, neemt de gynaecoloog of uroloog een aanvullende anamnese af en doet aanvullend (lichamelijk) onderzoek, bestaand uit:

- evalueren van opslag- en ontledigingstoornissen van de blaas, aan de hand van het plasdagboek dat de vrouw tijdens de eerstelijnsbehandeling heeft bijgehouden;
- urineonderzoek, om onder andere een urineweginfectie uit te sluiten;
- pad-test, als de medisch specialist wil weten hoeveel urine een vrouw ongewenst verliest;
- bepaling van de hoeveelheid urine die achterblijft in de blaas na plassen, met name uitgevoerd bij patiënten met UI die ook moeilijk kunnen plassen (mictie) en bij patiënten met gecompliceerde UI;
- urodynamisch onderzoek, dat wil zeggen: onderzoek naar de functie van de lage urinewegen (blaas en afsluitmechanisme), alleen als de resultaten van dit onderzoek de keuze van invasieve behandeling kunnen veranderen.

Als een huisarts een vrouw met prolaps verwijst, neemt de gynaecoloog een aanvullende anamnese af met een gevalideerde standaard urogynaecologische vragenlijst¹⁷. Ook vindt aanvullend (lichamelijk) onderzoek plaats, bestaand uit:

- uitwendig onderzoek;
- het beoordelen van de mate van verzakking, uitgedrukt in een *Pelvic Organ Prolapse Quantification score* (POP-Q score);
- een globale beoordeling van de bekkenbodempunctie;
- eventueel gynaecologisch echografisch onderzoek, een onderzoek met hoogfrequente geluidsgolven waarmee organen in het kleine bekken zichtbaar worden gemaakt.

Op basis van de aanvullende anamnese en het aanvullend (lichamelijk) onderzoek stelt de gynaecoloog of uroloog de definitieve diagnose. Waar mogelijk wordt als eerste optie de meest terughoudende behandeling aangeboden.

Behandeling in de tweede lijn

SUI

Na de diagnose SUI wordt het behandelbeleid bepaald op basis van de anamnese, het lichamelijke onderzoek en de voorkeur van de vrouw. Volgens de richtlijnen zijn er drie behandelopties, die in vaste volgorde moeten worden aangeboden:

- Bij voorkeur is de conservatieve behandeling (bekkenbodempieroefeningen of een pessarium) al gestart vóór verwijzing naar de gynaecoloog of uroloog.
- Als deze twee conservatieve behandelingen niet het gewenste effect hebben, bestaat de mogelijkheid tot een operatieve ingreep. De meest gekozen en meest effectieve operatiemethode is de *mid-urethral sling* (MUS). Hierbij wordt een kunststofbandje onder de plasbuis (urethra) geplaatst, wat ongewenst urineverlies beperkt. Deze operatie wordt uitgevoerd door de gynaecoloog of de uroloog. Andere operatieve ingrepen bij SUI zijn het injecteren van bulkmateriaal (een kunstmatige pasta) naast de plasbuis, en een colposuspensie. Bij een colposuspensie wordt de blaashals vastgehecht aan de bindweefselbanden achter het schaambeentje. Daarmee worden de blaasuitgang en plasbuis als het ware opgehangen en stevig verankerd.

¹⁷ Over het algemeen wordt in Nederland de vragenlijst van de Werkgroep Bekkenbodempunctie gebruikt. Deze wordt momenteel herzien en is in de autorisatiefase. Daarnaast zijn de voor de Nederlandse taal gevalideerde *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* en de *Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)* beschikbaar.

UUI

Na de diagnose UUI wordt het behandelbeleid bepaald op basis van de anamnese, het lichamelijk onderzoek en de voorkeur van de vrouw. Volgens de richtlijnen zijn er voor UUI de volgende behandelopties, die in vaste volgorde moeten worden aangeboden:

- Bij voorkeur zijn de eerste twee stappen van een UUI-behandeling - te weten blaastraining en toediening van een spasmolyticum - al gestart vóór verwijzing naar de gynaecoloog of uroloog.
- Als uit het lichamelijk onderzoek in de tweede lijn blijkt dat sprake is van een overactieve bekkenbodem, kunnen oefeningen onder begeleiding van een bekkenfysiotherapeut worden voorgeschreven.
- De eerstvolgende behandelopties onder verantwoordelijkheid van een uroloog zijn TENS (transcutane elektrische neurostimulatie) en PTNS (percutane tibiale zenuwstimulatie). Bij beide behandelingen wordt elektrische stimulatie gebruikt om de aandrang te voorkomen.
- Als de medicamenteuze behandeling en PTNS of TENS de UUI-klachten niet genoeg verminderen, zijn het geven van botulinetoxine-injecties (onabotulinumtoxine A, intravesicaal) in het blaasweefsel of sacrale neuromodulatie de volgende stap. Beide behandel mogelijkheden zijn gelijkwaardig aan elkaar.^[23, 24]
- De laatste behandel mogelijkheid voor UUI is een blaasaugmentatie of blaasdeviatie. Dit zijn operaties om de blaas te vergroten (augmentatie) of te verkleinen (deviatie). Deze operaties worden in specialistische centra gedaan.

MUI

Als sprake is van stress- en urge-UI-klachten tegelijk, wordt - net als in de eerste lijn - in eerste instantie gestart met behandeling voor het type UI dat het meest op de voorgrond staat. Als deze behandeling niet genoeg effect heeft, kan gewisseld worden naar de behandeling voor het andere type UI.

Prolaps

Na de diagnose prolaps in de tweede lijn, zijn bekkenfysiotherapie en een steunpessarium de eerste behandelstappen. Deze kunnen via de huisarts plaatsvinden. Als de huisarts het steunpessarium niet kan aanmeten, kan dit in de tweede lijn worden aangemeten en geplaatst.

Bij de keuze voor een operatie¹⁸, wordt op basis van het lichamelijk onderzoek en de gradatie van de verzakking bepaald welke operatieve ingrepen in aanmerking komen. Hierbij bestaan de volgende mogelijkheden:

- Bij een verzakking in de voorwand van de vagina wordt een voorwandplastiek verricht, waarbij de bindweefsellaag tussen blaas en vagina operatief wordt hersteld of versterkt.
- Bij een verzakking in de achterwand van de vagina wordt een achterwandplastiek verricht, waarbij de bindweefsellaag tussen de endeldarm en de vagina operatief wordt hersteld of versterkt.
- Bij een baarmoederverzakking kan gekozen worden tussen operatieve verwijdering van de baarmoeder via de vagina of een baarmoedersparende operatie¹⁹. Als baarmoedersparende operaties worden het meest toegepast:
 - sacrospinale ligament fixatie (ondersteunen van de baarmoeder);
 - verwijderen van de baarmoedermond;
 - inkorten van de steunbanden van de baarmoeder (Manchester-operatie); of
 - het herstellen van de verzakking met een kunststof bekkenbodematje (polypropyleen mesh) tijdens een kijkoperatie (laparoscopische sacrocolpopexie).
- Bij operatieve behandeling van rectum prolaps is de eerste keus een kijkoperatie, waarbij de endeldarm weer op zijn plaats wordt bevestigd met een bekkenbodematje (laparoscopische ventrale rectopexie). Als dit niet mogelijk is, kan de prolaps via de anus worden verwijderd (procedure van Delorme en procedure van Altemeier).

¹⁸ Het lifetime risk voor een vrouw op een verzakkingsooperatie is 11-19 procent (Olsen, 1997).

