
Urine-incontinentie

Aan de Minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : aanbieding advies
Uw kenmerk : -
Ons kenmerk : U-1324/EvR/RA/617-B
Bijlagen : 1
Datum : 25 juni 2001

Mevrouw de minister,

In het kader van de doelmatigheidsanalyse van medische verrichtingen (de '126-lijst') bied ik u hierbij het advies 'Urine incontinentie' aan. Het is opgesteld door een commissie, bestaande uit de werkgroep Urine-incontinentie en de Kerncommissie Medical Technology Assessment, en beoordeeld door de Beraadsgroep Geneeskunde.

De commissie wijst er op dat, met name bij relatief jongere patiënten zonder bijkomende kwalen, urine-incontinentie vaak goed te behandelen is. Het is van belang dat hierover adequate voorlichting wordt gegeven en dat huisartsen de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap volgen. Bij oudere patiënten die ook te kampen hebben met andere gebreken, kan behandeling in veel gevallen de kwaliteit van leven verbeteren. Als praktische suggesties voor het vergroten van de mogelijkheid om op tijd een toilet te bereiken, pleit de commissie voor meer openbare toiletten, vooral voor vrouwen. Die aanbeveling onderschrijf ik van harte.

Hoogachtend,
w.g.
prof. dr JJ Sixma

Urine-incontinentie

aan

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 2001/12, Den Haag, 25 juni 2001

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement “voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid” (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer, Sociale Zaken & Werkgelegenheid, en Landbouw, Natuurbeheer & Visserij. De Raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinair samengestelde commissies van—op persoonlijke titel benoemde—Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad: Urine-incontinentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatie nr 2001/12.

Health Council of the Netherlands: Urinary incontinence. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2001; publication no. 2001/12.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 90-5549-375-9

Inhoud

Samenvatting 7

Executive summary 10

-
- 1 Inleiding 13
 - 1.1 De adviesaanvraag 13
 - 1.2 De commissie 14
 - 1.3 Vraagstelling en opzet van dit advies 14
-

- 2 Begripsomschrijvingen 15
 - 2.1 Definitie urine-incontinentie 15
 - 2.2 Vormen van urine-incontinentie 16
 - 2.3 Oorzaken 16
-

- 3 De zorg voor patiënten met urine-incontinentie 18
 - 3.1 Patiënten met een enkelvoudige zorgvraag 19
 - 3.2 Geriatrische patiënten met een complexe zorgvraag 26
-

- 4 Zorggebruik en kosten 32
 - 4.1 Huisarts 32
 - 4.2 Fysiotherapie 33
 - 4.3 Chirurgie 33
-

4.4	Medicatie	34
4.5	Incontinentiemateriaal	35
4.6	Verzorgings- en verpleeghuizen	36
4.7	Indirecte kosten	36
4.8	Schatting totale kosten	36
4.9	Doelmatigheid	36
4.10	Mogelijke verbeteringen	38

5	Verwachte ontwikkelingen	39
5.1	Prevalentie	39
5.2	Behandeling	39
5.3	Zorgvraag	39

6	Aanbevelingen	41
6.1	Patiëntenzorg	41
6.2	Wetenschappelijk onderzoek	42
6.3	Voorwaardelijk beleid	42

Literatuur 44

	Bijlagen	49
A	De adviesaanvraag	50
B	De commissie	52

Samenvatting

In het kader van de doelmatigheidsanalyse van bestaande medische verrichtingen (de ‘126-lijst’) beoordeelt een commissie van de Gezondheidsraad in dit advies de diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie – onwillekeurig verlies van urine – bij volwassenen. De commissie maakt een onderscheid in twee groepen patiënten, te weten patiënten met een enkelvoudige zorgvraag, geen ernstige comorbiditeit en geen grote beperking met betrekking tot activiteiten in het dagelijks leven en geriatrische patiënten met een complexe zorgvraag, meestal meervoudige comorbiditeit en met beperkingen op het gebied van activiteiten in het dagelijks leven en mobiliteit.

Urine-incontinentie is een veel voorkomend probleem. Naar schatting vijf procent van de volwassenen heeft ermee te kampen, waaronder meer dan de helft van de bewoners in verzorgingshuizen en circa 90 procent van die in verpleeghuizen. De kwaal komt bij vrouwen aanzienlijk vaker voor dan bij mannen. Dit is vooral het gevolg van de relatief zwakkere bouw van het afsluitingsmechanisme van de blaas bij vrouwen, waarvan de werking vooral door vaginale bevallingen ook nog eens kan verminderen. Maar er zijn ook vele andere factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van incontinentie. Vooral bij ouderen spelen stoornissen in andere systemen een rol, zoals vermindering van de mobiliteit en de cognitie. Bovendien kunnen er belemmeringen in de omgeving zijn waardoor het toilet niet op tijd bereikt of gebruikt kan worden. Men spreekt dan wel van functionele incontinentie.

Preventie is vooral gericht op het geven van bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining na een bevalling. Het is aangetoond dat dit leidt tot vermindering van de

kans op incontinentie. Naar het preventieve effect van bekkenbodemspieroefeningen tijdens de zwangerschap wordt nog onderzoek gedaan. Over preventieve maatregelen gericht op geriatrische patiënten zijn geen gegevens bekend. Wel zijn er aanwijzingen dat bij ouderen met incontinentie het verminderen van de comorbiditeit, dat wil zeggen, het beperken van niet-urologische stoornissen, de kwaal kan doen verminderen of soms zelfs kan doen verdwijnen. Voorbeelden van niet-urologische stoornissen die incontinentie kunnen doen ontstaan of verergeren, zijn beperkingen in het (voort)bewegen, een achteruitgang van het doelgericht handelen en problemen met de communicatie en de cognitie. Maatregelen om de comorbiditeit te verminderen zouden ook preventief genomen moeten worden.

In Nederland vindt de eerste diagnostiek en behandeling door de huisarts plaats. Er is een NHG-standaard die hiervoor richtlijnen geeft. De commissie benadrukt dat het van belang is deze standaard te volgen. Voor veel patiënten met inspannings(*stress*)-incontinentie, een van de twee belangrijkste types, zullen bekkenbodemspieroefeningen tot een aanzienlijke vermindering van de klachten kunnen leiden, vooral voor de patiënten met een enkelvoudige zorgvraag. Voor patiënten met aandrang(*urge*)-incontinentie, het tweede belangrijke type, is mictietraining de eerst aangewezen behandeling. Instructie over deze oefeningen en training worden in eerste instantie door de huisarts gegeven, maar kunnen ook door de fysiotherapeut worden uitgevoerd.

De behandeling van urine-incontinentie bij patiënten met een complexe zorgvraag verschilt in wezen niet van die van andere patiënten, maar dient ook onderzoek naar en behandeling van comorbiditeit te omvatten. Functionele incontinentie kan in veel gevallen met op zichzelf eenvoudige middelen en ingrepen verminderd worden.

In de praktijk omvat de zorg voor patiënten met een complexe zorgvraag doorgaans het opvangen van urine met incontinentiemateriaal. De commissie meent echter dat alleen bij patiënten die er zelf nadrukkelijk voor kiezen en bij terminale patiënten het vervangen van een actieve behandeling door een meer passieve op zijn plaats is. Het gebruik van verblijfskatheters dient zoveel mogelijk vermeden te worden, tenzij de patiënt, na geïnformeerd te zijn over de risico's, dit verkiest. Verblijfskatheters geven niet alleen een verhoogde kans op infecties van de urinewegen en sepsis, maar ook op letsels en vernauwingen van de urinewegen.

De commissie heeft op grond van de beschikbare informatie, die overigens niet volledig is, een inventarisatie gemaakt van de met urine-incontinentie samenhangende kosten. In het jaar 2000 is ten minste een bedrag van 600 miljoen gulden besteed aan diagnostiek en behandeling. Waarschijnlijk is dit nog een forse onderschatting. De grootste kostenposten zijn de verzorging in verzorgings- en verpleeghuizen en de opvangmaterialen.

De commissie verwacht niet dat vermindering van het gebruik van opvangmateriaal zal leiden tot besparingen, omdat dit hoogstwaarschijnlijk gepaard zal gaan met een toe-

name van de vraag naar zorg, zoals hulp bij toiletbezoek. De winst zit hier vooral in verbetering van de kwaliteit van leven.

De commissie besluit het advies met een aantal aanbevelingen.

Allereerst pleit zij voor bevordering van de implementatie van de bestaande richtlijnen voor huisartsen en fysiotherapeuten en voor het opstellen van zowel transmurale richtlijnen als een gezamenlijke richtlijn van gynaecologen en urologen.

Door personeelskrapte in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt doorgaans alleen opvangmateriaal aangeboden en is er te weinig adequate diagnostiek en behandeling van incontinentie. Voor een groot deel van deze categorie patiënten kan de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeteren door een optimale behandeling.

De commissie pleit, behalve voor voldoende verzorgend personeel ten behoeve van het terugdringen van het incontinentieprobleem in het algemeen, ook voor het opzetten van enkele proefnemingen met de instelling van een incontinentie-verpleegkundige, als specialisatie van de praktijkverpleegkundige. Deze zou in de huisartspraktijk specifiek op urine-incontinentie gerichte taken (bijvoorbeeld diagnostische inventarisatie en het bewaken van therapietrouw) over kunnen nemen. Ook pleit de commissie voor het opnemen van alle vormen van op urine-incontinentie gerichte oefentherapie in de standaardopleiding fysiotherapie, zodat de beschikbaarheid van deze oefentherapie bevordert wordt.

Er is nog veel onbekend, zowel over preventieve maatregelen als over de vraag wat de meest effectieve behandelingen zijn. Daarom zou volgens de commissie wetenschappelijk onderzoek verricht moeten worden naar het belang van de afzonderlijke factoren die bij ouderen met een complexe zorgvraag aan de incontinentie bijdragen, naar de effectiviteit van instructie door de huisarts in vergelijking met intensieve fysiotherapie, naar de effectiviteit van blaastraining met evaluatie op korte en lange termijn en naar de effectiviteit van en de recidiefkans na chirurgische procedures.

Met betrekking tot enkele praktische zaken die van belang zijn voor het verminderen van functionele incontinentie, pleit de commissie voor voldoende hygiënische, veilige, snel bereikbare en gelijkvloerse openbare toiletten, zowel op straat als in openbare gebouwen, stations en winkels, in het bijzonder voor vrouwen. Daarnaast zouden er voldoende mogelijkheden moeten zijn voor thuiswonende patiënten om zich te voorzien van gemakkelijk meubilair (hoog bed, hoge stoelen) en een aangepast gelijkvloers toilet. Ook is het van belang dat er kleding verkrijgbaar is die gemakkelijk te openen en te sluiten is.

Executive Summary

Health Council of the Netherlands: Urinary incontinence. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2001; publication no. 2001/12.

Within the framework of an investigation being carried out into the appropriateness of current medical procedures (the '126-List'), a committee of the Health Council of the Netherlands assesses in this advisory report the current diagnosis and treatment of urinary incontinence – the involuntary loss of urine – in adults.

The committee distinguishes two groups of patients: those with simple health care requirements, suffering no serious comorbidity and no severe constraints upon ordinary daily activity; and geriatric patients requiring complex health care, generally suffering multiple comorbidity and severe constraints upon ordinary daily activities and mobility.

Urinary incontinence is a common problem; an estimated five percent of the adult population has to contend with it, including more than half of retirement home residents and about 90 percent of nursing home residents. The condition is considerably more prevalent in women than in men. This is principally because of the relatively weaker construction of the closure mechanism in the female bladder, whose effectiveness can be even further impaired as a consequence of vaginal deliveries. However, many other factors can also play a role in the development of incontinence. Particularly amongst the elderly, these factors include the impairment of other functions such as mobility or cognition. The environment may also present hindrances which make it harder to reach or use a toilet in time. This is sometimes called functional incontinence.

Current preventive health care consists principally of post-partal pelvic floor muscle and bladder training exercises. It has been shown that this significantly reduces the likelihood of incontinence. Research is still being carried out into the effectiveness of

pelvic floor muscle exercises performed during, rather than after, pregnancy. No data are available on preventive measures for geriatric patients. There are, however, indications that amongst the incontinent elderly incontinence may diminish or even disappear if comorbidity is reduced, i.e., if non-urological disorders are limited. This relates to matters that can lead to or worsen incontinence, such as limitations of movement or mobility, of determined behaviour, of communication or of cognition. These are areas in which preventive measures should also be taken.

