
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 toename 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 bevorderd 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.