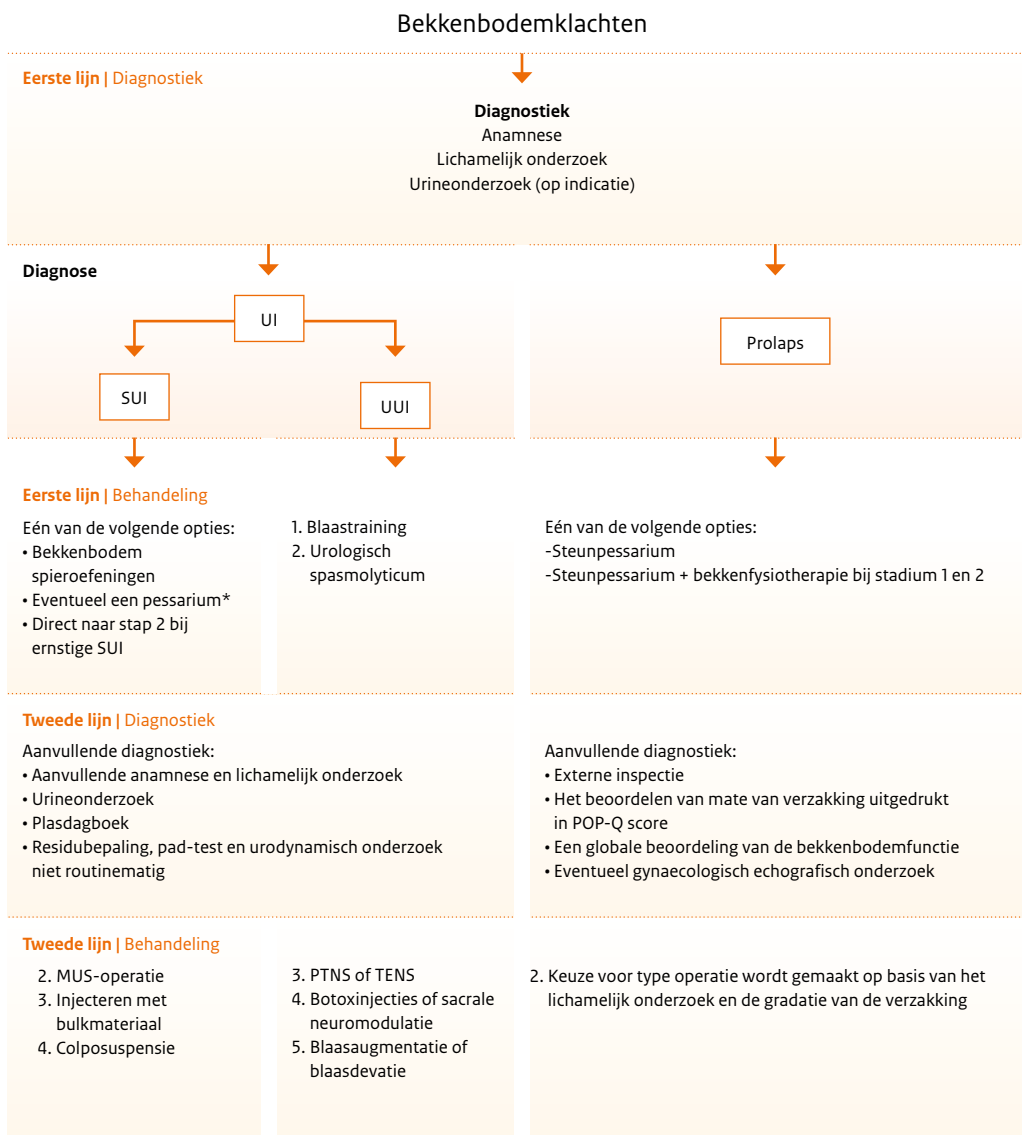
¹⁹ De recidiefkansen op een prolaps na een uterusparende ingreep zijn gelijkwaardig aan de recidiefkansen na het verwijderen van de baarmoeder.

Als na de operatie op termijn toch weer een verzakking optreedt, kan de keuze zijn om opnieuw te opereren²⁰.^[25] De operatie-opties worden dan uitgebreid met een transvaginale mesh²¹ (via de vagina aangebracht bekkenbodematje).

Vervolgtraject in de tweede lijn

Na een operatie komt de vrouw in ieder geval na zes weken nog één keer terug voor controle in de polikliniek. Na het plaatsen van een implantaat, volgen afspraken voor aanvullende vervolgcontroles.

Figuur D.1 | Zorgtraject bekkenbodemplachten



* Een pessarium wordt in de praktijk eigenlijk alleen toegepast bij vrouwen met SUI en prolaps.

²⁰ 30 procent van de vrouwen met een lifetime risk van 11-19 procent op een verzakkingsoperatie wordt ergens in haar leven opnieuw geopereerd wegens een recidief prolaps of incontinentie (Olsen, 1997).

²¹ De behandeling met mesh is controversieel. In Nederland mag deze ingreep alleen worden toegepast in een beperkt aantal centra, in streng gereguleerde wetenschappelijke onderzoekssetting door professionals die voldoen aan de criteria zoals beschreven in de 'Nota gebruik kunststof materiaal bij prolapschirurgie' (2014).

Bijlage E Richtlijnanalyse

In deze bijlage beschrijven wij de manier waarop wij de richtlijnen hebben geanalyseerd en geven we een overzicht van de resultaten van de analyse.

Opzet en uitvoering richtlijnanalyse

Hieronder beschrijven we het doel van de richtlijnanalyse, welke richtlijnen we hebben bekeken en de manier waarop wij die hebben geselecteerd en geanalyseerd.

Doel richtlijnanalyse

Het doel van de richtlijnanalyse voor UI en prolaps bij vrouwen is na te gaan of de aanbevelingen in nationale en internationale richtlijnen over de diagnostiek, behandeling en het vervolgtraject overeenkomen.

Geanalyseerde richtlijnen

De analyses zijn gebaseerd op de volgende vijf Nederlandse richtlijnen:

- NHG-Standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' (2015)^[6];
- KNGF-richtlijn 'Stress (urine-)incontinentie' (2017)^[7];
- NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen' (2011)^[8];
- NVU-richtlijn 'Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg' (2014)^[9];
- NVOG-richtlijn 'Prolaps' (2014)^[10].

Daarnaast zijn twee internationale richtlijnen meegenomen:

- 'Urinary incontinence' (2018) van de *European Association of Urology* (EAU)^[11];
- 'Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women' (2019) van het *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)^[12].

Selectie van richtlijnen

We hebben systematisch gezocht naar richtlijnen op het gebied van UI en prolaps bij vrouwen. Voor nationale richtlijnen deden we dit binnen de KNGF-website, NHG-Standaarden en in de Richtlijnen-database van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Voor internationale richtlijnen hebben we specifiek gekeken naar de beschikbaarheid van richtlijnen van het *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en de *European Association of Urology* (EAU). De geselecteerde richtlijnen zijn voorgelegd aan de stakeholders tijdens de eerste twee bijeenkomsten.²²

Methode van analyse

We hebben per richtlijn en per onderdeel van de zorg genoteerd wat de meetbare aanbevelingen zijn en (waar beschikbaar) wat de sterkte van het bewijs is voor de aanbeveling. De uitkomsten zijn door een tweede persoon gecontroleerd. Ook hebben we per richtlijn bekeken welke methodiek is gebruikt om de sterkte van het bewijs en de aanbeveling te bepalen.

We hebben de richtlijnen geanalyseerd op de volgende onderdelen van de zorg:

- diagnostiek;
- behandeling;
- vervolgtraject.

Waar bepaalde aanbevelingen in de richtlijnen verschilden, hebben we in die richtlijnen gekeken naar het ondersteunende bewijs om een mogelijke verklaring voor de verschillen te vinden.