In the Netherlands, primary diagnosis and treatment is performed by the patient's general practitioner. There exists an NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap, or Dutch College of General Practitioners) standard for such diagnosis and treatment, and the committee stresses the importance of following it. For many patients with stress incontinence, one of the two important types, pelvic floor exercises will lead to the considerable amelioration of symptoms, particularly for patients with simple health care requirements. For patients with urge incontinence, the second important type, bladder training is the most appropriate treatment. Instruction in these exercises is generally given by the general practitioner, but can also be given by a physiotherapist.

The treatment of urinary incontinence in patients with complex health care requirements does not differ essentially from that of other patients, but should also comprise research into and treatment of the causes of comorbidity. In many instances functional incontinence can be ameliorated by relatively simple and straightforward means.

In practice, medical care for patients with complex health care requirements generally means the provision of incontinence pads to absorb the lost urine. The committee believes, however, that the replacement of active treatment with this more passive form is appropriate only for those patients who expressly desire it, or for terminal patients. The use of permanent catheters should be avoided wherever possible unless the patient, after having been informed of the risk, elects for this option. Permanent catheters carry an increased risk not only of urinary infection, but also of damage to and strictures of the urinary ducts.

On the basis of the (incomplete) information available, the committee has drawn up an inventory of the costs associated with urinary incontinence. In the year 2000 at least NLG 600 million was spent on the diagnosis and treatment of this condition. In all likelihood this figure is a substantial underestimate. The principal costs are generated by health care expenses in retirement and nursing homes, and by the provision of incontinence pads.

The committee does not expect that the reduced use of incontinence pads would lead to any great savings, since it would probably be accompanied by an increase in

care requirements, such as assistance in toileting. In that case, the actual benefit would lie in the improved quality of life of those affected.

The committee concludes its advisory report with a number of recommendations.

Firstly, it urges stimulation of the adoption of existing guidelines for general practitioners and physiotherapists, the creation of transmural guidelines, and the creation of a single set of guidelines for gynaecologists and urologists.

Staffing shortages in home care organisations, retirement homes and nursing homes have encouraged the widespread use of incontinence pads. Concomitantly, there is a comparative lack of proper diagnostic attention and effective incontinence treatment. In this patient category, too, the quality of many sufferers' lives could be considerably improved by the provision of proper treatment.

Besides advocating the employment of more care staff in general, the committee recommends that a number of experimental positions be set up as Incontinence Nurse as a specialisation within clinical nursing. Incontinence Nurses would take over the urinary incontinence-related tasks within general practices (for instance, diagnostic inventories and the supervision of therapeutic attendance). The committee also recommends that all forms of exercise therapy be incorporated into standard physiotherapeutic training, in order to make this form of therapy more widely available.

Much is still unknown about preventive measures and the most effective treatments. In the committee's view, scientific research should be carried out into the importance of the various factors contributing towards incontinence in elderly people with complex health care requirements; the effectiveness of the training provided by a general practitioner as opposed to the training provided by intensive physiotherapy; short-term and long-term evaluations of the effectiveness of bladder training; and the effectiveness (including recurrence rates) of surgical procedures.

The commission also makes a number of practical recommendations directed towards the alleviation of functional incontinence. It urges for the adoption of hygienic, safe, easily accessible and ground-floor public toilets, both on the street and in public buildings, stations and shops, particularly for women. It ought also to be possible for patients living at home to obtain more accommodating furniture (a higher bed, higher chairs) and an adapted, ground-floor toilet. Clothing which is easy to open and close should also be more widely available.

Inleiding

1.1 De adviesaanvraag

In 1993 bracht de Ziekenfondsraad (tegenwoordig College voor Zorgverzekeringen geheten) het advies 'Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen' uit. Daarin werden 126 onderwerpen genoemd waarvoor nadere evaluatie nodig zou zijn, omdat sprake is van:

- vermoedelijk onvoldoende werkzaamheid
- te lage doelmatigheid
- of 'niet-passend' gebruik terwijl daar, gezien de stand van wetenschap, eigenlijk geen reden voor is.

Op 23 november 1994 verzocht de Minister van VWS de Gezondheidsraad om, in overleg met de Ziekenfondsraad, een aantal onderwerpen van de lijst te beoordelen. Na raadpleging van deskundigen rapporteerde de Voorzitter van de Raad op 10 juli 1996 en vervolgens op 5 februari 1997 welke onderwerpen van de zogeheten '126-lijst' voor nadere beoordeling door de Gezondheidsraad in aanmerking komen. De medio 1997 geïnstalleerde Kerncommissie MTA (*Medical Technology Assessment*) heeft tot taak de werkzaamheden voor de geselecteerde onderwerpen van de 126-lijst gericht voort te zetten en te coördineren. Een van die onderwerpen is 'incontinentie'.

1.2 De commissie

Op 27 januari 1999 heeft de vice-voorzitter van de Gezondheidsraad de Werkgroep Urine-incontinentie geïnstalleerd en deze opgedragen een advies over het gelijknamig onderwerp op te stellen in samenwerking met de in 1.1 genoemde Kerncommissie MTA. In het hierna volgende wordt de combinatie van de Werkgroep en de Kerncommissie aangeduid als ‘de commissie’ (zie bijlage B).

1.3 Vraagstelling en opzet van dit advies

De commissie beperkt zich in dit advies tot het vraagstuk van urine-incontinentie bij volwassenen.

Er zijn in Nederland richtlijnen voor behandeling van urine-incontinentie. Desondanks bestaat de indruk dat urine-incontinentie onnodig vaak voorkomt en dat de kwaliteit van zorg verbetering behoeft (ZFR93). De kernvragen in het voorliggende advies zijn:

- Wat is de aard en omvang van de urine-incontinentieproblematiek?
- Komt urine-incontinentie onnodig vaak voor?
- Wat is bekend over de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg in Nederland?
- Zijn er aangrijpingspunten voor verbetering van de zorg?

In hoofdstuk 2 geeft de commissie haar definitie van urine-incontinentie en een korte beschrijving van de verschillende vormen van de ziekte. In hoofdstuk 3 geeft zij een antwoord op de hierboven genoemde kernvragen. De commissie geeft inzicht in het vóórkomen van urine-incontinentie, in de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling en in de toepassing daarvan in de praktijk. Voorts doet zij aanbevelingen voor verbeteringen in de zorg. In hoofdstuk 4 doet de commissie een poging inzicht te krijgen in de met urine-incontinentie gepaard gaande kosten. Dit gebeurt mede aan de hand van gegevens die de commissie ter beschikking zijn gesteld door het College voor Zorgverzekeringen. In hoofdstuk 5 geeft de commissie aan welke ontwikkelingen op het gebied van zorg en in de vraag daarnaar in de toekomst verwacht worden. De commissie besluit het advies in hoofdstuk 6 met haar aanbevelingen.

Begripsomschrijvingen

2.1 Definitie urine-incontinentie

Er zijn verschillende algemene definities voor urine-incontinentie in gebruik. De meest gangbare algemene definities zijn die van de International Continence Society (ICS90):

onwillekeurig verlies van urine dat een sociaal of hygiënisch probleem vormt en dat objectief kan worden aangetoond

en die van Thomas (Tho80):

twee of meer keren per maand onwillekeurig verlies van urine op onregelmatige plaatsen en momenten, ongeacht de hoeveelheid van de verloren urine.

Deze laatste definitie is overgenomen in de NHG-standaard *Incontinentie voor urine* (Lag95) en wordt ook door deze commissie gehanteerd.

Bedacht moet worden dat urine-incontinentie meestal niet alleen een stoornis op orgaanniveau is, maar dat diverse andere factoren ook een rol kunnen spelen.

2.2 Vormen van urine-incontinentie

Er zijn drie belangrijke vormen van urine-incontinentie: inspannings(*stress*)-incontinentie, aandrang(*urge*)-incontinentie en gemengde incontinentie. Andere vormen, te weten re-

flex- en overloopincontinentie, komen minder frequent voor. Zij zijn daarom, gegeven het primaire doel van dit advies – een evaluatie van de doelmatigheid van het gebruik van beschikbare middelen – van minder belang. Dat wil echter niet zeggen dat de zorg voor de betreffende patiënten minder aandacht behoeft. De commissie beperkt zich in dit advies tot de drie eerstgenoemde vormen van urine-incontinentie.

De term *stress*-incontinentie staat voor zowel een symptoom als een diagnose. Het symptoom geeft aan dat urineverlies optreedt op momenten van intra-abdominale drukverhoging, zoals hoesten, lachen, tillen en niezen. In de (urodynamische) diagnostiek duidt de term op een periode waarin de druk in de blaas de druk in de urethra overschrijdt waardoor urineverlies optreedt, hoewel er geen sprake is van contractie van de *musculus detrusor*, de spier die onder normale omstandigheden door samen te trekken de blaas ledigt.

Urge-incontinentie is een symptoom. De patiënt met deze vorm van incontinentie kan de plas bij mictie-aandring onvoldoende ophouden en verliest dan, veelal op weg naar het toilet, urine. Dit kan, maar hoeft niet, te berusten op instabiliteit van de *detrusor*. Detrusorinstabiliteit is contractie van de *musculus detrusor*, spontaan of bij provocatie, gedurende de vulfase van de blaas terwijl men de mictie probeert tegen te houden.

2.3 Oorzaken

Stress-incontinentie treedt op als het afsluitmechanisme van de blaas tekort schiet en dit wordt merkbaar als de druk in de buik hoger wordt. Het afsluitmechanisme van de vrouw is door haar anatomische bouw veel kwetsbaarder dan dat van de man. Vrouwen hebben niet, zoals de man, een aparte kringspier die de urethra afsluit, maar bij hen wordt de blaas alleen afgesloten door glad en dwarsgestreept spierweefsel rond het eerste gedeelte van de urethra. De bekkenbodempieren met bindweefsellagen zorgt daarna voor een verdere afsluiting. Een belangrijke oorzaak van *stress*-incontinentie is aangeboren zwakte van de bekkenbodempieren en ligamenten, die meestal nog verergerd wordt door zwangerschap en vaginale bevalling (Han96). Vooral een langdurige uitdrijving en het gebruik van de verlostang zijn berucht om hun beschadigingen van de neuromusculaire functie van bekkenbodempieren en sluitspiers. Oestrogeen deficiëntie kan leiden tot verlies van steunweefsel rond de urethra, waardoor de afsluitende werking vermindert (Car95). Ook na verwijdering van de baarmoeder wordt vaker incontinentie gezien (Lag91a). Door deze factoren is *stress*-incontinentie in hoofdzaak een aandoening van vrouwen. Ook oorzaken van een chronisch verhoogde intra-abdominale druk zoals bij vetzucht, chronische obstipatie en hoesten ten gevolge van chronisch obstructieve longaandoeningen vergroten de kans op het ontstaan van *stress*-incontinentie (Kok91,

Lag90). Bij de man komt *stress*-incontinentie voornamelijk voor na een trans-urethrale verwijdering van de prostaat.

Urge-incontinentie is het gevolg van een verstoring van de mictiereflex. Blaasontstekingen of urogynaecologische operaties worden als oorzaken van het ontstaan van *urge*-incontinentie gezien. Angst voor incontinentie leidt tot vaak plassen en onderhoudt de incontinentie. Ook belemmeringen in het leegstromen van de blaas, geneesmiddelen met een sympatisch of parasympatisch effect, cafeïne, roken, alcohol en psychische factoren kunnen via de autonome innervatie van de blaas het continentiemechanisme beïnvloeden (Abr00, Fan96b).

Gemengde incontinentie is een combinatie van *stress*- en *urge*-incontinentie en kent dan ook dezelfde oorzaken.

Met het ouder worden gaan aandoeningen van het zenuwstelsel een belangrijkere rol in het ontstaan van incontinentie spelen. Ook aandoeningen buiten het urogenitale systeem kunnen op oudere leeftijd leiden tot incontinentie (Coo93, Dio90). Het verlies van coördinatie en cognitieve functies kan een belangrijke rol spelen, evenals beperkingen in de mobiliteit, waardoor men het toilet niet meer op tijd kan bereiken. Men spreekt dan wel van functionele incontinentie, vaak voorkomend in combinatie met een *stress*- of *urge*-component.