Resultaten van de richtlijnanalyse

De meeste aanbevelingen voor de drie onderdelen van het zorgtraject zijn met elkaar in overeenstemming. We hebben zes duidelijke verschillen tussen de richtlijnen gevonden. Deze zijn weergegeven in tabel E.1.

Inconsistentie op welk gebied	Verschillen in aanbevelingen richtlijnen	Verklaring
Onderwerp: Urineonderzoek		
Bij wie?	<ul style="list-style-type: none"> Alleen bij UUI of klachten passend bij UWI – NHG Bij alle UI-types – NVOG UI, NVU, NICE en EAU 	Aanbevelingen zijn niet gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, maar op opinies in de werkgroepen. Daardoor verschillen ze van elkaar.
Wat meten?	<ul style="list-style-type: none"> Nitriet, leukocyten en erythrocyten – NHG en NVOG UI Nitriet, leukocyten en erythrocyten + eiwit en glucose – NICE Niet specifiek benoemd wat moet worden gemeten – EAU en NVU 	Voor het opsporen van urineweginfectie (nitriet en leukocyten) zijn de richtlijnen het met elkaar eens indien gespecificeerd. Aanvullende metingen (erythrocyten, eiwit en glucose) zijn niet onderbouwd met wetenschappelijk bewijs en dienen een ander doel dan het uitsluiten van een urineweginfectie of zitten in een combinatie-test.
Onderwerp: Pad-test		
Wanneer?	<ul style="list-style-type: none"> Als kwantificering gewenst is – KNGF, NVU en EAU Niet routinematig, maar alleen bij kwetsbare ouderen als plasdagboek niet mogelijk is – NVOG UI Niet routinematig – NICE 	Nuance in formulering, maar geen verschil in onderliggend wetenschappelijk bewijs. Uiteindelijke uitvoering in de praktijk vermoedelijk gelijk.
Onderwerp: Bekkenbodemspieroefeningen		
Verskil in specificiteit aanbeveling	Alle richtlijnen zijn in zekere mate verschillend in de aanbevelingen over: <ul style="list-style-type: none"> bij welke mate van SUI inzetten, de tijdsduur van de behandeling, door wie de behandeling moet worden begeleid; en hoe het oefenprogramma eruit moet zien 	De wetenschappelijke onderbouwing voor de meeste aanbevelingen ontbreekt of is beperkt. De aanbevelingen komen met name voort uit de opinies van de werkgroepen en zijn daardoor verschillend.
Onderwerp: Intravaginaal hulpmiddel		
Plaats in behandeling	<ul style="list-style-type: none"> Pessarium bij SUI is eerste behandeloptie, grote tampon kan bij UI tijdens specifieke activiteiten een optie zijn - NHG Niet routinematig aanbieden - NVU en NICE 	Gebaseerd op hetzelfde wetenschappelijk bewijs en alle richtlijnen geven in de onderbouwing aan dat er te weinig bewijs is voor routinematig gebruik. Verschil wordt veroorzaakt door meenemen van positieve praktijkervaringen.
Onderwerp: Sacrale neurostimulatie (SNS)		
Plaats in behandeling ten opzichte van botoxinjecties	<ul style="list-style-type: none"> Botox voor SNS - NICE Botox en SNS gelijke plaats - NVOG UI en NVU 	NICE zet SNS voor botoxinjecties, maar onderbouwing ontbreekt. NVOG UI en NVU stellen dat bewijs ontbreekt om een voorkeur voor een van de twee te geven. Er is sinds de NVOG UI en NVU-richtlijnen zijn uitgekomen een nieuwe studie gepubliceerd waarin geen verschil in effectiviteit werd gevonden, maar wel dat de vrouwen iets tevredener waren met de botoxinjecties.
Onderwerp: Gecombineerde SUI- en prolapsoperatie		
Toepassen van gelijktijdige operatie.	<ul style="list-style-type: none"> Wees terughoudend met combineren van prolaps en incontinentiechirurgie - NVOG Prolaps Aanbieden aan vrouwen met SUI en (hinderlijke) prolaps – NVU en EAU Overwegen bij vrouwen met voorwand of apicale prolaps en SUI - NICE 	Dit wordt veroorzaakt door de leeftijd van de richtlijnen (recent zijn er nieuwe studies bij gekomen) en door de opinies van de werkgroepen.

NHG = NHG-Standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' KNGF = KNGF-richtlijn 'Stress (urine-)incontinentie' NVOG UI = NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen' NVU = NVU-richtlijn 'Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg' NVOG Prolaps = NVOG-richtlijn 'Prolaps' NICE = NICE-richtlijn 'Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women' EAU = EAU-richtlijn 'Urinary incontinence'

Bijlage F Impactanalyse

De afspraken in dit verbetersignalement leiden tot zinnigere zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten. Als de betrokken partijen alle afspraken uit hoofdstuk 5 uitvoeren, heeft dat ook financiële gevolgen. Onze schatting is dat de volledige implementatie van de afgesproken verbeteracties leidt tot een mogelijke kostenbesparing van circa € 1 miljoen per jaar. In deze schatting hebben we de kosten van de verbeteracties om vrouwen meer te attenderen op de behandelbaarheid van bekkenbodemplachten niet meegenomen. Hoe groot de groep vrouwen zal zijn die door de verbeteracties medische hulp zal gaan zoeken, is niet te voorspellen.

In deze bijlage lichten we onze inschatting van de financiële gevolgen van de verbeteracties toe. De bijlage begint met de algemene uitgangspunten van de impactanalyse. Hierna volgen per hoofdstuk uit dit verbetersignalement de impactanalyse die is uitgevoerd voor iedere verbetermogelijkheid.

Algemene uitgangspunten impactanalyse

Een impactanalyse beantwoordt de vraag welk effect een verbetering heeft op de kosten in de gezondheidszorg (kostenconsequenties) voor zover deze kosten vergoed worden uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit is dus exclusief de eigen betalingen en vergoedingen vanuit aanvullende verzekeringen, kosten van richtlijnontwikkeling en publieksvoorlichting, en kosten van hulpmiddelen (bijvoorbeeld steunpessarium) die patiënten zelf moeten betalen.

We hebben onze berekeningen gemaakt op basis van de ‘Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg’.^[26] Deze berekeningen geven aan of de verbeterafspraken resulteren in dalingen of stijgingen van de kosten die worden gedeclareerd voor zorg bij bekkenbodemplachten. Als basis voor de berekeningen hebben we declaratiegegevens gebruikt en gegevens die voortkomen uit het onderzoek dat voor dit verbetersignalement is gedaan. Ondanks het gebruik van al deze gegevens, zijn de kostenconsequenties in deze impactanalyse alleen schattingen, mede omdat we verschillende aannames hebben moeten doen. De aannames die we voor een berekening hebben gebruikt, lichten we toe. Per verbetermogelijkheid is een aanname gedaan in hoeverre de huidige situatie zal veranderen bij volledige implementatie van de verbeterafspraken. Om deze aannames te maken zijn medische experts op het gebied van bekkenbodemplachten en betrokken partijen geraadpleegd.

In deze impactanalyse spreken we op een aantal plekken over extern eerstelijns onderzoek. Hiermee bedoelen we het onderzoek, dat is uitbesteed aan het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) in samenwerking met de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen.^[23]

Diagnostiek: de richtlijnen beter volgen en aanvullen

In dit hoofdstuk zijn er twee verbetermogelijkheden benoemd, namelijk:

- Richtlijn voor diagnostiek van UI beter volgen (tabel F.1);
- Opnemen van diagnostiek onderactieve blaas in richtlijnen (tabel F.2).