De zorg voor patiënten met urine-incontinentie

Urine-incontinentie is een veel voorkomend probleem, naar schatting vijf procent van de volwassenen heeft ermee te kampen (Lag90, OBr91, Rek92), waaronder meer dan de helft van alle bewoners in een verzorgingshuis en 90 procent van de verpleeghuisbewoners (Val99). De sociale gevolgen kunnen vooral op oudere leeftijd groot zijn. Soms weerhoudt schaamte mensen ervan om hulp te vragen, vaker vinden patiënten dat het (nog) niet erg genoeg is om een dokter te raadplegen. Slechts de helft van alle incontinentie-patiënten zoekt professionele hulp (Lag90).

Het is niet bekend of, wanneer patiënten met klachten van urine-incontinentie naar de huisarts gaan of zich tot verpleegkundigen wenden, de aanpak van de hulpverleners adequaat is. Er zijn in Nederland diverse standaarden voor urine-incontinentie. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft er twee gepubliceerd: *Incontinentie voor urine* (nr. M46) (Lag95) en *Bemoeilijke mictie bij oudere mannen* (nr. M42) (Klo97). Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie heeft recent de richtlijn *Stress urine-incontinentie* opgesteld (Ber98a). Daarnaast zijn er vele lokale standaarden of richtlijnen in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook in het buitenland zijn standaarden verschenen. Twee van de belangrijkste en meest recente zijn de standaard uit 1996 van het Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) in de Verenigde Staten (Fan96b) en de consensus uit de Lancet (Abr00). Beide geven een uitgebreid overzicht van methoden voor diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie bij volwassenen. Het is de vraag hoe deze standaarden en richtlijnen in de praktijk worden opgevolgd. Deze vraag klemmt te meer omdat patiënten met urine-incontinentie in de meeste gevallen goed geholpen en vaak genezen kunnen worden.

De commissie benadert de vragen, zoals genoemd in hoofdstuk 1, vanuit verschillende categorieën van patiënten. Tussen deze categorieën bestaan grote verschillen in, bijvoorbeeld, prevalentie, noodzaak van en mogelijkheden voor diagnostiek, therapie en preventie.

Op grond van praktische overwegingen komt de commissie tot de volgende tweedeling:

- patiënten met een enkelvoudige zorgvraag, geen ernstige comorbiditeit en geen grote beperking met betrekking tot activiteiten in het dagelijks leven; de meeste van deze patiënten zijn niet geïnstitutionaliseerd
- geriatrische patiënten met een complexe zorgvraag, meestal meervoudige comorbiditeit, met beperkingen op het gebied van activiteiten in het dagelijks leven en mobiliteit, die al dan niet geïnstitutionaliseerd zijn.

Met betrekking tot de informatie over prevalentie moet bedacht worden dat de gegeven getallen sterk afhankelijk zijn van de in de onderzoeken gehanteerde definities voor urine-incontinentie.

3.1 Patiënten met een enkelvoudige zorgvraag

3.1.1 Prevalentie

Eén op de vier volwassen vrouwen jonger dan 65 jaar leidt aan urine-incontinentie, bij circa zeven procent treedt dit dagelijks op (Lag90, Rek92). Van deze groep vrouwen lijdt 60 procent aan *stress*-incontinentie, 16 procent aan *urge*-incontinentie, 18 procent aan gemengde incontinentie en zes procent aan overige vormen van incontinentie (Lag90). Incontinentie bij mannen jonger dan 65 jaar is zeldzaam (OBr91).

Rekers (Rek92) en Kok (Kok91) kwamen voor dagelijks verlies van urine tot een prevalentie van 14 procent bij zelfstandig wonende vrouwen ouder dan 65 jaar. Van de mannen boven de 65 jaar is 5-7 procent dagelijks incontinent.

In totaal gaat het in Nederland, volgens een enquête van het CBS, voor beide geslachten en alle leeftijden om circa 650 000 incontinentie patiënten (CBS90).

In een recent Nederlands onderzoek bij thuiswonende vrouwen tussen 45 en 70 jaar bleek de prevalentie hoger te zijn: 57 procent, waarvan 29 procent *stress*-incontinentie, 5 procent *urge*-incontinentie en 23 procent gemengde *stress/urge*-incontinentie (Vaa00). Het verschil met uitkomsten van eerdere onderzoeken kan deels verklaard worden door de gebruikte definitie: ‘wel eens’ verlies van urine. Oudere mannen lijden vooral aan *urge*-incontinentie en overige vormen van incontinentie. Opvallend is, dat slechts zes procent van de vrouwen met urine-incontinentie aangaf hiervan veel hinder te ondervinden. Dit waren vooral patiënten met *urge*- en gemengde urine-incontinentie.

Dit percentage komt overeen met in ander onderzoek gevonden cijfers (Lag90). Een klein percentage patiënten geeft aan ernstig te lijden onder urine-incontinentie, het merendeel van de patiënten heeft een manier gevonden om er mee om te gaan.

De meest recente gegevens over urine-incontinentie in de huisartspraktijk komen uit de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie (CMR). Door de omvang van de populatie en de regionale gebondenheid van de registratie is voorzichtigheid geboden met de generalisatie van de gegevens naar heel Nederland. Gegevens op nationaal niveau zijn in 1988/1989 verzameld in het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (NIVEL), maar de commissie acht deze gegevens te gedaateerd (Foe90). Recente gegevens uit de thans lopende tweede Nationale Studie komen naar verwachting eind 2001 beschikbaar.

Uit de CMR-gegevens blijkt dat er de afgelopen jaren zowel in de prevalentie als de incidentie vrijwel geen veranderingen zijn opgetreden. De prevalentie laat in de CMR in de periode 1993-1998 een lichte stijging zien van 3,1 naar 3,6 procent voor vrouwen en van 1,8 naar 1,9 procent voor mannen. De incidentie daalde daarentegen licht van 0,9 naar 0,8 procent voor vrouwen, en van 0,9 naar 0,3 procent voor mannen. Mannen onder de 65 jaar consulteren zelden de huisarts voor urine-incontinentie. Als in de klachtenpresentatie het prostaatlijden prevaleert boven de incontinentie, wordt in de CMR prostaatlijden genoteerd. Wellicht is een deel van de incontinentieklachten bij mannen daarom gecodeerd onder mictieklachten ten gevolge van prostaatlijden en leveren de cijfers voor mannen zodoende een onderschatting. De kwantitatief belangrijkste groep patiënten met urine-incontinentie in de huisartspraktijk bestaat uit vrouwen van 45 jaar en ouder (figuur 1).

Via extrapolatie van de CMR-gegevens kan worden geschat dat in Nederland jaarlijks ongeveer 64000 nieuwe patiënten de huisarts consulteren voor urine-incontinentie en dat 96 procent van hen vrouw is. Ongeveer 313 000 patiënten die in enig jaar de huisarts consulteren, staan bij deze al langer geregistreerd met incontinentieklachten. Van hen is ook weer de meerderheid vrouw (94 procent).

3.1.2 *Medische zorg – stand van kennis*

Preventie

Er zijn de commissie geen systematische reviews of gerandomiseerde klinische onderzoeken (*randomized clinical trials*, RCT's) bekend waarin de effecten van preventieve interventies, gebaseerd op de in 2.3 genoemde etiologische factoren, zijn aangetoond.

Een (niet-gerandomiseerd) onderzoek wijst er op dat intensieve bekkenbodemspieroefeningen tijdens de zwangerschap *stress*-incontinentie na de bevalling kunnen voorkomen (Wil96). Momenteel wordt in Nederland een RCT hiernaar uitgevoerd.

Blijkens enkele recente RCTs geven bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining na de bevalling na één jaar een significante vermindering van het aantal vrouwen met *stress*-incontinentie (Gla98, Mør00).

Diagnostiek

In Nederland vindt de eerste diagnostiek en behandeling van patiënten in deze categorie door de huisarts plaats. Er is een NHG-standaard, die de commissie aanbeveelt (Lag95). Conform deze standaard worden in de anamnese vragen gesteld naar het type, de ernst en de beleving van het urineverlies, alsmede naar de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. Verder worden aanvullende vragen naar uitlokkende momenten en andere gerelateerde klachten en symptomen gesteld.

Op basis van de anamnese kan meestal het type incontinentie vastgesteld worden. Indien het verlies van urine uitsluitend optreedt tijdens drukverhogende momenten en de urine bij aandrang goed opgehouden kan worden, stelt de huisarts de diagnose *stress*-incontinentie. Indien het verlies van urine uitsluitend optreedt in aansluiting op sterke aandrang, is er sprake van *urge*-incontinentie. Indien het verlies van urine zowel optreedt tijdens drukverhogende momenten als tijdens aandrang is er sprake van gemengde incontinentie. Andere patronen van incontinentie wijzen op de aanwezigheid van pathologie waarvoor specialistisch onderzoek vereist is. De aanwezigheid van bepaalde neurologische aandoeningen, zoals wervelkolombeschadigingen, kan een aanwijzing vormen voor reflexincontinentie. Continu verlies van kleine hoeveelheden urine wijst in de richting van een overloopblaas ten gevolge van, bijvoorbeeld, een vergrote prostaat, of nog zeldzamere oorzaken, zoals een fistel.

Bij onduidelijkheid over het mictiepatroon wordt de patiënt gevraagd een mictie-dagboek bij te houden. In een dergelijk dagboek tekent de patiënt de tijdstippen van aandrang, van mictie en van nat worden aan en wordt tevens de activiteit aangeduid waarbij de patiënt nat werd. Het verheldert het inzicht in type en ernst van de incontinentie en kan tevens een bijdrage leveren aan het opsporen van bijzondere vormen van incontinentie.

Als lichamelijk onderzoek wordt bij vrouwen een algemeen gynaecologisch onderzoek verricht, waarbij specifiek op de conditie van de bekkenbodem gelet wordt alsmede op aanwijzingen voor een utero-vaginale verzakking (prolaps). Bij mannen wordt de prostaat beoordeeld.

Omdat *urge*-incontinentie en gemengde incontinentie de belangrijkste symptomen kunnen zijn van een urineweginfectie, blaasstenen of een blaastumor, wordt bij deze vormen van incontinentie de aanwezigheid van dergelijke aandoeningen onderzocht.

Behandeling bij *stress*-incontinentie

Oefentherapie van de bekkenbodemspieren

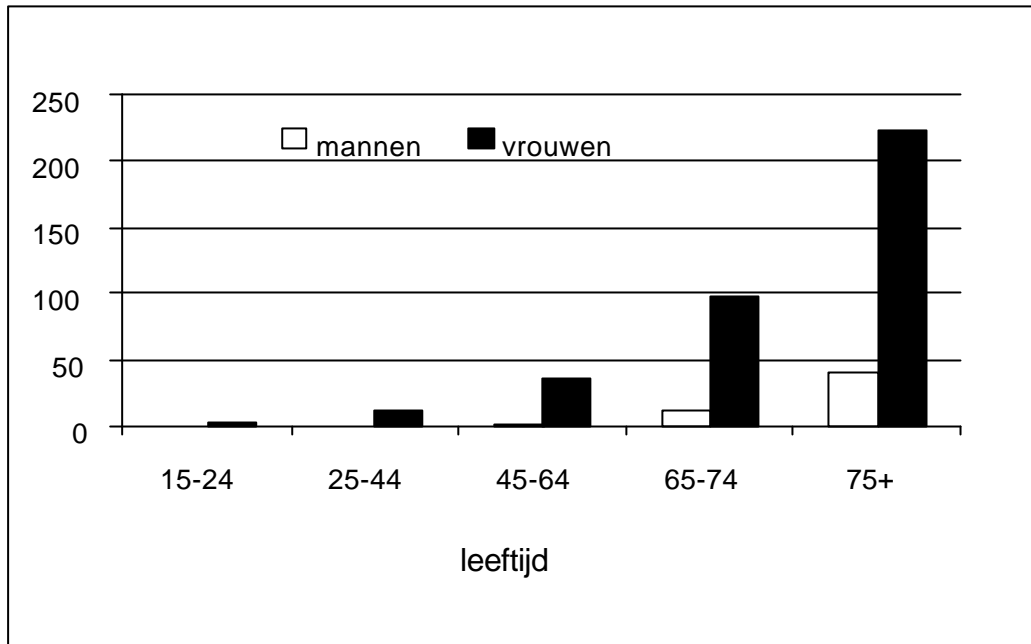
Bekkenbodemspieroefeningen zijn bij *stress*-incontinentie de eerste keus voor behandeling. Tot nu toe is er één systematische review verschenen over 11 acceptabele RCT's naar behandeling van *stress*-incontinentie door middel van bekkenbodemspieroefeningen. Per onderzoek is bekeken of er in iedere groep ten minste 50 deelnemers waren met een adequate randomisatie en blinding, een uitval van minder dan 10% en geschikte meetinstrumenten (Ber98b). De conclusie is dat bekkenbodemspieroefeningen werkzaam zijn bij 60-70% van de vrouwelijke patiënten.