De totale jaarlijkse mogelijke kostentoeename door het vaker inzetten van diagnostiek bij vermoeden van UI bedraagt € 600 duizend.

²³ Het eindrapport van het extern eerstelijns onderzoek is opvraagbaar via ZZGynaecologie@zin.nl.

Tabel F.1 | Impactanalyse van richtlijn voor diagnostiek van UI beter volgen

<p>Huidige situatie</p> <p>Uit het extern uitgevoerde eerstelijns onderzoek, bleek dat de diagnostiek in de eerste lijn bij het merendeel van de patiënten niet is uitgevoerd zoals in de richtlijn staat omschreven.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij 79 procent van de vrouwen met UI in het onderzochte cohort was geen anamnese en lichamelijk onderzoek uitgevoerd en vastgelegd in het patiëntendossier. • Het plasdagboek was bij 9 procent van de patiënten ingezet.
<p>Verbeterafspraken</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Onder regie van het NHG en de NVU stellen de partijen een plan van aanpak op om de kennis over en vaardigheid van huisartsen met diagnostiek bij UI te vergroten. Als voorbeeld van een middel om kennis en vaardigheid te vergroten, noemen de partijen het gezamenlijk organiseren van symposia en regionale bijeenkomsten. 2. Onder regie van het NHG stellen de partijen een plan van aanpak op om de implementatie van de diagnostiek (inclusief plasdagboek) te vergroten zoals beschreven in de eerstelijnsrichtlijn.
<p>Nieuwe situatie</p> <p>Eén extra huisartsconsult om de minimale diagnostiek (lichamelijk onderzoek en anamnese) uit te voeren bij de groep vrouwen (79 procent) die dat momenteel niet voldoende krijgt.</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>Incidentie van UI bij vrouwen die medische hulp zoeken = 79.050 - NIVEL-website, ICPC-code U04⁽⁴⁾</p> <p>Kosten per huisartsconsult = € 9,59 - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2018⁽⁵⁾</p> <p>Extra kosten in nieuwe situatie: 79.050 x 0,79 x € 9,59 = € 598.891,71 per jaar.</p>

Tabel F.2 | Impactanalyse van opnamen van diagnostiek onderactieve blaas in richtlijnen

<p>Huidige situatie</p> <p>In de huidige richtlijnen voor UI (zowel voor de eerste als de tweede lijn) is maar zeer beperkt aandacht voor een niet-neurogene onderactieve blaas. Op basis van de wetenschappelijke literatuur is het vermoeden, dat een relatief grote groep vrouwen een niet-neurogene onderactieve blaas heeft.</p> <p>Onderzoeken onder vrouwen met UI-klachten die voor urodynamisch onderzoek naar het ziekenhuis werden verwezen, laten zien dat 12 tot 45 procent daarvan een niet-neurogene onderactieve blaas heeft. Een deel van deze vrouwen wordt mogelijk behandeld met urologische spasmolytica. Dit verergert hun klachten. Dit is onnodig belastend voor de patiënt en moet worden vermeden.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. De partijen vullen de multidisciplinaire richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) tweede- en derdelijnszorg' en de NHG-Standaard 'Urine-incontinentie' aan met diagnostiek en behandeling bij onderactieve blaas. Zij doen dit op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk, of komen samen met een vertegenwoordiging van alle verschillende relevante disciplines tot een nieuwe gezamenlijke richtlijn.
<p>Nieuwe situatie</p> <p>Hoeveel vrouwen op dit moment in Nederland een onderactieve blaas hebben en welke behandeling zij hiervoor nu krijgen, is niet vast te stellen op basis van de huidige declaratiedata. Daarom kunnen we niet berekenen welk effect de implementatie van de verbeterafpraak heeft op de kosten.</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>n.v.t.</p>

Behandeling: gepast gebruik van zorg bevorderen

In dit hoofdstuk zijn zes verbetermogelijkheden benoemd, namelijk:

- Betere voorlichting geven in de eerste lijn over UI en behandelmogelijkheden (tabel F.3);
- Bij meer UI-patiënten een gepaste behandeling starten (tabel F.4);
- Gerichter verwijzen naar de tweede lijn (tabel F.5);
- Meer UUI-patiënten behandelen, zonder behandelstappen over te slaan (tabel F.6);
- Richtlijnen in overeenstemming brengen over inzet van pessarium bij SUI-patiënten (tabel F.7);
- Keuzemogelijkheid voor patiënten vergroten om een steunpessarium bij prolaps in de eerste lijn te laten aanmeten (tabel F.8).

Door verbetering op deze onderwerpen kunnen de kosten per jaar in totaal met € 1,6 miljoen dalen:

- de kosten stijgen met € 6,0 miljoen per jaar, doordat minder vrouwen onterecht geen behandeling of langdurig incontinentiemateriaal krijgen;
- de kosten dalen met 7,6 miljoen, doordat vrouwen gericht naar de tweede lijn worden verwezen (€ 5,2 miljoen) en door verplaatsing naar de eerste lijn van het aanmeten van een pessarium (€ 2,4 miljoen).

Tabel F.3 | Betere voorlichting geven in de eerste lijn over UI en behandel mogelijkheden

<p>Huidige situatie</p> <p>Uit extern uitgevoerd eerstelijns onderzoek bleek, dat het merendeel (82 procent) van de vrouwen met UI waarschijnlijk niet is voorgelicht.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <p>4. De partijen zorgen voor de (door)ontwikkeling van kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie, die aansluit bij de richtlijn over de bekkenbodemplachten (inclusief onderactieve blaas) en de behandel mogelijkheden.</p> <p>5. De partijen bevorderen dat vrouwen tijdens en na het eerste consult of bij een vermoeden van UI-klachten gewezen worden op kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie over UI.</p>
<p>Nieuwe situatie</p> <p>Om meer vrouwen voor te lichten en ook beter voor te lichten zijn er afspraken gemaakt om schriftelijke patiënteninformatie te verbeteren en vaker te wijzen op de bestaande patiënteninformatie. Om dit in de praktijk te doen, wordt er geen verandering in de zorgkosten verwacht. Hierom is er geen berekening gemaakt.</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>n.v.t.</p>