In twee RCT's zijn bekkenbodemspieroefeningen vergeleken met het achterwege laten van behandeling. In het eerste onderzoek werd door de huisarts in de praktijk instructie gegeven over de oefeningen. De incontinentie nam door deze aanpak aanzienlijk af (Lag91b). De verbetering bleef ook na vijf jaar bestaan (Lag98). De andere RCT, bij zelfstandig wonende ouderen, bevestigde het gunstig effect van oefentherapie (Bum93).

Blijkens een recente RCT zou groepsgewijze fysiotherapeutische behandeling even effectief kunnen zijn als een individuele behandeling (Jan00). Eerder was al een gunstig effect gerapporteerd van een groepsgewijze aanpak door gespecialiseerde verpleegkundigen (OBr91). Nader onderzoek moet uitwijzen of het effect van oefentherapie onafhankelijk is van de beroepsgroep die de instructie geeft en onafhankelijk van een groepsgewijze of individuele benadering. De effectiviteit van de oefentherapie van de bekkenbodemspieren hangt in belangrijke mate af van de motivatie en therapietrouw van de patiënt. *Biofeedback* leidt op zich niet tot betere resultaten dan oefentherapie, maar het lijkt er op dat de verbetering sneller bereikt wordt (Ber96). Oefeningen met intravaginale kegeltjes geven ten opzicht van gewone oefentherapie geen verbetering (Ber98b).

Het is bij gebrek aan trials van voldoende grootte nog onduidelijk of elektrische stimulatie van de bekkenbodem tot betere resultaten leidt dan bekkenbodemspieroefeningen alleen (Ber98b, Bø98). In Nederland wordt elektrische stimulatie slechts sporadisch toegepast.

Bekkenbodemspieroefeningen zouden de therapie van eerste keus moeten zijn na een prostaatverwijdering. In een recent onderzoek is aangetoond dat hiermee vooral tijdens de eerste maanden na de ingreep de meeste winst te behalen is (Kam00).



Figuur 1 Prevalentie van urine-incontinentie in de huisartspraktijk, 1998. (Aantallen per 1000 patiëntjaren. Bron: Lis00.)

Medicatie

Er zijn geen bewijzen dat oestrogensuppletie bij post-menopauzale vrouwen *stress*-incontinentie verbetert. In een systematische review, die zes gerandomiseerde en 17 ongerandomiseerde onderzoeken bestudeerde, is geconcludeerd dat deze therapie geen objectieve verbetering brengt (Fan94). Ook in twee later gepubliceerde RCT's is geen verschil gevonden tussen met oestrogenen behandelde vrouwen en de placebogroep in geval van *stress*-incontinentie (Fan96a, Jac97).

Chirurgie

Er is een groot aantal operaties en varianten hierop beschreven ter behandeling van *stress*-incontinentie bij de vrouw. Al deze operaties hebben tot doel om de positie van de urethra, in het bijzonder tijdens momenten van drukverhoging, te stabiliseren en minder te laten 'uitzakken'. De operaties kunnen zowel abdominaal als vaginaal, of langs beide toegangswegen gelijktijdig worden uitgevoerd. De meest gangbare operaties zijn de colposuspensie (Burch), de naaldsuspensie (Stamey, RAZ), de Slingoperatie en de vaginale voorwandplastiek.

Er is een groot gebrek aan RCT's met betrekking tot de evaluatie van chirurgie bij *stress*-incontinentie (Abr00). Black en Downs concluderen in een systematische review

dat de methodologische kwaliteit van onderzoeken naar de effectiviteit van operaties laag is (Bla96).

Desondanks wordt de colposuspensie volgens Burch algemeen gezien als de meest gangbare ingreep met een langetermijnsucces (meer dan vijf jaar) variërend van 55 tot 90 procent (gemiddeld 82 procent) (Coo99). Gemiddeld komen in 18 procent van de gevallen complicaties voor (wondinfectie, *de novo* detrusor-instabiliteit en *de novo* prolaps). Deze ingreep wordt ook in Nederland het meest frequent uitgevoerd. De Slingoperatie heeft meer bijwerkingen (vooral retentie) en wordt in Nederland beduidend minder uitgevoerd. De naaldsuspensie is, na enkele jaren populair te zijn geweest, door het relatief lage succespercentage in diskrediet geraakt. De voorwandplastiek wordt bij forse voorwandprolaps (cystocele) in combinatie met *stress*-incontinentie toegepast.

Sinds een aantal jaren bestaat er een nieuwe variant op de Slingtechniek, de TVT (*Tensionfree Vaginal Tape*). Deze wordt sinds 1997 toegepast in Nederland en neemt op dit moment snel in populariteit toe. De resultaten op korte termijn zijn veelbelovend, maar die op lange termijn nog onvoldoende duidelijk (Ulm96). Momenteel loopt een landelijk onderzoek naar deze ingreep.

Behandeling bij *urge*-incontinentie

Mictietraining

Mictietraining (waarvan blaastraining en oefentherapie deel uitmaken) is de behandeling van eerste keus bij *urge*-incontinentie: vaak helpt de behandeling en er zijn geen bijwerkingen. Deze training kent vele variaties, maar bestaat meestal uit uitleg, beheersing van de plasreflex, klokplassen en blaascapaciteitstraining. Dit laatste houdt uitstel van de mictie bij aandrang in. Een recente Cochrane-evaluatie, gebaseerd op vijf RCT's, geeft aanwijzingen dat blaastraining op de korte termijn effectief is als behandeling bij detrusor-instabiliteit (Ber00, Roe99). Ook elektrische stimulatie lijkt een goede behandelingsvorm voor de overactieve blaas (Ber00, Yam00).

Er zijn te weinig kwalitatief goede RCT's voorhanden om de effecten van blaastraining op lange termijn vast te stellen. De uitkomsten van enkele onderzoeken wijzen in de richting van een vermindering van de effectiviteit in de loop van de tijd (Fan91, Lag98, Wym97).

Medicatie

Anticholinergica, in het bijzonder oxybutinine en tolterodine, lijken effectief, maar er zijn ter zake weinig goede RCT's verricht (Ano94a). Hun toepassing wordt beperkt door de

grote mate van bijwerkingen, met name droge mond en accommodatiestoornissen (Ano94b).

Combinaties van therapieën, bijvoorbeeld bekkenbodemoefeningen en blaastraining of medicatie, worden veelvuldig toegepast. Systematisch onderzoek naar combinatietherapieën is slechts beperkt verricht (Szo95) en leverde geen duidelijke conclusies op.

Verwijzing

De huisarts verwijst patiënten bij wie onduidelijkheid blijft bestaan over het type incontinentie en mannen jonger dan 65 jaar zonder aanwijsbare oorzaak van de incontinentie, voor nadere diagnostiek of verdere behandeling door naar een medische specialist (Lag95). Ook wordt verwezen bij evidente pathologie zoals een reflex- of overloopincontinentie, bij een hematurie, bij gynaecologische problematiek zoals een ovariumtumor, een grote *uterus myomatosus* en een forse verzakking van de baarmoeder. Als met conservatieve therapie geen verbetering wordt bereikt, of de patiënt ontevreden is met het resultaat, wordt eveneens verwezen, liefst naar een samenwerkingsverband tussen uroloog en gynaecoloog.

3.1.3 *Medische zorg – de praktijk*

Preventie

Er zijn geen gestructureerde preventieprogramma's. Wel hebben incidentele landelijke preventieprogramma's plaatsgevonden (bijvoorbeeld een Teleac-cursus) en bestaan er diverse lokale zwangerschaps cursussen ter versterking van de bekkenbodemspieren en ter preventie van urine-incontinentie na de bevalling.

Diagnostiek

In welke mate de diagnostische aanbevelingen van de NHG-standaard in de praktijk door huisartsen worden toegepast wordt momenteel voor patiënten ouder dan 60 jaar onderzocht.

Behandeling

Urine-incontinentie is in hoofdzaak een klacht van vrouwen en van ouderen. Er zijn, zoals de commissie heeft aangegeven, goede standaarden waarin is aangegeven welke behandeling op grond van de diagnostische bevindingen gegeven dient te worden. Met

het navolgen van deze standaarden is een optimale behandeling gewaarborgd, waarbij altijd met de wens van de patiënt rekening dient te worden gehouden.

Behandeling door de huisarts, waarbij deze door middel van het vaginaal *toucher* de patiënte instrueert met betrekking tot het aanspannen van de bekkenbodemspieren, is effectief (Lag91a) en vraagt verreweg de minste kosten. Het is onbekend hoeveel huisartsen aldus te werk gaan. De algemene werkbelasting van de huisarts kan een belemmering zijn voor deze gestructureerde aanpak.

Een mogelijk struikelblok is het tekort aan aandacht in de behandeling voor therapietrouw. Hoe consequenter en vaker de oefeningen thuis door de patiënten uitgevoerd worden, des te groter is immers het effect van de therapie. Motivatie van zowel patiënt als behandelaar is van doorslaggevende betekenis voor het succes van de therapie (Ber96, Lag94).

Er zijn de commissie geen gegevens bekend over het aantal patiënten die wegens incontinentie naar een fysiotherapeut verwezen worden. De gegevens hierover uit de eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk zijn, zoals gezegd, te gedateerd, terwijl die uit de tweede Nationale Studie nog niet bekend zijn. Er is geen onderzoek verricht waarin de aanpak van de huisarts volgens de standaard is vergeleken met intensieve fysiotherapeutische behandeling, al dan niet in groepsverband.

Mogelijke verbeteringen

Als knelpunten signaleert de commissie de mogelijk gebrekkige implementatie van de bestaande richtlijnen en het ontbreken van een gezamenlijke richtlijn van gynaecologen en urologen. Een oplossing voor de werkdruk van de huisarts kan gevonden worden in het delegeren van de controle en de aandacht voor de therapietrouw naar een praktijkverpleegkundige, zoals dat ook voor andere aandoeningen in de huisartspraktijk gebeurt.

De commissie beveelt aan dat artsen die doorverwijzen naar een fysiotherapeut, dat doen naar een fysiotherapeut die deskundig is in het behandelen van incontinentie patiënten. Zij tekent hierbij wel aan dat nog te weinig fysiotherapeuten in hun opleiding adequate, op bekkenbodempromblematiek gerichte kennis krijgen aangeboden.

3.2 Geriatrische patiënten met een complexe zorgvraag

De commissie spreekt van een complexe zorgvraag als een patiënt (mede) vanwege aandoeningen en stoornissen buiten de blaas voldoende controle over de mictie mist. Men kan dan spreken van functionele incontinentie. Deze patiënten kunnen daarnaast stoornissen van de urinewegen hebben die eveneens bijdragen aan het ontstaan van incontinentie.

De patiënten kunnen thuis, in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis verblijven. Het percentage incontinentie ouderen in verpleeghuizen is, zoals gezegd, hoger dan dat in verzorgingshuizen of thuis. Het is echter onduidelijk in hoeverre urine-incontinentie, op zichzelf of in samenhang met andere factoren, aan de indicatiestelling voor of het besluit tot opname in een verzorgings- of verpleeghuis bijdraagt.

3.2.1 *Prevalentie en incidentie*

Veel van de patiënten met een complexe zorgvraag wonen thuis. Uit Nederlandse gegevens kan afgeleid worden dat van de 650 000 te traceren incontinentie patiënten tenminste eenderde ook andere aandoeningen heeft die incontinentie kunnen uitlokken of verergeren (Coo93, Sta98, Val99). Uit deze gegevens is echter niet te achterhalen of al deze patiënten een complexe zorgvraag hebben

Waarschijnlijk is het getal van 650 000 patiënten een onderschatting, omdat cognitieve stoornissen in de eerder genoemde CBS-enquête (CBS90) niet zijn opgenomen. Ook de internationale prevalentiegegevens van thuiswonenden bieden hier geen uitsluitel. Bij geïnstitutionaliseerde patiënten met incontinentie varieert de prevalentie van 27 tot 90 procent (Val99) afhankelijk van wat men precies onder incontinentie verstaat en van de mate waarin incontinentie een criterium is voor opname.

3.2.2 *Medische zorg – stand van kennis*

Preventie

Over primaire preventie van urineverlies bij mensen met een complexe zorgvraag is niets bekend. Wel is er sporadische informatie over secundaire preventie, met name met betrekking tot de beïnvloeding van comorbiditeit. Bij ouderen met incontinentie is er meer comorbiditeit, vooral als zij geïnstitutionaliseerd zijn (Coo93, Dio90, Pee95, Wel87). Het betreft dan zaken die incontinentie kunnen doen ontstaan of verergeren, zoals beperkingen in het (voort)bewegen, het van lichaamshouding kunnen veranderen, het doelgericht handelen, de communicatie, de conditie en de cognitie. Deze kunnen samenhangen met tal van aandoeningen, zoals artrose, neurologische stoornissen (CVA, ziekte van Parkinson, diabetes) en cognitieve stoornissen. Er zijn aanwijzingen uit niet-gerandomiseerd onderzoek dat het beperken van deze niet-urologische stoornissen de incontinentie kan doen verminderen of soms zelfs verdwijnen (Pan88, Res95).

Diagnostiek

De anamnese heeft bij patiënten met een complexe zorgvraag altijd ook betrekking op het zelfstandig functioneren, bepaald door cognitie, mobiliteit en communicatie. Beperkingen hierin kunnen zowel tot incontinentie voor urine als voor ontlasting leiden. Mede voor het beoordelen van de gevolgen van incontinentie voor de patiënt en voor diens omgeving, is een hetero-anamnese, afgenomen bij verzorgers, doorgaans onmisbaar. Voorts zoekt men gericht naar aandoeningen die incontinentie kunnen veroorzaken en nog niet eerder bekend waren. Bovendien let men op bijwerkingen van de gebruikte medicatie.

Het lichamenlijk onderzoek dient ter objectivering van het niveau van functioneren en richt zich op het opsporen van relevante aandoeningen buiten de urinewegen. Aanbevolen wordt urineretentie uit te sluiten, evenals fecale indikking. In zorginstellingen is echoscopie van de blaas een beter alternatief om retentie uit te sluiten dan eenmalige katheterisatie (Abr00, Fan96b, Ous95a, Szo95). Aanvullend onderzoek, zoals laboratorium- en beeldvormend onderzoek, kan bij deze patiënten geïndiceerd zijn. Het nut ervan is echter niet in gerandomiseerd onderzoek aangetoond. Urodynamisch onderzoek is alleen zinvol als de resultaten invloed kunnen uitoefenen op de behandeling, zoals bij patiënten bij wie chirurgisch ingrijpen wordt overwogen. Bovendien wordt de mate van aanvullend onderzoek mede bepaald door de last die de patiënt en verzorgers van de incontinentie hebben, de motivatie en medewerking van de patiënt, de prognose en de levensverwachting van de patiënt (Abr00, Fan96b, Res95).

Behandeling

Ook bij ouderen kan de kwaliteit van leven verbeteren na behandeling van incontinentie (Fon95, Wym97). Meestal kunnen op grond van anamnese, lichamenlijk onderzoek en beperkt aanvullend onderzoek eerst uitlokkende factoren aangepast worden. Men denke daarbij bijvoorbeeld aan het saneren van medicatie, laxeren, verbetering van de mobiliteit en behandeling van stemmingsstoornissen of een verwardheidstoestand, en het gemakkelijker bereikbaar maken van het toilet (of het verstrekken van een po-stoel). Ook het behandelen van blaasstoornissen kan leiden tot een belangrijke verbetering. Deze behandeling verschilt niet wezenlijk van de behandeling van incontinentie patiënten in het algemeen. De motivatie van de oudere patiënt en de nog te verwachten levensduur zijn in hoge mate bepalend voor het verdere beleid (Abr00, Fan96b, Res95).

Bij de behandeling van blaasfunctiestoornissen verdienen niet-medicamenteuze interventies de voorkeur, omdat de huidige anticholinerge medicatie bij ouderen belangrijke bijwerkingen geeft. Blaastraining en bekkenbodemoefeningen kunnen ook bij ouderen met een complexe zorgvraag effectief zijn, zowel thuis als bij geïnstitutionaliseerde

patiënten. Ook bij een deel van de demente patiënten kan niet-medicamenteuze behandeling, bijvoorbeeld een (gestimuleerd) plasschema, effectief zijn. De motivatie en de beschikbare tijd van de verzorgers zijn daarbij erg belangrijk. De effectiviteit van andere niet-medicamenteuze behandelvormen dan blaas- en bekkenbodentraining is moeilijk te bepalen, omdat veel van de hierover gepubliceerde onderzoeken geen RCT's waren. Zij betreffen heterogene groepen en verschillen in behandelingen en uitkomstcriteria. Ook is geen onderzoek gepubliceerd over de effectiviteit van deze arbeidsintensieve behandelingen op langere termijn (Fan96b, McD99, Ske95).

Bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze behandelingen kan een medicamenteuze proefbehandeling worden geprobeerd, rekening houdend met (de versterking van) anticholinergische effecten als contra-indicatie.

Alleen bij patiënten die er bewust voor kiezen en bij terminale (geriatrische) patiënten is het vervangen van actieve behandeling door een passievere, in de zin van het opvangen van urine met incontinentiemateriaal, op zijn plaats. Dit vergt kwalitatief hoogwaardig opvangmateriaal (kostbaar in de aanschaf en in de afvoer) en voldoende verzorgend personeel.

Het gebruik van verblijfskatheters dient zoveel mogelijk vermeden te worden, tenzij de patiënt, na geïnformeerd te zijn over de risico's, dit verkiest. Verblijfskatheters geven niet alleen een verhoogde kans op infecties van de urinewegen en sepsis, maar ook op letsels en stricturen van de urinewegen.

3.2.3 *Medische zorg – de praktijk*

Preventie

Patiënten worden veelal wel voor comorbiditeit behandeld, maar niet met het oogmerk incontinentie te beperken of voorkomen. In de praktijk komt dan ook weinig van doelgerichte preventie van incontinentie terecht.

Diagnostiek

Ouderen accepteren urine-incontinentie vaak als een onvermijdelijk en onbehandelbaar gevolg van het krijgen van kinderen, het vrouw-zijn en het ouder worden. Dit draagt ertoe bij dat weinig professionele hulp wordt gezocht. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat als incontinentie wordt besproken, niet altijd adequaat onderzoek en behandeling door de hulpverlener volgen (Bra94, Jet90, McD94, Mit90). Het is niet bekend of dit in Nederland anders is. Wanneer patiënten thuis, in het ziekenhuis of in andere instellingen aangeven of blijken incontinent te zijn, leidt dit naar de mening van de commissie te vaak tot het verstrekken van incontinentiemateriaal in plaats van adequate diagnostiek.

Ook kunnen bij patiënten met een complexe zorgvraag andere symptomen van de comorbiditeit sterk op de voorgrond staan. Dit kan ertoe leiden dat de diagnostiek van incontinentie ten onrechte een lagere prioriteit krijgt.

Behandeling

De niet-medicamenteuze behandeling van patiënten met incontinentie vereist veel motivatie en inzet van zowel de patiënt als eventuele verzorgenden, omdat die behandeling thuis en in instellingen vaak door andere gezondheidsproblemen naar de achtergrond verdwijnt.

Het helpen van geriatrische patiënten bij toiletbezoek en persoonlijke verzorging heeft in verzorgings- en verpleeghuizen een zeer hoge prioriteit, alleen al wegens de omvang en de ernst van het ongewenst urineverlies, de ernst van de mobiliteitsstoornissen en de bijzondere begeleiding vanwege dementering. Bij gebrek aan voldoende verzorgenden en voldoende ruime en aangepaste toiletten kan echter niet iedereen tegelijk worden geholpen. Er worden dan ook regels gesteld voor toiletbezoek en andere hulp bij het plassen. Zodra men afspraken wil wijzigen, blijkt steeds weer dat de op verbetering gerichte zorg aanzienlijk duurder (meer materiële kosten), tijdrovender (meer verzorgenden) en complexer (meer diagnostiek, meer behandeling) is dan het eenvoudigweg aanbrengen van opvangmateriaal bij incontinentie patiënten (Sch88). Er is niet onderzocht of het effect van op zichzelf succesvolle groepsgewijze interventies ter beperking van urineverlies op een verpleegafdeling ook op langere termijn beklijft. Ondanks een groot aantal aanbevelingen ter beperking van mogelijk reversibele oorzakelijke factoren van ongewenst urineverlies, is onduidelijk welke incontinentie geriatrische patiënten daadwerkelijk baat hebben bij diagnostiek en (para)medische therapie (Ous95a). Doordat ouderen onvoldoende op de hoogte zijn van de behandelmogelijkheden en er te weinig personeel beschikbaar is in de verzorgings- en verpleeghuizen, wordt incontinentie echter te gemakkelijk geaccepteerd en wordt afgezien van adequate behandeling die voor een deel van de patiënten een belangrijke vermindering van de incontinentie en winst in de kwaliteit van leven kan geven.

3.2.4 *Organisatie van de zorg*

Huidige stand van zaken

Door personeelstekorten in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt doorgaans voornamelijk verzorging geboden en te weinig adequate behandeling van incontinentie. De commissie betreurt dat. Ook voor een groot deel van deze categorie pa-

tiënten kan de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeteren indien een optimale behandeling wordt gegeven.

In de veelheid van complexe gezondheidsproblemen heeft het behandelen van ongewenst urineverlies bij zorgverleners een lage prioriteit zolang de urine maar adequaat wordt opgevangen. Bovendien is ieder individueel of groepsgericht behandelplan een (transmuraal) proces dat consequent moet worden volgehouden. Hierbij ontbreekt het in de huidige praktijk grotendeels aan prikkels, voldoende personeel en bij deze categorie patiënten uitvoerbare effectieve behandelprotocollen.

Mogelijke verbeteringen

De behandeling van incontinentie-patiënten met een complexe zorgvraag zou verbeterd kunnen worden door aanpak van met incontinentie gerelateerde factoren. Thans ontbreekt tijd voor en kennis van een systematische diagnostische inventarisatie van deze factoren.

Verandering van de huidige praktijk vergt dat artsen en verzorgenden voldoende tijd hebben om een hogere prioriteit te kunnen geven aan de vermindering van (de gevolgen van) urine-incontinentie van deze patiënten, of zij nu thuis wonen of in een instelling verblijven. Er moet afgewogen kunnen worden of een interventie doelmatiger is dan alleen verzorging met zo goed mogelijk opvangmateriaal, dat wil zeggen, een groter effect heeft bij dezelfde kosten of hetzelfde effect bij lagere kosten. Bovendien moet, bij alle andere problemen, eerder aandacht gegeven worden aan het verminderen van incontinentie. In de huisartspraktijk zou een praktijkverpleegkundige deze taken (diagnostische inventarisatie en aandacht voor therapietrouw) kunnen bewaken.

In een recent TNO-rapport over incontinentie in verzorgingshuizen is een systematische en pragmatische aanpak bepleit (Sta98). Een belangrijke randvoorwaarde is wel dat er meer zorg wordt gegeven die is gericht op de problemen van urine-incontinentie. De patiënt moet met de verzorgers voortdurend extra moeite (willen) doen om zich enerzijds zo continent mogelijk te gedragen in plaats van het urineverlies te accepteren en anderzijds het onvermijdelijke urineverlies zo adequaat mogelijk op te vangen. Het gebruik daarbij van onder meer loophulpmiddelen, po-stoelen (voor 's nachts naast het bed), tilmiddelen, incontinentiemateriaal en (condoom)katheters moet worden geoefend en consequent en zorgvuldig worden toegepast. De looproute in huis van de stoel en het bed naar het toilet dient veilig te zijn, zonder obstakels en met zo nodig grijpbeugels ter overbrugging. Het gaat hier om op gezond verstand en ervaring gebaseerde voorstellen, aangezien van geen van deze mogelijkheden het effect op langere termijn in betrouwbaar onderzoek is aangetoond.

Zorggebruik en kosten

Er zijn verschillende buitenlandse onderzoeken gepubliceerd over de kosten van urine-incontinentie. Gezien de verschillen in het omgaan met urine-incontinentie en in kostenstructuren is de informatie hieruit nauwelijks bruikbaar voor een schatting van de kosten voor de Nederlandse situatie. Wel kan worden aangenomen dat de sterke kostenstijging die uit deze onderzoeken naar voren komt voor het afgelopen decennium (Wag98) ook voor Nederland geldt. De commissie beveelt aan in Nederland onderzoek naar de met urine-incontinentie gepaard gaande kosten te verrichten. Op grond van de met dergelijk onderzoek verkregen gegevens kunnen dan scenariostudies worden uitgevoerd naar de effecten van veranderingen in de huidige zorgpraktijk.