Tabel F.4 | Bij meer UI-patiënten een gepaste behandeling starten

<p>Huidige situatie</p> <p>Het extern uitgevoerde eerstelijns onderzoek liet zien dat 21 procent van de vrouwen met UI-klachten geen behandeling, verwijzing naar het ziekenhuis of incontinentiemateriaal kreeg voorgeschreven. Daarnaast kreeg 9 procent van de UI-patiënten alleen incontinentiemateriaal zonder een behandeling te ontvangen.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <p>6. De partijen stimuleren de totstandkoming van regionale interdisciplinaire netwerken van professionals in de eerste lijn. Deze netwerken vergemakkelijken de overdracht van kennis en het verwijzen naar bekkenfysiotherapie of naar andere professionals met expertise op dit gebied.</p> <p>7. De partijen gaan onderzoeken hoe zij patiënten met een tijdelijke indicatie voor gebruik van incontinentiemateriaal kunnen evalueren op noodzaak voor voortzetting incontinentiemateriaal, zonder dat dit extra belasting oplevert voor patiënten met een chronische indicatie.</p> <p>8. De partijen gaan de mogelijkheden onderzoeken voor frequente praktijkevaluatie, bijvoorbeeld binnen farmacotherapeutische overleggen (FTO), waarbij gekeken wordt naar patiënten die langdurig incontinentiemateriaal (zonder chronische indicatie) gebruiken.</p>
<p>Nieuwe situatie</p> <p>Onbekend is hoeveel procent van de vrouwen met UI die nu geen behandeling of alleen incontinentiemateriaal krijgen wel een behandelwens heeft. De verwachting is dat dit niet voor iedere vrouw zal gelden, maar hoe groot die groep is, is onbekend.</p> <p>Om toch een berekening van de mogelijke impact op de kosten te maken is nu uit gegaan dat er een behandelwens is bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de helft van de vrouwen die nu alleen incontinentiemateriaal krijgen (4,5 procent); • de helft van de vrouwen die geen behandeling, niet werd verwezen naar het ziekenhuis of incontinentiemateriaal kreeg voorgeschreven (10,5 procent).
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>Doordat op dit moment onbekend is waarom deze vrouwen geen behandeling krijgen, is niet zeker of en welke behandeling zij zouden moeten en willen krijgen. Er is hierbij aangenomen dat zij in de nieuwe situatie allemaal een behandeling volgens de richtlijn gaan krijgen en vergelijkbaar zijn met de vrouwen die op dit moment wel behandeld worden.</p> <p>De verwachting is dan dat de kosten met ongeveer € 7,1 miljoen zullen stijgen. Hierbij gaan we uit van 15 procent van de totale kosten voor de zorg voor vrouwen met UI-klachten, zoals berekend in tabel F.10 ($0,15 \times € 47.142.509,85 = € 7.071.376,48$).</p> <p>Een deel van deze vrouwen (4,5 procent) krijgt dan ook geen incontinentiemateriaal meer. Hoeveel zij in de huidige situatie precies aan incontinentiemateriaal gebruiken en wat de kosten hiervan zijn is niet bekend. Daarom is de aanname gedaan dat deze vrouwen gemiddeld patiëntprofiel 3 hebben, wat betekent dat de vrouw last heeft van matig ongewild urineverlies. De gemiddelde dagprijs vergoed absorberend incontinentiemateriaal voor patiëntprofiel 3 is gebruikt om een inschatting te maken van de kosten.</p> <p>Incidentie van UI bij vrouwen die medische hulp zoeken: 79.050 - NIVEL-website, ICPD-code U04^[4]</p> <p>Gemiddelde dagprijs vergoed absorberend incontinentiemateriaal voor patiëntprofiel 3: € 0,85 - gemiddelde van VGZ, Menzis, Achmea en CZ op basis van <i>Depend advieskaarten van mei 2015</i>^[27]</p> <p>De jaarlijkse kosten van incontinentiemateriaal die verdwijnen als mensen effectief worden behandeld, zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $0,045 \times 79.050 = 3557$ patiënten • $€ 0,85 \times 365 \text{ dagen} = € 310,25$ per jaar • $3557 \times € 310,25 = € 1.103.559,25$ aan mogelijke totale jaarlijkse kosten die kunnen worden bespaard. <p>Totaal komt het dan neer op een toename in de zorgkosten van $€ 7.071.376,48 - € 1.103.559,25 = € 5.967.817,23$.</p>

Tabel F.5 | Gerichter verwijzen naar de tweede lijn

<p>Huidige situatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een kwart van de UI-patiënten wordt verwezen naar de tweede lijn. • Het groot deel (42 procent UUI en 63 procent SUI) heeft geen behandeling gehad in de eerste lijn voorafgaand aan verwijzing. • Uit het extern eerstelijns onderzoek en uit analyse van declaratiegegevens blijkt, dat respectievelijk 39 procent en 45 procent van de patiënten pas naar een bekkenfysiotherapeut wordt verwezen nadat ze in de tweede lijn zijn gekomen. • Uit analyse van de declaratiegegevens blijkt, dat van de vrouwen die naar de tweede lijn zijn doorverwezen maar 21 procent binnen een jaar na verwijzing wordt geopereerd. <p>Deze resultaten wijzen erop dat verwijzing naar de tweede lijn gericht kan plaatsvinden.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <p>9. De partijen gaan onderzoeken hoe in de eerste lijn eenduidig kan worden bepaald of een patiënt een dusdanig ernstige SUI heeft, dat directe verwijzing naar de tweede lijn tot de eerste behandelopties behoort.</p>
<p>Nieuwe situatie</p> <p>We verwachten niet dat alle patiënten die in de tweede lijn komen daadwerkelijk worden geopereerd. Er zullen altijd vrouwen worden verwezen waarvoor operatie uiteindelijk niet mogelijk is of waarbij de vrouw afziet van een operatie. In de nieuwe situatie is de verwachting, dat meer vrouwen naar de bekkenfysiotherapie verwezen worden in plaats van naar de tweede lijn. We nemen aan dat alle verwijzingen met de intentie zijn om een operatie of andere tweedelijnsbehandeling te krijgen en dat de helft van alle verwezen vrouwen binnen een jaar wordt geopereerd.</p> <p>Het gericht verwijzen naar de tweede lijn zal ondersteund worden door de afspraken die zijn gemaakt voor verbetermogelijkheid 1-4 (tabel F.1-F.4).</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>Aantal nieuwe vrouwen dat in de huidige situatie in de tweede lijn komt voor behandeling van UI of prolaps (excl. pessarium-plaatsingen): 12.646 - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2017^[5]</p> <p>Aantal vrouwen dat in de tweede lijn binnen een jaar na verwijzing een UI of prolapsoperatie krijgt: 2.631 - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2017^[5]</p> <p>Aantal vrouwen met een conservatieve niet-operatieve behandeling in de tweede lijn in de huidige situatie: 12.646 - 2.631 = 10.015</p> <p>Gemiddelde totale kosten van een conservatieve niet-operatieve behandeling van UI of prolaps in het eerste behandeljaar (excl. pessarium-plaatsingen) = € 703,50</p> <p>Als één op de twee verwezen vrouwen een conservatieve behandeling krijgt, blijven er van de huidige 10.015 conservatief behandelde patiënten nog 2.631 over. Dit levert een besparing op van $(10.015 - 2631) \times € 703,50 = € 5.194.644,00$</p> <p>N.B. De kostenberekening is uitgevoerd zonder de patiënten die in de tweede lijn komen voor het aanmeten en plaatsen van een steunpessarium en de bijhorende kosten. Er is een aparte kostenberekening voor het aanmeten van een steunpessarium (verbetermogelijkheid 8, tabel F.8). Als deze patiënten ook hier in de kostenberekening worden meegenomen, zouden zij dubbel meetellen.</p>

Tabel F.6 | Meer UUI-patiënten behandelen, zonder behandelstappen over te slaan

<p>Huidige situatie</p> <p>Uit het extern eerstelijns onderzoek blijkt, dat 58 procent van de vrouwen met UUI geen stepped care-behandeling krijgt. Het is niet duidelijk waarom een zorgverlener geen behandeling inzet of stappen overslaat, en of dit een bewuste en wenselijke keuze is voor de betreffende patiënten.</p> <p>Genoemde 58 procent bestaat uit: 8 procent alleen een spasmolyticum, 16 procent alleen verwezen zonder behandeling, 3 procent alleen incontinentiemateriaal en 31 procent die geen behandeling kreeg en ook niet is verwezen.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <p>10. Onder regie van het NHG stellen de partijen een plan van aanpak op om de implementatie te maximaliseren van de behandelstappen voor UUI zoals beschreven in de eerstelijnsrichtlijn.</p>
<p>Nieuwe situatie</p> <p>We kunnen niet inschatten welke zorg deze patiënten mogelijk nodig hebben. Wij weten niet wat de oorzaak is van het overslaan van de behandelstappen. Dit kan in sommige gevallen medisch gezien noodzakelijk zijn of de wens van de patiënt.</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>Er is geen berekening gedaan voor deze verbetermogelijkheid. Een groot deel van de verandering in zorgkosten is al meegenomen in andere verbetermogelijkheden.</p> <p>Geen behandeling of alleen incontinentiemateriaal → verbetermogelijkheid 4 (tabel F.4) Gerichter verwijzen → verbetermogelijkheid 5 (tabel F.5).</p>

Tabel F.7 | Richtlijnen in overeenstemming brengen over inzet van pessarium bij SUI-patiënten

<p>Huidige situatie</p> <p>In de NHG-Standaard 'Incontinentie' worden als eerste keus voor de behandeling bij SUI bekkenbodemspieroefeningen of een pessarium beschreven en aanbevolen.</p> <p>De tweedelijnsrichtlijn beveelt het pessarium niet aan als behandeloptie, op basis van huidig wetenschappelijk bewijs. Volgens de tweedelijnsrichtlijn kan een pessarium wel worden overwogen, als bekkenbodemspieroefeningen en een operatie geen opties zijn voor de vrouw.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <p>11. De partijen stemmen met een vertegenwoordiging van alle verschillende relevante disciplines de inzet van een pessarium bij SUI-patiënten af. Zij doen dit op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk en passen vervolgens de eerste en tweedelijns richtlijnen hierop aan.</p>
<p>Nieuwe situatie</p> <p>De nieuwe situatie is afhankelijk van wat partijen met elkaar afspreken. Hierdoor is op dit moment niet bekend wat de nieuwe situatie gaat zijn en de impact op de zorgkosten.</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>n.v.t.</p>

Tabel F.8 | Keuzemogelijkheid voor patiënten vergroten om een steunpessarium bij prolaps in de eerste lijn te laten aanmeten

<p>Huidige situatie</p> <p>Uit analyse van declaratiedata en contact met de marktleader op het gebied van steunpessaria blijkt dat maar één op de vijf steunpessaria (20 procent) bij de huisarts wordt aangemeten.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <p>12. a. Onder regie van het NHG en de NVOG stellen de partijen een plan van aanpak op om de kennis en vaardigheid van huisartsen bij het aanmeten van een steunpessarium te vergroten. Dit kan bijvoorbeeld door het gezamenlijk organiseren van symposia, scholing en regionale bijeenkomsten.</p> <p>b. Uit 12a kan mogelijk volgen, dat de partijen gaan onderzoeken of het haalbaar is om het aanmeten en controleren van steunpessarium op te nemen als onderdeel van ketenzorg.</p> <p>13. De partijen zorgen voor de (door)ontwikkeling van kwalitatief goede en begrijpelijke patiëntinformatie, die aansluit bij de richtlijnen over behandelingen met steunpessaria. Partijen zorgen ook voor de ontwikkeling van keuzematerialen die de voordelen, nadelen en kosten van de behandeling in de verschillende lijnen inzichtelijk maken.</p>
<p>Nieuwe situatie</p> <p>50 procent van de vrouwen met prolaps laat het steunpessarium aanmeten in de eerste lijn.</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>Aantal steunpessaria dat in 2017 de tweede lijn wordt aangemeten: 33.101 - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2017 ^{*[5]}</p> <p>Tweedelijnskosten van het aanmeten en plaatsen van pessaria per patiënt in 2017: € 232,45 - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2017 ^{*[5]}</p> <hr/> <p>Eerstelijnskosten voor het aanmeten van een pessarium tot 2014:²⁴ € 28,81 - ZPD/Vektis-declaratiedata, 2014, declaratiecode 13025^{*[5]}</p> <p>Kosten huisartsconsult (voor het plaatsen van een pessarium) in 2018: € 9,59 - ZPD/Vektis-declaratiedata, 2018^{*[5]}</p> <p>Totale eerstelijnskosten voor aanmeten en plaatsen van een pessarium: € 28,81 + € 9,59 = € 38,28,81</p> <hr/> <p>Aantal nieuwe patiënten dat in de eerste lijn een steunpessarium laat aanmeten: 33.101 (=80 procent) - 20.688 (=50 procent) = 12.413</p> <p>Verandering in kosten: 12.413 x (€ 232,45 - € 38,40) = € 2.408.742,65 per jaar wordt bespaard.</p>

* Omdat de declaratiedatasets niet allemaal in dezelfde periode compleet zijn, komen de gebruikte data niet uit hetzelfde jaar.

²⁴ Tot 2014 was de vergoeding € 29. Deze vergoeding is hierna komen te vervallen. Er wordt in de berekening met deze vergoeding gerekend, omdat de huisarts wel extra kosten maakt die momenteel niet goed inzichtelijk kunnen worden gemaakt.

Vervoltraject: UI-behandeling vaker controleren en evalueren

In dit hoofdstuk is één verbetermogelijkheid benoemd, namelijk UI-behandeling in de eerste lijn vaker controleren en evalueren (tabel F.9). De totale jaarlijkse mogelijke verandering in kosten door vaker controleren en evalueren is niet berekend.

Tabel F.9 | UI-behandeling in de eerste lijn vaker controleren en evalueren

Huidige situatie
<ul style="list-style-type: none">• Uit het extern onderzoek o.b.v. SFK-gegevens blijkt, dat 30% van de vrouwen ruim een half jaar urologische spasmolytica gebruikt. Onbekend is, of zij in ieder geval na 3 tot 6 maanden de evaluatie met de 'stop-op-proef' hebben gehad.• Op basis van het extern eerstelijns onderzoek zijn er aanwijzingen dat de 'stop-op-proef' maar in zeer beperkte mate plaatsvindt (1 van de 26 patiënten in het cohort).• Het plasdagboek wordt aanbevolen als evaluatiemiddel, maar op basis van het extern eerstelijns onderzoek kon niet worden bepaald of en hoe vaak dit wordt ingezet als evaluatiemiddel. Wel bleek dat het in beperkte mate wordt ingezet in het diagnostisch proces (verbetermogelijkheid 1, tabel F.1).
Verbeterafspraken
<p>14. De partijen gaan de mogelijkheden onderzoeken voor frequente praktijkevaluatie, bijvoorbeeld binnen farmacotherapeutische overleggen (FTO), waarbij gekeken wordt naar patiënten die langdurig spasmolytica gebruiken (zonder 'stop-op-proef').</p> <p>15. Onder regie van het NHG stellen de partijen een plan van aanpak op om de implementatie te maximaliseren van het plasdagboek als evaluatiemiddel binnen de huisartspraktijk.</p>
Nieuwe situatie
<p>Door de evaluatiemomenten bij urologische spasmolytica verder te implementeren, zal naar verwachting het aantal langdurige gebruikers van urologische spasmolytica afnemen en mogelijk het aantal consulten bij de huisarts per patiënt toenemen. Echter is momenteel onvoldoende bekend hoeveel van de langdurige gebruikers van een urologisch spasmolyticum kunnen stoppen en hoeveel hiervan nu geen 'stop-op-proef' krijgt. Hierdoor is het niet mogelijk om een inschatting te maken van de verandering in kosten.</p>
Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie
n.v.t.