4.1 Huisarts

Gegevens over verrichtingen en verwijzingen in de huisartsenpraktijk zijn nauwelijks voorhanden. Op basis van de in paragraaf 3.1.1 besproken CMR-gegevens mag worden verondersteld dat verwijzing naar de fysiotherapeut of specialist (gynaecoloog of uroloog) naar verhouding weinig voorkomt. In de periode 1994-1998 werd van alle vrouwelijke patiënten met incontinentie-klachten (nieuwe gevallen) slechts 1,9% doorverwezen naar de fysiotherapeut, terwijl verwijzing naar de gynaecoloog en uroloog bij respectievelijk 1,0 en 0,6% plaatsvond. Van de mannen werd 3,1% verwezen naar de uroloog.

Omdat geen gegevens bekend zijn over het aantal consulten per episode, is een schatting van de kosten van urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk moeilijk te ge-

ven. Vaak is urine-incontinentie onderdeel van een complexe problematiek. De bijdrage van urine-incontinentie aan de consulten is dan moeilijk te bepalen. Als wordt aangenomen dat per patiënt één à twee consulten per jaar plaatsvinden, bedragen de totale kosten ten minste 15 miljoen gulden per jaar. Dit is eerder een onder- dan een overschatting. Bij nieuwe patiënten schat de commissie, uitgaande van drie consulten per patiënt, de totale kosten op ten minste 7 miljoen gulden per jaar.

4.2 Fysiotherapie

De totale kosten voor fysiotherapeutische behandeling van patiënten met urine-incontinentie zijn momenteel niet te bepalen. Er is geen inzicht in het totaal aantal fysiotherapeutische behandelingen (in eerste lijn, verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen).

4.3 Chirurgie

Bij het vaststellen van het aantal operaties voor urine-incontinentie doet zich het probleem voor dat een deel van de verrichtingen ook of mede voor andere indicaties (bijvoorbeeld prolaps) kunnen worden gebruikt. In de bij Prismant in Utrecht geregistreerde gegevens –waarop de commissie zich baseert en die haar ter beschikking zijn gesteld door het College voor Zorgverzekeringen– zijn deze indicaties niet duidelijk te scheiden. Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste operaties die (mede) voor urine-incontinentie zijn verricht in de jaren 1993 en 1998. Er is een onderscheid gemaakt tussen operaties bij patiënten met hoofd- of nevendiagnose urine-incontinentie (ICD-codes 7883 en 6256) en verrichtingen bij patiënten met andere diagnoses, waarvan de meerderheid (gemiddeld meer dan 80%) wordt gevormd door prolaps van uterus of vagina.

Bij de patiënten met urine-incontinentie als hoofd- of nevendiagnose is tussen 1993 en 1998 het aantal verrichtingen fors gedaald. Van de operaties in de categorie ‘overige diagnoses’ is volgens de commissie slechts een klein –zij het onbekend– deel toe te schrijven aan urine-incontinentie.

Uit deze gegevens blijkt dat in de beschouwde periode het aantal operaties, is gedaald. Wellicht is dit het gevolg van de toename van andere behandelingsmogelijkheden, vooral op het gebied van de conservatieve therapie. Meer dan helft van de operaties (54%) werd verricht bij vrouwen jonger dan 60 jaar. De overige 46% zijn ongeveer gelijk verdeeld over de leeftijdsgroepen 60-69 jaar en 70+. De gemiddelde verpleegduur bedroeg in 1998 ongeveer negen dagen.

Een zeer globale kostenschatting, op basis van de gemiddelde verpleegdagprijs en een gemiddeld tarief per verrichting, komt uit op een minimum van 15 miljoen gulden (alleen operaties in de urine-incontinentie groep uit tabel 1) en een maximum van 45 mil-

Tabel 1 Operaties (mede) voor urine-incontinentie verricht in 1993 en 1998; naar diagnose. Per verrichting zijn de eventuele klinische benaming en de ICD-code aangegeven. Bron: Prismant, Utrecht.

verrichting	urine-incontinentie als hoofd- of nevendia- gnose		overige diagnoses	
	1993	1998	1993	1998
colposuspensie (Burch; 55952)	2 087	1 305	196	249
para-urethrale urethrosuspensie (Stamey-Peyrera; 55960)	666	-	27	-
totale vaginale uterusextirpatie met voorwand- plastiek (56841)	92	40	612	528
totale vaginale uterusextirpatie met voor/achter- wandplastiek (56843)	226	103	3 265	2 705
overige operaties ^a	300	356	32	51
totaal (absoluut)	3 371	1 804	4 126	3 433
aantal per 100000 vrouwen van 20 jaar en ouder	57	30	70	59

^a Overige verrichtingen: urethrosuspensie (Marshall-Marchetti-Krantz; 55950), naaldcolposuspensie (Shlomo-Raz; 55951), para-urethrale urethrosuspensie (5596), transurethrale tefloninjectie (55970) en incontinentie-operatie nec (55978).

joen gulden voor 1998 (alle patiënten die een of meer van de in tabel 1 genoemde verrichtingen hebben ondergaan).

4.4 Medicatie

Urospasmolytica, al dan niet in combinatie met bekkenbodemoefeningen of blaastraining, worden in toenemende mate voorgeschreven, vooral bij patiënten met urge-incontinentie. De meest frequent voorgeschreven middelen zijn oxybutynine, flavoxaat en het in 1998 op de markt gebrachte tolterodine. Het geschatte aantal gebruikers van urospasmolytica van 20 jaar en ouder nam in de periode 1991-1998 toe van ongeveer 45 000 tot 80 000, terwijl het aantal voorschriften in deze periode verdubbelde tot circa 240 000 in 1998 (gegevens verkregen van Pharmo, Utrecht). De verdeling naar leeftijd en geslacht (tabel 2) toont een aanzienlijk gebruik onder mannen (37% van het totale aantal gebruikers).

De commissie veronderstelt dat een deel van het gebruik van urospasmolytica bij mannen aan andere indicaties dan urine-incontinentie kan worden toegeschreven, bijvoorbeeld overactieve blaas bij prostaatlijden. Ook bij vrouwen kunnen urospasmolytica worden voorgeschreven bij een overactieve blaas zonder dat er sprake is van inconti-

Tabel 2 Gebruik en kosten van urospasmodica in Nederland, 1998. Bron: Pharmo, Utrecht.

leeftijd	aantal gebruikers			aantal voor- schriften	kosten (x 1000 gulden)
	man	vrouw	totaal		
20-39	2 256	6 061	8 317	19 213	1 220
40-65	9 610	20 689	30 299	75 907	4 066
65+	18 174	23 773	41 947	144 820	7 196
totaal	30 040	50 522	80 563	239 940	12 482

mentie. Een schatting van het aandeel hiervan in het totale gebruik van urospasmodica is echter niet te geven. De in tabel 2 vermelde cijfers zijn dus bovengrenzen voor de inzet van deze geneesmiddelen voor urine-incontinentie.

4.5 Incontinentiemateriaal

De Stichting Farmaceutische Kerngetallen levert gegevens over de verstrekking van incontinentiemateriaal via de openbare apotheek. Over verstrekkingen via andere distributiekanaalen (instellingen, verzendhuizen) zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar (SFK99). Het is aannemelijk dat de particulier verzekerden (28% van het totaal) minder gebruik maakt van levering via de openbare apotheek (SFK99).

Via de openbare apotheek zijn in 1998 2,8 miljoen leveringen verstrekt die gemiddeld 63 stuks bevatten. Ruim driekwart van de verstrekkingen vond plaats aan personen van 65 jaar of ouder (SFK99). De gegevens over verstrekkingen kunnen niet direct worden herleid tot persoonsniveau. Dit bemoeilijkt een schatting van het aantal betrokken patiënten. Buitenlandse onderzoekers vonden dat circa 25% van de patiënten incontinentiemateriaal gebruikt (Joh00, Kim98). De commissie schat op grond hiervan dat in Nederland van de circa 530 000 personen met dagelijkse incontinentie (berekend op basis van de gegevens in 3.1.1), ruim 100 000 mensen incontinentiemateriaal gebruiken. De grote groep mensen die zelf opvangmateriaal kopen is in deze cijfers echter niet verdisconteerd.

Incontinentie-materiaal vormt een van de hoogste kostenposten in de zorg voor urine-incontinentie. Een globale schatting van de totale kosten voor 1999 bedroeg circa 166 miljoen gulden; de verwachting voor het jaar 2000 is circa 175 miljoen gulden (CVZ00). In 1998 is via de openbare apotheek voor circa 150 miljoen gulden aan incontinentiemateriaal uitgegeven. Hierin zijn de kosten voor het gebruik van materiaal in instellingen niet begrepen, en evenmin die van materiaal dat via andere distributiekanaalen wordt verstrekt.

4.6 Verzorgings- en verpleeghuizen

Belangrijke kostenposten zijn hier verpleging en de verschoning/bewassing. Er bestaan hierover echter (nagenoeg) geen Nederlandse cijfers. Aannemende dat er 95 000 patiënten met urine-incontinentie in verzorgings- en verpleeghuizen zijn, en dat gemiddeld per patiënt per etmaal 45 minuten wordt besteed aan incontinentiezorg (hetgeen volgens de commissie een minimumschatting is: helpen bij toiletbezoek, 3-4 x luiers wisselen, extra mensen en bedden verschonen, huidverzorging, soms twee man personeel), schat de commissie de arbeidskosten op ongeveer 217 miljoen gulden per jaar. Niet inbegrepen hierin is de katheterzorg (circa acht procent van de populatie). Bij de aanschafkosten van incontinentiemateriaal, grof geschat op minimaal één procent van het totale budget van verpleeghuizen (7 miljard), komt nog eens ongeveer 10 miljoen voor de verwijderingsbijdrage.

4.7 Indirecte kosten

Incontinentie leidt bij de meeste patiënten (vrouwen jonger dan 65 jaar) niet tot ziekteverzuim. De grootste groep incontinenten zijn ouderen, voor wie het probleem van de indirecte kosten niet speelt.

4.8 Schatting totale kosten

In tabel 3 geeft de commissie een samenvatting van de schattingen van de hierboven genoemde met urine-incontinentie samenhangende kosten voor het jaar 2000.

4.9 Doelmatigheid

Kosten-effectiviteitsonderzoeken (KEA's) op het gebied van urine-incontinentie zijn schaars. In Nederland is slechts één KEA uitgevoerd. Dit onderzoek betrof de doelmatigheid van neuromodulatie versus conventionele therapie voor urine-incontinentie bij patiënten met een dwarslaesie (Wie97). De conclusie luidde dat neuromodulatie bij deze groep patiënten tot aanzienlijke besparingen kan leiden bij een gelijktijdige verbetering van de kwaliteit van leven.

De belangrijkste buitenlandse KEA's zijn allen uitgevoerd onder verpleeghuispatiënten. In een onderzoek naar de doelmatigheid van wegwerp-opvangmaterialen versus materiaal dat hergebruikt kan worden, bleek dat wegwerpmaterialen uiteindelijk goedkoper waren, vanwege de hoge kosten van het wassen van meerdere malen te gebruiken materiaal (Hu90a). Het wegwerpmateriaal leverde daarnaast ook minder huidproble-

Tabel 3 Overzicht geschatte kosten voor urine-incontinentie.

kostenpost		kosten in miljoenen gulden	percentage van totale kosten
huisarts	bestaande patiënten	15	2,5
	nieuwe patiënten	7	1,1
fysiotherapie		n.b.	
chirurgie		45	7,4
medicatie		13	2,1
incontinentiemateriaal		175	28,6
verzorgings- en verpleeghuizen	arbeidskosten	217	35,5
	materiaal	130	21,2
	verwijderingsbijdrage	10	1,6
totaal		612	100

men op. Dezelfde auteurs onderzochten ook de kosten-effectiviteit van gedragstraining ten opzichte van zorg (dat wil zeggen: het verstrekken van opvangmaterialen) (Hu90b). Gedragstraining verminderde het aantal ‘natte’ episodes per dag met circa 25% maar was zeer arbeidsintensief. Er was wel ‘enige’ besparing op kosten van bewassing en materiaal, maar de kosten-effectiviteit hing toch vooral af van de organisatorische inbedding van de gedragstraining.