Verbeteringen buiten het zorgtraject: vrouwen meer bewust maken van behandel mogelijkheden

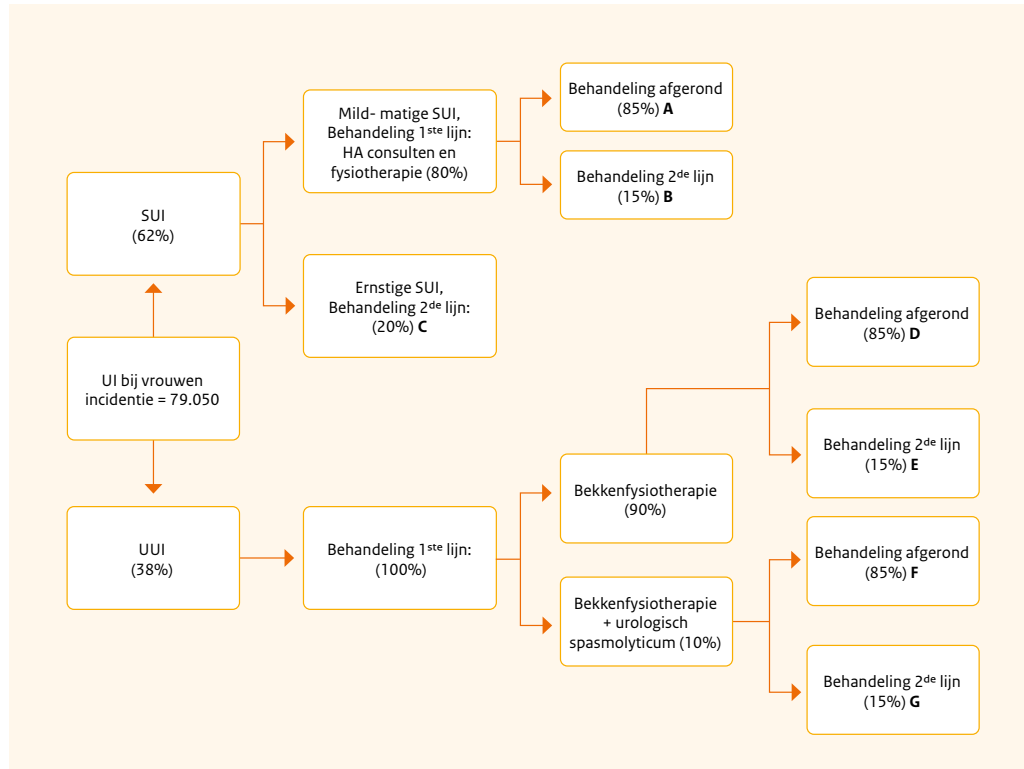
In dit hoofdstuk is één verbetermogelijkheid benoemd, namelijk vrouwen attenderen op de behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten (tabel F.10). Hoe groot de groep vrouwen zal zijn die door de verbeteracties medische hulp zal gaan zoeken, is niet te voorspellen. Daarom is om een indicatie te geven van verandering in de zorgkosten berekend wat er gebeurt als het aan nieuwe patiënten die medische hulp zoeken voor hun UI verdubbeld. De zorgkosten zouden dan met 47,1 miljoen stijgen.

Tabel F.10 | Vrouwen attenderen op de behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten

<p>Huidige situatie</p> <p>In Nederland zijn momenteel 144.500 vrouwen bij de huisarts bekend met UI (ieder jaar komen er 79.050 nieuwe patiënten bij). Volgens de NHG-Standaard 'Incontinentie' komt UI, afhankelijk van de definitie, voor bij een kwart tot ruim de helft van de volwassen vrouwen.</p> <p>In 2019 zijn er 6,9 miljoen vrouwen van 21 jaar en ouder in Nederland. Als een kwart tot de helft van hen UI-klachten heeft, dan zijn dat tussen 1,7 miljoen en 3,4 miljoen vrouwen. Er bestaat dus een grote kloof tussen het aantal vrouwen met UI-klachten dat medische hulp zoekt en die dat niet doet.</p>
<p>Verbeterafspraken</p> <p>16. De partijen maken een plan van aanpak om vrouwen met en zonder al bestaande bekkenbodemplachten te bereiken.</p> <p>17. De partijen inventariseren welke kwalitatief goede en begrijpelijke informatie over bekkenbodemplachten al beschikbaar is, onderzoeken wat de doelgroep wenst en vullen dit aan.</p>
<p>Nieuwe situatie</p> <p>Onbekend is hoeveel vrouwen door de verbeterafspraken medische hulp zullen gaan zoeken. Hierdoor kan geen berekening worden gegeven van het effect op de kosten. Om een indicatie te geven van het effect op de kosten, is berekend wat er met de jaarlijkse zorgkosten gebeurt als twee keer zoveel vrouwen per jaar medische hulp zoeken als momenteel het geval is.</p>
<p>Berekening verandering in zorgkosten in nieuwe situatie</p> <p>Voor deze berekening is voor de mogelijke behandeltrajecten bepaald hoeveel procent van de patiënten momenteel welke zorg krijgt. Hiervoor is gebruikgemaakt van het externe eerstelijns onderzoek^[13], ZPD-Vektis-declaratiedata uit 2017^[15], NIVEL-incidentiegegevens^[4] en wetenschappelijke literatuur^[28] (zie figuur F.1).</p> <p>Voor de kosten per behandeltraject is gebruikgemaakt van ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2017 en 2018** (zie tabel F.10.1).</p> <p>Hierbij is uitgegaan van:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gemiddelde huisartskosten van een vrouw met UI (4 x huisartsconsult is schatting): € 38,36 (€ 9,59 per huisartsconsult) - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2018^[15] Gemiddelde DBC-kosten van een vrouw met een tweedelijnsbehandeling van UI of prolaps in het eerste behandeljaar, inclusief operaties en pessarium plaatsingen: € 1053,49 - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2017^[15] Kosten van negen sessies bekkenfysiotherapie: € 324,00 (€ 36 per sessie) - ZPD/Vektis-declaratiedata uit 2018^[15] Kosten van een behandeling met spasmolytica (Tolterodine, 4 mg per dag, gedurende zes maanden): ~ € 134,68 - Farmacotherapeutischkompas.nl^[29] <p>Als er elk jaar 79.050 nieuwe vrouwen met UI- of prolapsklachten extra bij de huisarts komen, leidt dit tot een verdubbeling in de huidige kosten en stijgen de zorgkosten met € 47,1 miljoen.</p>

*Omdat de declaratiedatasets niet allemaal in dezelfde periode compleet zijn, komen de gebruikte data niet uit hetzelfde jaar.

Figuur F.1 | Flowchart behandeltrajecten nieuwe personen die medische hulp zoeken



Tabel F.10.1 | Overzicht van kosten (in euro's) per behandeltraject

UI type	% van alle UI-types	Aantal patiënten	Behandeling**	Aantal patiënten	Kosten (in euro)					
					Huisarts	Fysio-therapeut	Medicijnen	Ziekenhuis	Per patiënt	Voor totale groep
SUI*	62%	49011	A Alleen eerste lijn (HA + fysio)	33327	38,36	324,00	n.v.t.	n.v.t.	362,36	12.076.545,65
			B Eerste lijn (HA + fysio) + tweede lijn	5881	38,36	324,00	n.v.t.	1053,49	1.415,85	8.327.066,92
			C Direct tweede lijn	9802	38,36	n.v.t.	n.v.t.	1053,49	1.091,85	10.702.532,07
UUI*	38%	30039	D Alleen eerste lijn (HA + fysio)	22980	38,36	324,00	n.v.t.		362,36	8.326.973,01
			E eerste lijn (HA + fysio) + tweede lijn		38,36	324,00	n.v.t.	1053,49	1.415,85	5.741.646,95
			F Alleen eerste lijn (HA + fysio + medicijnen)	2553	38,36	324,00	134,68	n.v.t.	497,04	1.269.099,69
			G eerste lijn (HA + fysio + medicijnen) + tweede lijn	451	38,36	324,00	134,68	1053,49	1.550,53	698.645,56
Totaal	100%	79050		79050					47.142.509,85	

* Inclusief de patiënten die MUI hebben. Deze zijn gelijk verdeeld over de SUI- en UUI-groepen.