Een derde onderzoek was een RCT naar katheterisatie versus gebruik van opvangmaterialen (McM92). Het betreft een onderzoek onder 78 patiënten met veel weigeraars en uitvallers in de katherterisatiegroep. Zowel patiënten als personeel hadden in het algemeen een voorkeur voor opvangmaterialen. De verschillen in kosten tussen de twee opties hingen vooral samen met de verhouding tussen de kosten voor verzorging en bewassing (beide lager bij katheterisatie), en materiaal (hoger bij katheterisatie).

Deze uitkomsten kunnen niet zonder meer naar de Nederlandse situatie worden gk-ëxtrapoleerd, omdat veel kostenaspecten zijn gerelateerd aan die van verzorging en bewassing. Omdat de zorg in Nederland geheel anders is georganiseerd dan in de VS en andere Europese landen, zijn de kosteneffecten, zelf wanneer ze worden gecorrigeerd voor verschillen in kosten voor materiaal, arbeid, etc., niet direct vergelijkbaar.

4.10 Mogelijke verbeteringen

De commissie verwacht niet dat vermindering van het gebruik van opvangmaterialen zal leiden tot besparingen, omdat dit hoogstwaarschijnlijk gepaard zal gaan met een toename van de zorgvraag. De winst zit hem vooral in verbetering van de kwaliteit van leven.

Oudere patiënten gebruiken vaak opvangmaterialen omdat ze dat wel gemakkelijk vinden, er tevreden over zijn en niet gemotiveerd zijn om een behandeling met oefeningen te volgen. Toch kan vaak winst in kwaliteit van leven geboekt worden als de huisarts de patiënt stimuleert om een behandeling te volgen. De wens van de patiënt dient echter steeds centraal te staan.

Verwachte ontwikkelingen

5.1 Prevalentie

In Nederland zal in de komende 30 jaar door de toenemende vergrijzing het aantal incontinenten mannen naar verwachting stijgen met circa 35% en het aantal incontinenten vrouwen met circa 23% (Wei96). Gezien de relatief sterkere toename van het aantal mensen ouder dan 80 (de dubbele vergrijzing), verwacht de commissie dat de toename zich vooral zal voordoen bij patiënten met een complexe zorgvraag.

5.2 Behandeling

Zolang een tekort bestaat aan huisartsen en verpleeghuisartsen zal tijdrovende niet-specialistische diagnostiek niet optimaal kunnen plaatsvinden. De commissie verwacht dat er een toenemende vraag zal zijn naar alle, maar vooral naar conservatieve, behandelingen (oefentherapieën). Bij de chirurgie zal het accent verschuiven naar minimaal-invasieve operatietechnieken indien het effect ook op de langere termijn voldoende komt vast te staan.

5.3 Zorgvraag

De commissie verwacht dat de vraag naar zorg met betrekking tot urine-incontinentie sterk zal toenemen. Daarvoor is een aantal redenen aan te voeren.

Ten eerste zal het taboe rond urine-incontinentie minder worden. Als het probleem gemakkelijker bespreekbaar is, zal men eerder om hulp vragen. Daarnaast zal de acceptatie van urine-incontinentie door de patiënten vermoedelijk verminderen, in het bijzonder vanwege de belemmeringen in het dagelijks leven die ermee gepaard gaan.

Als gevolg van de dubbele vergrijzing zal, zoals gezegd, de risicogroep sterk in omvang toenemen. Mede vanwege hun toenemende mondigheid, zullen naar de verwachting van de commissie ook ouderen steeds vaker medische hulp zoeken.

Chirurgische verrichtingen zullen door de opkomst van minimaal-invasieve technieken minder belastend en daardoor aan grotere groepen patiënten aangeboden kunnen worden.

Verbeteringen van de absorptiecapaciteit en het draagcomfort van opvangmaterialen zullen aan de andere kant de vraag naar behandeling kunnen beperken. Gezien de personele inzet die voor behandeling van vooral patiënten met een complexe zorgvraag nodig is, ligt het voor de hand dat juist in deze groep het gebruik van dergelijke materialen zal toenemen. In het voorgaande hoofdstuk heeft de commissie aangegeven dat zij dit in het algemeen geen goede ontwikkeling zou vinden. Met adequate behandeling is veel lichamelijk ongemak te vermijden, maar dit vergt extra personele inzet.

Aanbevelingen

De ernst van het urineverlies is bepalend voor zowel de kwaliteit van leven, het gebruik van opvangmaterialen als de zorgvraag, en daarmee ook voor de met urine-incontinentie gepaard gaande kosten. Verbetering van de kwaliteit van leven en vermindering van die kosten kan dus bereikt worden door de ernst van het urineverlies te verminderen of, bij voorkeur, urineverlies te voorkomen. In 4.10 heeft de commissie al aangegevend dat vermindering van het gebruik van opvangmaterialen waarschijnlijk vrijwel niet zal leiden tot besparingen, omdat dit hoogstwaarschijnlijk gepaard zal gaan met een toename van de zorgvraag.

Bij de hiernavolgende aanbevelingen heeft de commissie zich laten leiden door de in het voorgaande geïdentificeerde lacunes en manco's en door de gevolgen van deze tekorten voor de kwaliteit van de zorg.

6.1 Patiëntenzorg

De commissie concludeert dat er voor huisartsen en fysiotherapeuten goede richtlijnen zijn. Zij beveelt daarom aan dat implementatie van deze richtlijnen gestimuleerd wordt.

Huisartsen zouden altijd oefentherapie als eerste behandeling moeten aanbieden; belangrijke winst in kwaliteit met verlaging van kosten valt te behalen als de huisarts vrouwelijke patiënten met *stress*-incontinentie eenvoudige, gerichte instructie geeft (met behulp van het vaginale toucher) voor het aanspannen van de bekkenbodemspieren en aan patiënten met *urge*-incontinentie adequate adviezen voor blaastraining.

De commissie pleit voor een verbetering in de zorg bij oudere patiënten met een complexe problematiek. Indien voor de huidige praktijk van hoofdzakelijk gebruik van opvangmaterialen zoveel mogelijk een adequate diagnostiek en behandeling van incontinentie in de plaats kan komen, zal dat de kwaliteit van leven bij deze patiënten aanmerkelijk kunnen bevorderen. Daartoe is voldoende verzorgend personeel nodig.

Gezien de werkbelasting van de huisarts beveelt de commissie aan een aantal experimenten op te zetten waarbij een incontinentie-verpleegkundige, als differentiatie van de praktijkverpleegkundige, een aantal taken van de huisarts overneemt.

Het opstellen van transmurale richtlijnen moet worden gestimuleerd, evenals de ontwikkeling van richtlijnen voor gynaecologen en urologen.

De bestaande kennis over de bijdrage van beperkingen in het functioneren, van comorbiditeit en van medicatie aan het ontstaan en instandhouden van urine-incontinentie moet worden opgenomen in medische, paramedische en verpleegkundige richtlijnen.

De beschikbaarheid van oefentherapie moet bevorderd worden door het opnemen van alle vormen van oefentherapie in de standaardopleiding fysiotherapie.

6.2 Wetenschappelijk onderzoek

Er is nog veel onbekend, zowel over preventieve maatregelen als over de meest effectieve behandelingen. Speciale aandacht verdient onderzoek naar:

- het belang van de afzonderlijk factoren die bij ouderen met een complexe zorgvraag aan de incontinentie bijdragen, met – per factor – vaststelling van de effectiviteit (op lange termijn) van een interventie
- de effectiviteit van instructie door de huisarts volgens de NHG-standaard, in vergelijking met intensieve fysiotherapie
- de effectiviteit van blaastraining met evaluatie op korte en lange termijn
- de effectiviteit van en de recidiefkans na chirurgische procedures voor incontinentie.

6.3 Voorwaardelijk beleid

Continent zijn is deels afhankelijk van algemene dagelijkse levensbehoeften. Vermindering van die afhankelijkheid kan bewerkstelligd worden door te zorgen voor:

- voldoende hygiënische, veilige, snel bereikbare en gelijkvloerse openbare toiletten, zowel op straat als in openbare gebouwen, stations en winkels, in het bijzonder voor vrouwen
- voldoende mogelijkheden voor thuiswonende patiënten om zich te voorzien van gemakkelijk meubilair (hoog bed, hoge stoelen) en een aangepast gelijkvloers toilet
- de verkrijgbaarheid van kleding die gemakkelijk te openen en te sluiten is.

Literatuur

-
- Abr00 Abrams P. Assessment and treatment of urinary incontinence. *Lancet* 2000; 355: 2153-8.
- Ano94a Anoniem. De beperkte plaats van geneesmiddelen bij enuresis nocturna en urine-incontinentie. *Geneesmiddelenbulletin* 1994; 28: 69-72.
- Ano94b Anoniem. Oxybutynine en neuropsychiatrische bijwerkingen. *Geneesmiddelenbulletin* 1994; 28: 22.
- Ber96 Berghmans LCM, Frederiks CMA, de Bie RA, e.a. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neurol Urodyn* 1996; 15: 37-52.
- Ber98a Berghmans LCM, Bernards ATM, Bluysen AMWL, e.a. KNGF-richtlijn Stress urine-incontinentie. *Ned Tijdschr Fysiother* 1998; 108(4), suppl., 1-35.
- Ber98b Berghmans LCM, Hendriks HJM, Bø K, e.a. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol* 1998; 82: 181-91.
- Ber00 Berghmans, LCM. Conservative treatment for women with stress incontinence and bladder overactivity. (Proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.
- Bla96 Black NA, Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. *Br J Urol* 1996; 78(4): 497-510.
- Bø98 Bø K. Effect of electronic stimulation on stress and urge incontinence. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1998; 77 (suppl 168): 3-11.
- Bø99 Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence. *Br Med J* 1999; 318: 487-93.
- Bra94 Branch LG, Walker LA, Wetle TT, e.a. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 1257-63.
-

- Bum93 Bums PA, Prenekov K, Nochagski Th, e.a. comparison of effectiveness of biofeedback and PFME in stress incontinence in older community dwelling women. *J Gerontol* 1993; 48: M167-174.
- Car95 Cardozo LD, Kelleher CJ. Sex hormones, the menopause and urinary problems. *Gynecol Endocrinol* 1995; 9: 75-84.
- CBS90 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking, 1986/1988. Den Haag: SDU, 1990.
- Cli00 Clinical evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care. Kent: BMJ Publishing Group, 2000.
- Coo93 Cools HJM, de Bock GH. De samenhang tussen ongewenst urineverlies met andere beperkingen in het functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1828-30.
- Coo99 Cooper JC, Morga AK. Stress incontinence in evidence based medicine. *Br J Med* 1999; (de): 777-83.
- CVZ00 CVZ. CVZorgcijfers 1995-1999. Amstelveen: College van Zorgverzekeringen, 2000.
- Dio90 Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, e.a. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology* 1990; 16: 129-38.
- Fan91 Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, e.a. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991; 265: 609-13.
- Fan94 Fantl JA, Cardozo LD, Ekberg J, e.a. Estrogen therapy on the management of urinary incontinence in post-menopausal women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 12-18.
- Fan96a Fantl JA, Bumf RC, Robinson D, e.a. Efficacy of oestrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 745-749.
- Fan96b Fantl JA, Newman DK, Colling J, e.a. Urinary Incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical Practice Guideline No. 2, 1996 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; (AHCPR Publication No. 96-0682).
- Foe90 Foets MS, van der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- Fon95 Fonda D, Woodward M, D'Astoli M, e.a. Sustained improvement of subjective quality of life in older community-dwelling people after treatment of urinary incontinence. *Age Ageing* 1995; 24: 283-6.
- Gla98 Gladzener CMA, Lang G, Wilson PD, e.a. Postnatal incontinence: a multicentre randomised controlled trial of conservative treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105 (suppl 117): 47.
- Han96 Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 470-8.
- Hu90a Hu TW, Kaltreider DL, Igou J. The cost-effectiveness of disposable versus reusable diapers. A controlled experiment in an nursing home. *J Gerontol Nurs* 1990; 16: 19-24.
- Hu90b Hu TW, Kaltreider DL, Igou J, e.a. Cost effectiveness of training incontinent elderly in nursing homes: a randomized clinical trial. *Health Serv Res* 1990; 25: 455-77.
- ICS90 International Continence Society Committee for the Standardization of Terminology of the Lower Urinary Tract Function. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; (suppl): 6.
-