** HA = huisarts; fysio = bekkenfysiotherapie; medicijnen = urologische spasmolytica.

Begrippenlijst

Achterwandplastiek	Operatie bij verzakking van de achterwand van de vagina, waarbij de bindweefsellaag tussen endeldarm en vagina wordt hersteld of versterkt.
Blaasdeviatie	Kunstmatig aangelegde opening in de buikwand, waarlangs het mogelijk is urine te laten afvloeien.
Blaasaugmentatie	Vergroten van de blaas met een stuk dunne of dikke darm.
Colposuspensie	Operatie bij stressincontinentie, waarbij de blaashals wordt vastgehecht aan de bindweefselbanden achter het schaambeentje.
FTO	Farmacotherapeutisch overleg.
Laparoscopische sacrocolpopexie	Kijkoperatie om een verzakking van de vaginatop te verhelpen, waarbij een <i>mesh</i> wordt geplaatst.
Laparoscopische ventrale rectopexie	Kijkoperatie om een verzakking van de endeldarm te verhelpen, waarbij een <i>mesh</i> wordt geplaatst.
Mesh	Bekkenbodematje.
MUI	<i>Mixed</i> urine-incontinentie.
Neurogene blaas	Een blaas waarbij de aansturing of de werking door zenuwbeschade verstoord is, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of multiple sclerose.
Onderactieve blaas	Conditie waarbij de patiënt de blaas niet goed meer kan legen.
Pad-test	Test waarbij maandverband wordt gewogen om ongewild urineverlies te meten.
Pessarium	Kunststof ring of kapje voor in de vagina. Deze duwt een verzakking terug.
Sacrospinale ligament fixatie	Operatie bij verzakking van de vaginatop of baarmoeder.
Urologisch spasmolyticum	Medicatie die de spieren van de blaas ontspant.
SUI	Stress urine-incontinentie.
UI	Urine-incontinentie; ongewild urineverlies.
Urodyamisch onderzoek	Onderzoek naar het functioneren van de blaas en de plasbuis.
UUI	<i>Urge</i> urine-incontinentie (drang-incontinentie).
UWI	Urinerweginfectie.
Vaginale hysterectomie	Operatieve verwijdering van de baarmoeder via de vagina.
Voorwandplastiek	Operatie bij verzakking van de voorwand van de vagina, waarbij de bindweefsellaag tussen blaas en vagina wordt hersteld of versterkt.

Literatuurlijst

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2016. Geraadpleegd via <https://icd.who.int/browse10/2016/en>.
2. Zorginstituut Nederland. Systematische analyse Geboortezorg en Zorg bij gynaecologische aandoeningen. 2017.
3. Zorginstituut Nederland. Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN. 2019.
4. Nielen NMJ, Hek K and Schermer TRJ. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2018. 2019. Geraadpleegd via <https://nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfers-aandoeningen-incidenties-en-prevalenties>.
5. Buurman MBR and Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behavior: a qualitative interview study. Scand J Carin Sci 2013; 27(2): 406-13.
6. NHG. Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (tweede herziening). 2015.
7. KNGF. KNGF-richtlijn Stress (urine-)incontinentie. 2017.
8. NVOG. Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen. 2011.
9. NVU. Richtlijn urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg. 2014. Geraadpleegd via <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Urine-incontinentie-voor-de-tweede-en-derdelijnszorg-2.0-22-05-2014.pdf>.
10. NVOG. Prolaps. 2014.
11. EAU. Urinary Incontinence. 2018. Geraadpleegd via <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>.
12. NICE. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. BJU Int 2019; 123:777-803.
13. Blanker M, de Metz J and van der Worp H. Onderzoek naar het eerstelijnszorgtraject van vrouwen met urine incontinentieklachten IVM, UMCG, RUG. 2019.
14. NHG. Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD (ADEPD). 2019.
15. Zorginstituut Nederland op basis van declaratiegegevens van zorgaanbieders verstrekt door de NZa en van zorgverzekeraars verstrekt via Vektis.
16. Van der Zande A, et al. Advies Commissie Governance van Kwaliteitsregistraties. 2019.
17. RIVM. Medische hulpmiddelen: mesh implantaten (matjes). Geraadpleegd via <https://www.rivm.nl/medische-hulpmiddelen/mesh-implantaten>.
18. NVU. Multidisciplinaire richtlijn Neurogene blaas. 2012. Geraadpleegd via https://www.nvu.nl/Portals/_default/Skins/NVU/DocumentHandlerPublic.ashx?id=b7e2b-c3d-af71-e111-8acd-005056b343d5&filename=NEUROGENE%20BLAAS%20RICHTLIJNEN%20over-sie%20q.11%20maart%202012.pdf.
19. Osman NI, Chapple CR, Abrams P, et al. Detrusor underactivity and the underactive bladder: a new clinical entity? A review of current terminology, definitions, epidemiology, aetiology, and diagnosis. Eur Urol 2014; 65: 389-98.
20. ZonMw. Project: Single use vs reusable catheters in intermittent Catheterization for treatment of urinary retention: a Multicenter, Prospective, Randomized controlled, non-inferiority trial (COMPARE). Geraadpleegd via <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/goed-gebruik-hulpmiddelenzorg/single-use-vs-reusable-catheters-in-intermittent-catheterization-for-treatment-of-urinary-retention/>.
21. Zorginstituut Nederland. Advies Verzekerde zorg fysiotherapie en oefentherapie: bekkenfysiotherapie. 2006. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/fysiotherapie-en-oefentherapie-zvw/documenten/adviezen/2006/06/08/pakketadvies-opname-bekkenfysiotherapie-bij-urine-incontinentie-in-de-zorgverzekeringwet>.
22. Zorginstituut Nederland. Attentie voor incontinentie. 2006. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/fysiotherapie-en-oefentherapie-zvw/documenten/adviezen/2006/06/08/pakketadvies-opname-bekkenfysiotherapie-bij-urine-incontinentie-in-de-zorgverzekeringwet>.
23. Amundsen CL, Komesu YM, Chermansky C, et al. Two-Year Outcomes of Sacral Neuromodulation Versus OnabotulinumtoxinA for Refractory Urgency Urinary Incontinence: A Randomized Trial. Eur Urol 2018; 74: 66-73.
24. Amundsen CL, Richter HE, Menefee SA, et al. OnabotulinumtoxinA vs Sacral Neuromodulation on

- Refractory Urgency Urinary Incontinence in Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016; 316: 1366-74.
25. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501-6.
 26. Zorginstituut Nederland. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. 2016. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/02/29/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>.
 27. Depend. Advieskaarten Achmea, CZ, Menzis en VGZ. 2015. Geraadpleegd via <http://depend.apotheekkennisbank.nl/catalog/1>
 28. Labrie J, van der Graaf Y, Buskens E, et al. Protocol for Physiotherapy Or TVT Randomised Efficacy Trial (PORTRET): a multicentre randomised controlled trial to assess the cost-effectiveness of the tension free vaginal tape versus pelvic floor muscle training in women with symptomatic moderate to severe stress urinary incontinence. *BMC Womens Health* 2009; 9: 24.
 29. Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. Tolterodine. Geraadpleegd via <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/t/tolterodine#kosten>.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Sector Zorg
Programma Zinnige Zorg

Contact

Programmasecretariaat Zinnige Zorg
zinnigezorg@zinl.nl
www.zorginstituutnederland.nl

Volgnummer: 2019039141