- Jac97 Jackson S, Shepherd A, Abrams P. Does oestrogen supplementation improve the symptoms of postmenopausal urinary stress incontinence? A double blind placebo controlled trial. *Neurourol Urodyn* 1997; 16: 350-1.
- Jan00 Janssen CCM, Lagro-Janssen ALM, Felling AJA. Effectiviteit van oefentherapie bij vrouwen met urine-incontinentie. *Huisarts Wet* 2000; 11: 458-65.
- Jet90 Jeter KF, Wagner DB. Incontinence in the American home: A survey of 36,500 people. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 379-83.
- Joh00 Johnson TM, Kincade JE, Bernard SL, e.a. Self care practices used by older men and women to manage urinary incontinence results from the national follow up survey on self-care and ageing. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 894-902.
- Kam00 van Kampen M, de Weerd W, van Poppel H, e.a. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355(9198): 98-102.
- Kim98 Kim AC, Zaar A. Quality of life and urinary incontinence: pad use in women. *Int Urogyn J Pelvic Floor Dysf* 1998; 9: 83-7.
- Klo97 Klomp MLF, Gercama AJ, de Jong-Wubben JGM, e.a. NHG-standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1997; 40(3): 114-24.
- Kok91 Kok ALM, Voorhorst FJ, Half-Butter CMC, e.a. De prevalentie van urine-incontinentie bij oudere vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 98-101.
- Lag90 Lagro-Janssen ALM, Smits AJA, van Weel C. Women with urinary incontinence: self perceived worries and general practitioners' of knowledge of the problem. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 331-4.
- Lag91a Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk (Proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.
- Lag91b Lagro-Janssen ALM, Debruyne FMJ, Smits AJA, e.a. Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 445-49.
- Lag94 Lagro-Janssen ALM, Smits AJA, van Weel C. Gunstig effect van oefentherapie bij urine-incontinentie in de huisartspraktijk vooral afhankelijk van therapietrouw. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1273-6.
- Lag95 Lagro-Jansen ALM, Breedveldt Boer HP, van Dongen JJAM, e.a. NHG-standaard Incontinentie voor urine. *Huisarts Wet* 1995; 38(2): 71-80.
- Lag98 Lagro-Janssen ALM, van Weel C. Long-term effect of treatment of female incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1735-38.
- Lis00 van de Lisdonk EH, van den Bosch WJHM, Huygen FJA, e.a. Ziekten in de huisartspraktijk. (3e druk). Maarssen: Elsevier/Bunge, 2000.
- McD94 McDowell BJ, Silverman M, Martin D, e.a. Identification and intervention for urinary incontinence by community physicians and geriatric assessment teams. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 501-5.
- McD99 McDowell BJ, Engberg S, Sereika S, e.a. Effectiveness of behavioral therapy to treat homebound older adults. *J Amer Geriatr Soc* 1999; 47: 309-18.

- McM92 McMurdo ME, Davey PG, Elder MA, e.a. A cost-effectiveness study of the management of intractable urinary incontinence by urinary catheterisation or incontinence pads. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 222-6.
- Mit90 Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 374-8.
- Mør00 Mørkved S, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one year follow up study. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 1022-8.
- OBr91 O'Brien J, Austin M, Sethi P, e.a. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *Br Med J* 1991; 303: 1308-12.
- Ous95a Ouslander JG, Schnelle JF. Incontinence in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995; 125: 438-9.
- Ous95b Ouslander JG, Schnelle JF, Uman G, e.a. Does oxybutinine add to the effectiveness of prompted voiding for urinary incontinence among nursing home residents? A placebo-controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 610-7.
- Pan88 Pannill FC, Williams TF, Davis R. Evaluation and treatment of urinary incontinence in long term care. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 902-10.
- Pee95 Peet SM, Castleden CM, Gother CW. Prevalence of urinary and faecal incontinence in hospitals and residential and nursing homes for older people. *Br Med J* 1995; 311: 1063-4.
- Rek92 Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg H, e.a. Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences. *Eur J Gynecol Reprod Biol* 1992; 43: 229-34.
- Res95 Resnick NM. Urinary incontinence. *Lancet* 1995; 346: 94-9.
- Roe99 Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 1999. Oxford: Update software.
- Sch88 Schnelle JF, Sowell VA, Hu TW, e.a. Reduction of urinary incontinence in nursing homes: does it reduce or increase costs? *J Am Geriatrics Soc* 1988; 36: 34-9.
- Ske95 Skelly J, Flint AJ. Urinary incontinence associated with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 286-94.
- Sta98 Staats PGM, Tak E, Hopman-Rock M. Aard, omvang en behandeling van ongewild urineverlies in verzorgingshuizen. Aanzet tot een protocol. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998.
- SFK99 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Farmacie in cijfers. Incontinentiemateriaal. *Pharm Weekbl* 1999; 134(13): 439.
- Szo95 Szonyi G, Collas DM, Ding YY, e.a. Oxybutinin with bladder retraining for detrusor instability in elderly people: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1995; 24: 287-91.
- Tho80 Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, e.a. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980; 281: 1243-5.
- Ulm96 Ulmsten U, Henrikson L, Johnson P, e.a. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogyn J* 1996;7:81-86
- Val99 Valk M. Urinary incontinence in psychogeriatric nursing home patients. Prevalence and determinants. (Proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht, 1999.
- Vaa00 van der Vaart CH, de Leeuw JRJ, Roovers JPWR, e.a. De invloed van urine-incontinentie op de kwaliteit van leven bij thuiswonende Nederlandse vrouwen van 45-70 jaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(19): 894-7.

- Wag98 Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998; 51: 365-1.
- Weir96 Van der Weide M. Verpleegkundige diagnostiek en interventies voor patiënten met urine-incontinentie. Utrecht: de Tijdstroom, 1996.
- Wel87 Wells TJ, Brink CA, Diokno AC. Urinary incontinence in elderly women: Clinical findings. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 933-9.
- Wie97 Wieling G, Essink-Bot ML, van Kerrebroeck PhEV, e.a. Sacral rhizotomies and electrical stimulation in spinal cord injury. *Eur J Urol* 1997; 31:441-6.
- Wil96 Wilson PD, Herlison RM. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence 3 months after delivery. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103: 154-61.
- Wym97 Wyman JJ, Fantl JA, McClish DK, e.a. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogyn J Pelvic Floor Dysf* 1997; 8: 223-9.
- Yam00 Yamanishi T, Yasuda K, Sakakibara R, e.a. Randomized, double blind study of electrical stimulation for urinary incontinence due to detrusor overactivity. *Urology* 2000; 55: 353-7.
- ZFR93 Ziekenfondsraad. Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkings. Amstelveen: Ziekenfondsraad 1993.

A De adviesaanvraag

B De commissie

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 11 september 1989 ontving de Voorzitter van de Gezondheidsraad een verzoek van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om advies uit te brengen met betrekking tot de grenzen van de zorg (brief DGVGZ/Stabo/JM/U-00136). Aan de brief van de bewindsman is de volgende tekst ontleend:

Zoals in het Regeringsstandpunt Grenzen van de Zorg is gesteld, zal het bestaande verzekeringspakket waar mogelijk en noodzakelijk worden opgeschoond. De opschoning is nodig teneinde overbodige, marginaal effectieve en/of ondoelmatige onderdelen uit het pakket te verwijderen. Ik wil u hierbij verwijzen naar de concrete beleidsvoornemens nr. 3 beschreven op pagina 24 van het Regeringsstandpunt Grenzen van de Zorg (Kamerstuk II, 1987- 1988, 206620, nr. 1-2).

De eerste vraag die zich hierbij voordoet, is welke verrichtingen voor nadere evaluatie in aanmerking zouden kunnen komen. Ik heb de Ziekenfondsraad op 8 februari 1989 gevraagd dit in kaart te brengen alsmede de toetsing te (doen) aanvangen. Ik heb tevens gevraagd een zekere rangorde aan te brengen met betrekking tot de vormen van hulp ten aanzien waarvan genoemde toetsing zou zijn aangewezen. Een afschrift van deze adviesaanvraag treft u voor de goede orde hierbij aan. Ik verwacht dat u, met het oog op de afstemming met de advisering door de Ziekenfondsraad, in overleg treedt met het secretariaat van de Raad.

Voor de aldus geïnventariseerde verrichtingen zou vervolgens de stand der wetenschap moeten worden aangegeven. Gaarne ontving ik het advies van de Gezondheidsraad ter zake. Het kan zijn dat u in dat kader tot de slotsom komt dat voor sommige onderwerpen de stand der wetenschap onvoldoende basis biedt voor oordeelsvorming en dat nadere toetsing gewenst is. In dat geval zou ik graag van u vernemen welke dan de relevante thema's en vraagstellingen zijn, en welke aanpak de meest geëigende zou zijn. Wat dit laatste betreft staat mij het volgende voor ogen.

De wijze van toetsing zal variëren al naargelang het onderwerp. Soms zal het gaan om de formulering van consensus over wat de meest gepaste/correkte wijze van gebruik van een bepaalde verrichting is. Omdat soms in de toepassing van bijvoorbeeld een geneesmiddel indicatieverruiming heeft plaatsgevonden zonder dat de validiteit daarvan was aangetoond, zal, alvorens tot indicatiebeperking kan worden overgegaan, nader onderzoek in dat geval nodig zijn.

Bij sommige verrichtingen kan het nodig zijn alsnog patiëntgebonden evaluatie-onderzoek te verrichten. Mocht dit laatste het geval zijn dan zou dit onderzoek kunnen plaatsvinden bijvoorbeeld in het kader van zogenoemde ontwikkelingsgeneeskunde.

Gaarne verzoek ik u mij, in het kader van het bovenstaande, te willen adviseren over de vraag welke bestaande verrichtingen beperkt toegepast c.q. geheel niet meer toegepast zouden moeten worden gezien de stand van de wetenschap. Ik verwacht dat u hierbij gebruik maakt van de door mij aan de Ziekenfondsraad gevraagde gegevens.

Eerder, in een brief van 8 februari 1989, vroeg de bewindsman aan de Ziekenfondsraad om het verstrekkingenpakket aan een kritisch oordeel te onderwerpen (brief kenmerk VTA/VERZ/VE-407353). Genoemde Raad kreeg het verzoek in kaart te brengen welke verrichtingen uit het verstrekkingenpakket voor een nadere evaluatie in aanmerking komen.

In vervolg op eerstgenoemde adviesaanvraag en in afwachting van de rapportage van de Ziekenfondsraad bracht de Gezondheidsraad in 1991 het advies 'Medisch handelen op een tweesprong' uit. Daarna, in 1993, verscheen van de Ziekenfondsraad het advies 'Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen', waarin 126 onderwerpen werden genoemd waarvoor nadere evaluatie nodig zou .

Op 23 november 1994 verzocht de Minister van VWS de Gezondheidsraad om, in overleg met de Ziekenfondsraad, verdere selectieve beoordeling van de lijst ter hand te nemen.

De commissie

Als commissie fungeerde het geheel van de Werkgroep Urine-incontinentie en de Kerncommissie MTA.

Werkgroep Urine-incontinentie

- dr ALM Lagro-Janssen, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde / vrouwenstudies; Katholieke Universiteit Nijmegen
 - dr LCM Berghmans
fysiotherapeut, epidemioloog; Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - dr HJM Cools
hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde; Universiteit Leiden
 - dr LWM Jansen
colorectaal chirurg; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - dr PhEVA van Kerrebroeck
hoogleraar neuro-urologie; Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - drs CR Tulner
klinisch geriater; Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam
 - dr HJ Stoevelaar
gezondheidswetenschapper; Erasmus Universiteit Rotterdam
 - dr ME Vierhout
gynaecoloog; Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam
-

- dr E van Rongen, *secretaris*
Gezondheidsraad

Kerncommissie MTA

- prof. dr JA Knottnerus, *voorzitter*
Vice-voorzitter Gezondheidsraad
- dr GH Blijham
hoogleraar interne geneeskunde; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr PMM Bossuyt
hoogleraar klinische epidemiologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr HR Büller
hoogleraar vasculaire geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr J Dekker
hoogleraar paramedische zorg; Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr MCH Donker
hoogleraar beleid en evaluatie geestelijke gezondheidszorg; Erasmus Universiteit
Rotterdam
- dr J Kievit
hoogleraar medische besliskunde; Universiteit Leiden
- dr FFH Rutten
hoogleraar gezondheidseconomie; Erasmus Universiteit Rotterdam
- drs A Boer, *adviseur*
College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen
- dr GL Engel, *adviseur*
Vereniging Academische Ziekenhuizen, Utrecht
- dr GHM ten Velden, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag