

Variatie in bekkenbodempzorg in ziekenhuizen en de samenhang met de richtlijnen van gynaecologen en urologen 2016-2019

Onderdeel van het project:

De ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor systematische analyse van regionale praktijkvariatie, richtlijnen en hun samenhang: bekkenbodempzorg door huisartsen, bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen en urologen als casus.

Auteurs

Eric van der Hijden	VU
Simon Loop	VU
Karlijn Hermans	VU (ten tijde van project), nu MUMC
Piet Stam	VU
Irina Mostovaya	senior adviseur Kennisinstituut FMS
Teus van Barneveld	directeur Kennisinstituut FMS
Marian Engberts	Voorzitter begeleidingscommissie, urogynaecoloog, Isala Ziekenhuis, voorzitter Werkgroep Bekkenbodem NVOG

Leden begeleidingscommissie KNGF/NVFB

UrogynHAG (niet namens NHG)
ZN
NVMDL
NVU
Stichting Bekkenbodem4all
WBB

NVvH
NVVS

Nicole van Bergen, bekkenfysiotherapeut,
Fysiotherapeutisch Centrum Van Bergen
Doreth Teunissen / Radboudumc
Jan Reitsma
Maria Meurs- Szojda, MDL arts, NoordWest
Lara Gerbrandy – Schreuders, uroloog, Bergman Clinics
Tine van den Bos en Monica de Heide
Joggem Veen, gynaecoloog Maxima MC,
Hugo van Eijndhoven, urogynaecoloog Isala Ziekenhuis
Coen Baeten, chirurg, Groene Hart Ziekenhuis
Dorry Boll, Gynaecoloog-Oncoloog, Catharina

DISCLAIMER: de conclusies per zorgactiviteit zijn met grote zorgvuldigheid opgesteld maar zijn expliciet concept conclusies tot dat deze door de betrokken wetenschappelijke vereniging zijn beoordeeld, mogelijk zijn aangepast en vastgesteld.

Maart 2025

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting	3
2.	Inleiding	9
2.1.	Achtergrond project	9
2.2.	Doel project	10
2.3.	Conceptueel model data verzameling en interpretatie resultaten	10
3.	Methode en data verzameling in detail	13
3.1.	In kaart brengen onderzoekspopulatie en relevante zorgactiviteiten	13
3.2.	In kaart brengen verwachte praktijkvariatie brengen	13
3.3.	In kaart brengen feitelijke variatie zorg	14
3.4.	In kaart brengen advies in richtlijnen	14
3.5.	In kaart synthese en beoordeling in begeleidingscommissie	15
4.	Resultaten	17
4.1.	Diagnostiek	17
4.2.	Stress incontinentie chirurgie	25
4.3.	Aandrag incontinentie chirurgie	31
4.4.	Prolaps operatie	42
4.5.	Baarmoeder verwijderende operaties	51
5.	Synthese resultaten en interpretatie	56
5.1.	Aanleiding voor het project	56
5.2.	Toets uitvoerbaarheid en bruikbaarheid gehanteerde methode	56
5.3.	Waargenomen variatie zorgactiviteiten 2016-2019	61
5.4.	Best practice in bekkenbodempzorg	68
5.5.	Maatregelen	72
6.	Samenvatting en eindconclusie	77
6.1.	Doel project	77
6.2.	Bruikbaarheid methode voor andere aandoeningen	77
6.3.	Samenvatting belangrijkste resultaten	78
6.4.	Eindconclusie	82
7.	Literatuurlijst	83
	Appendix A: Overzichtstabel alle zorgactiviteiten	84

1. SAMENVATTING

Achtergrond van het project

a. Doel project

Passende bekkenbodempzorg betekent effectieve zorg die samen met de patiënt wordt bepaald en zoveel mogelijk in de eerste lijn plaatsvindt. Er kunnen echter regionale verschillen in behandeling ontstaan, waarvan niet altijd duidelijk is of deze wenselijk of ongewenst zijn. Factoren zoals behandelvoorkeuren van zorgverleners en samenwerking tussen eerste en tweede lijn spelen hierbij een rol. Dit pilotproject, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en gefinancierd via Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), richt zich op het analyseren van regionale praktijkvariatie in bekkenbodempzorg. Het doel is om een instrument te ontwikkelen om deze variatie inzichtelijk te maken en verbetermaatregelen te formuleren op het gebied van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De rol die richtlijnen spelen bij eventuele praktijkvariatie wordt eveneens in kaart te gebracht.

b. Variatie in bekkenbodempzorg

Bekkenbodempzorg in Nederland wordt geleverd door huisartsen, bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen en urologen. Uit onderzoek van het Zorginstituut Nederland (ZIN) blijkt dat er aanzienlijke regionale variatie is in de behandeling van prolaps en urine-incontinentie. Dit komt deels door verschillen in samenwerking tussen zorgverleners en deels door variërende behandelstrategieën. Prolaps treft 40% van de vrouwen in Nederland. Behandeling kan conservatief (counseling, pessarium, bekkenfysiotherapie) of operatief zijn. Jaarlijks worden ongeveer 15.000 prolapsoperaties uitgevoerd, maar er is veel variatie in de gekozen operatiemethode. De afgelopen jaren is het aantal hysterectomieën afgenomen, wat wijst op een verschuiving naar meer uterus sparende behandelingen. Urine-incontinentie komt bij 25-50% van de volwassen vrouwen voor. Behandelopties voor stressincontinentie zijn conservatief of operatief. Voor matig tot ernstige gevallen blijkt een operatie het meest effectief.

c. Onderdelen project

Dit project wil regionale variatie in bekkenbodempzorg beter begrijpen en verklaren. Dit gebeurt aan de hand van drie vragen.

Welk deel van de variatie in zorg komt door verschillen in regionale samenwerking?	In kaart brengen van de variatie in de eerste- en tweedelijnszorg met indicatoren op niveau zorgkantoorregio en een analyse van de mate waarin deze variatie het gevolg kan zijn van verschillen in samenwerking.
Welk deel van de variatie in zorg komt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in richtlijnen?	In kaart brengen van de variatie tussen ziekenhuizen/huisartsenpraktijken in gebruik van diagnostiek en behandelingen, de samenhang met advies daarover in de richtlijnen en het identificeren van best practices van diagnostiek en behandeling.

De begeleidingscommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de relevante beroepsgroepen en patiëntenorganisaties, zorgt voor consensus over de methode en interpretatie van de resultaten. De uitkomsten worden gedeeld met wetenschappelijke verenigingen, die hierop vervolgacties kunnen ondernemen.

Rapport 1: Variatie in bekkenbodempzorg door regionale verschillen in samenwerking eerste lijn en tweede lijn

a. Doel

Dit onderdeel heeft tot doel de praktijkvariatie binnen bekkenbodempzorg in kaart te brengen binnen de eerste- en tweedelijnszorg door het gebruik van indicatoren op zorgkantoor regioniveau. Daarnaast vindt een analyse plaats van de mate waarin deze variatie het gevolg kan zijn van verschillen in samenwerking.

b. Methode

Voor dit onderzoek zijn verschillende databronnen geanalyseerd om inzicht te krijgen in de variatie tussen eerste- en tweedelijns bekkenbodempzorg. De huisartsenzorgdata zijn afkomstig van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, met gegevens uit 2015-2020. De steekproef is representatief voor Nederland, met enige ondervertegenwoordiging van duo- en niet-stedelijke praktijken, maar beperkte representativiteit op regioniveau. Patiënten zijn geselecteerd op geslacht (vrouw), leeftijd (>18 jaar) en ICPC-codes voor prolaps (X87) en urine-incontinentie (U04). Alleen patiënten die met een nieuwe klacht naar de huisarts kwamen, zijn meegenomen in deze analyses. Per patiënt zijn zorgepisodes geconstrueerd op basis van klachtenvrije periodes van één jaar. Data over bekkenfysiotherapie zijn verkregen uit de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) voor 2016-2020. Het betreft data van vrijwillig deelnemende praktijken, met sterk toenemend bereik per jaar. Representativiteit daardoor niet bekend. Alleen vrouwen van >18 jaar met een diagnose prolaps (6489) of urine-incontinentie (6486) werden geanalyseerd. Episoden met missende waarden in relevante variabelen zijn uitgesloten. Door ontbreken koppelbare persoonsgegevens alleen op zorgkantoor regioniveau geanalyseerd. Pessariumverstrekking is onderzocht via de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) database, gebaseerd op verstrekkingen door openbare apotheken (2015-2020). De dekking is 98% maar door ontbreken koppelbare persoonsgegevens en lage aantallen alleen op zorgkantoorregio geanalyseerd. Ziekenhuiszorgdata zijn afkomstig van VEKTIS (2016-2020), met gegevens over diagnostische en operatieve verrichtingen in de tweede lijn. Indicatoren per regio zijn opgesteld om zorggebruik te meten. Data uit 2019 zijn gepresenteerd om COVID-19-verstoringen te vermijden. Daarnaast zijn zorgactiviteiten geclusterd per ziektebeeld en uitgedrukt in absolute en relatieve waarden. Regio-beelden zijn opgesteld volgens de indeling van zorgkantoorregio's en de data set is te downloaden als Excel bestand waardoor regio's te vergelijken zijn.

Er is geen case-mix correctie toegepast. Case-mix correctie voor stepped care als bekkenbodempzorg vraagt zowel dat alle stappen in het stepped care proces koppelbaar zijn op patiëntniveau en dat voor alle relevante case-mix factoren, ook gegevens beschikbaar zijn. Aan de eerste voorwaarde is niet voldaan bij bekkenfysiotherapie en pessariumgebruik en voor de tweede voorwaarde ontbreken cruciale patiëntkenmerken zoals pariteit en BMI. Daarnaast ontstaan regionale verschillen in ketenzorg ook door aanbodfactoren, reistijd (dat speelt met name bij expertisecentra, wachttijden etc. Corrigeren voor het enige wel beschikbare kenmerk (leeftijd) zou geïnterpreteerd kunnen worden dat daarmee voor alle relevante aspecten is gecorrigeerd. Dat is niet zo. Daarom zijn alle data bewust ongecorrigeerd gepresenteerd omwille van transparantie en interpretatiegemak bij vergelijken regio's.

c. Resultaten

De analyse toont aanzienlijke regionale verschillen in de behandeling van prolaps en urine-incontinentie, zowel in de eerste als tweede lijn. De variatie lijkt deels toe te schrijven aan verschillen in regionale samenwerking en behandelpatronen, maar de exacte oorzaak blijft onduidelijk.

De huisartsenzorg laat grote regionale verschillen zien in het aantal consulten, episodeduur en verwijzingen naar de tweede lijn. De beschikbaarheid van data per regio varieert, waardoor de representativiteit beperkt is. Dit bemoeilijkt de interpretatie van verschillen als gevolg van regionale samenwerking. Ook de registratiepraktijken van diagnostische tests, zoals urinetests, blijken inconsistent, wat de waargenomen variatie deels kan verklaren.

Landelijke conclusies zijn betrouwbaarder dan regionale uitspraken voor de eerste lijn. Er zijn aanzienlijke variaties in de toegang tot bekkenfysiotherapie, zowel binnen als tussen regio's. Een groot deel van de patiënten ontvangt bekkenfysiotherapie pas na verwijzing vanuit de tweede lijn. Door de wisselende steekproef van fysiotherapiepraktijken is het onduidelijk in hoeverre deze representatief zijn voor de werkelijke zorgverlening. Daarnaast kon het volledige zorgtraject per patiënt niet in kaart worden gebracht vanwege het ontbreken van gekoppelde data. De ziekenhuisdata zijn volledig en stabiel over de jaren heen, wat een betrouwbaar beeld geeft van de zorg. Er zijn regionale verschillen in diagnostische verrichtingen en operatieve ingrepen, waarbij niet altijd een directe relatie is met verwijzingen vanuit de eerste lijn. Dit suggereert dat de behandelstrategieën in ziekenhuizen variëren.

d. Conclusie

De eerstelijnsdata geven geen eenduidig beeld van de invloed van regionale samenwerking op de variatie in zorg. De tweedelijnsdata tonen wel substantiële regionale verschillen in behandelapproach. Toekomstig onderzoek moet zich richten op correcties voor patiënt- en zorgaanbodkenmerken en diepere analyses naar regionale afspraken in de zorg.

Rapport 2: Variatie in bekkenbodempzorg en de samenhang met de richtlijnen in de huisartsenzorg

a. Doel

Dit onderzoek heeft als doel te bepalen in hoeverre variatie in zorg binnen de huisartsenpraktijk wordt veroorzaakt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in de richtlijnen. Specifiek wordt gekeken naar de toepassing van zorgactiviteiten bij bekkenbodempromotie, zoals prolaps en urine-incontinentie. Daarbij wordt onderzocht of praktijkvariatie verklaard kan worden door verschillen in patiëntpopulaties of dat het wijst op ongewenste praktijkvariatie. Dit draagt bij aan de evaluatie en eventuele verbetering van de richtlijnen om zorgconsistentie te bevorderen.

b. Methode

Om praktijkvariatie te analyseren, is gebruikgemaakt van een combinatie van data-analyse en expertconsultatie. Data-analyse: Huisartsenzorgdata zijn verkregen via het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) en gekoppeld aan declaratiegegevens van VEKTIS. De dataset bevat gegevens van 10% van de Nederlandse huisartsenpraktijken, representatief voor de totale populatie. De onderzoeksperiode beslaat de jaren 2015-2020. De data zijn per praktijk geaggregeerd over meerdere jaren om toevalseffecten te minimaliseren.

Selectie en analyse zorgactiviteiten: De geselecteerde zorgactiviteiten omvatten urineonderzoek, aantal consulten/duur van de episode, pessariumadvies (bij prolaps), verwijzing naar bekkenfysiotherapie, verwijzing naar de tweede lijn en medicatie (bij urine-incontinentie). De toepassing van deze activiteiten binnen huisartsenpraktijken is geanalyseerd op basis van het percentage patiënten dat de zorgactiviteit onderging en de mate van variatie tussen praktijken.

Huisartsconsultaties: Zes huisartsen (waaronder kaderhuisartsen urogynaecologie) zijn geïnterviewd over hun verwachtingen met betrekking tot het volume van zorgactiviteiten en de variatie tussen praktijken. Dit hielp bij de interpretatie van de data en het identificeren van mogelijke oorzaken van variatie.

Richtlijnenanalyse: De NHG-richtlijnen en andere relevante standaarden uit de periode 2016-2020 zijn bestudeerd door het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten. De mate van duidelijkheid en ruimte voor interpretatie in deze richtlijnen is geanalyseerd per zorgactiviteit.

Synthese en beoordeling: De verzamelde data en inzichten uit de huisartsconsultaties zijn gecombineerd om vast te stellen of variatie te wijten is aan onduidelijke richtlijnen of aan andere factoren. De resultaten zijn voorgelegd aan huisartsen ter validatie.

Door deze systematische aanpak wordt beoordeeld of praktijkvariatie gerechtvaardigd is of dat deze duidt op ongewenste variatie, wat implicaties kan hebben voor de herziening van richtlijnen.

c. Resultaten

Prolaps

Voor de behandeling en verwijzing van prolaps zijn zes zorgactiviteiten geanalyseerd. De geldende richtlijnen bieden slechts voor twee activiteiten aanbevelingen: het gebruik van een pessarium en verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut. Voor andere activiteiten ontbreken richtlijnen. Huisartsen verwachten over het algemeen een hoge praktijkvariatie, wat bevestigd wordt door de data. De duur van de behandeling en het aantal consulten verschillen sterk tussen praktijken, net als de verwijzingsfrequentie naar de tweede lijn.

Het ontbreken van een specifieke richtlijn voor de eerstelijnszorg kan bijdragen aan deze variatie. De NVOG-richtlijn beveelt een pessarium aan als primaire behandeling, maar laat open of deze in de eerste of tweede lijn moet worden gestart. Daarnaast ontbreken criteria voor verwijzing naar de tweede lijn. Eerdere rapporten van het Nivel en het Zorginstituut Nederland onderstrepen dat pessariumplaatsing in principe eerstelijnszorg is, maar dat deze regelmatig in ziekenhuizen plaatsvindt. Een financiële prikkel lijkt hier een rol te spelen, aangezien patiënten in de eerste lijn zelf moeten betalen voor het pessarium, terwijl dit in de tweede lijn vergoed wordt via de DBC-systeematiek.

Huisartsen noemen verder verschillen in affiniteit en kennis, beperkte verwijzingsmogelijkheden binnen de eerste lijn en de mogelijkheid tot verwijzing naar de tweede lijn als factoren die bijdragen aan praktijkvariatie. Of een eerstelijnsrichtlijn deze problemen kan verhelpen, is onduidelijk.

Urine-incontinentie

Bij urine-incontinentie zijn zeven zorgactiviteiten geanalyseerd. De richtlijnen bieden duidelijke aanbevelingen voor zowel stress- als urge-incontinentie, maar deze lijken in de praktijk niet altijd gevolgd te worden. Een belangrijke beperking in de data is het ontbreken van informatie over het type incontinentie, terwijl dit onderscheid essentieel is voor een gerichte behandeling. Ondanks de verwachting dat meerdere consulten nodig zijn in de eerste lijn, blijkt het gemiddelde aantal consulten per episode laag (1,9). In praktijken met de minste consulten ligt dit zelfs op 1,3. Dit suggereert dat behandeling niet altijd wordt gestart en dat verwijzing vaak direct plaatsvindt. Dit sluit aan bij eerder onderzoek op basis van patiëntendossiers. Net als bij prolaps wijzen huisartsen op variaties in affiniteit en kennis, aan- of afwezigheid van een kaderhuisarts, beperkte verwijzingsmogelijkheden en de beschikbaarheid van tweedelijnszorg als mogelijke oorzaken van de praktijkvariatie.

Rapport 3: Variatie in bekkenbodempzorg in ziekenhuizen en de samenhang met de richtlijnen van gynaecologen en urologen 2016-2019

a. Doel

Om te bepalen welk deel van de variatie in zorg voortkomt uit onduidelijke of te ruime richtlijnen, is een conceptueel model ontwikkeld dat praktijkvariatie analyseert binnen de bekkenbodempzorg. Richtlijnen dienen primair om klinische besluitvorming te ondersteunen en praktijkvariatie te verminderen.

b. Data en methode

De methode bestaat uit vijf onderdelen:

1. Onderzoekspopulatie en zorgactiviteiten in kaart brengen

De dataset bevat gegevens uit VEKTIS over ziekenhuiszorg op patiëntniveau, geanalyseerd binnen de CBS-micro-data omgeving. Vrouwen van 18 jaar en ouder met relevante diagnoses (prolaps, stress- en urge-incontinentie) zijn geïdentificeerd. Zorgactiviteiten zijn uitgesplitst per Diagnose Behandel Combinatie (DBC), en 35 zorgactiviteiten zijn geïnccludeerd. Vanwege COVID-19 is 2020 buiten de trendanalyse gelaten.

2. Verwachte praktijkvariatie bepalen

Medisch specialisten (gynaecologen en urologen) hebben in groeps gesprekken ingeschat of zorgactiviteiten veel of weinig worden toegepast en of er praktijkvariatie tussen instellingen bestaat. Ook zijn mogelijke verklaringen voor deze variatie besproken.

3. Feitelijke praktijkvariatie analyseren

Op basis van de Vektis-data is het aantal patiënten, instellingen en behandelingen per jaar berekend. De verdeling van zorgactiviteiten over instellingen en regio's is geanalyseerd. Vanwege beperkte gegevens over het uitvoerend specialisme kon geen onderscheid worden gemaakt tussen behandelingen door gynaecologen en urologen. Er is geen case-mix correctie uitgevoerd. Case-mix correctie vraagt dat voor alle relevante case-mix factoren, gegevens beschikbaar zijn. Er ontbreken echter gegevens over cruciale patiëntkenmerken zoals pariteit en BMI. Corrigeren voor het enige wel beschikbare kenmerk (leeftijd) zou geïnterpreteerd kunnen worden dat daarmee voor alle relevante aspecten is gecorrigeerd. Dat is niet zo. Daarom zijn alle data bewust ongecorrigeerd gepresenteerd. Waar we mogelijk registratiefouten of registratieverschillen vermoeden, zoals foutieve DBC-codering bij urologie/gynaecologie (bv. SUI/UUI-verwisseling) hebben we dat vermeld omdat het de betrouwbaarheid beïnvloedt. Dat geldt ook voor behandeling in ZBC's: deze gebruiken soms specialist-overstijgende DBC's, wat classificatieproblemen oplevert.

4. Richtlijnen analyseren

Alle relevante richtlijnen (NHG, KNGF, NVOG, NVU en internationale richtlijnen) zijn geëvalueerd om na te gaan welke behandelingen als passend worden beschouwd. Eventuele verschillen tussen richtlijnen van urologen en gynaecologen zijn besproken.

5. Synthese en beoordeling

De resultaten zijn samengevat en besproken in de begeleidingscommissie van dit traject. Per zorgactiviteit is beoordeeld of deze anno 2016-2019 passend, mogelijk passend of niet passend was, op basis van de kennis en richtlijnen anno 2024.

c. Samenvatting en conclusie

Bij de richtlijnenanalyse is gekeken naar zorgactiviteiten per diagnose en specialisme. Er zijn 87 combinaties van zorgactiviteit-diagnose-specialisme geanalyseerd. Hiervan had 53% geen richtlijnadvies. Van de 41 adviezen waren er 14 groen (positieve aanbeveling), 14 oranje (onduidelijke aanbeveling) en 13 rood (negatieve aanbeveling). Dit toont aan dat voor veel zorgactiviteiten geen duidelijke richtlijn bestaat, wat leidt tot praktijkvariatie. Daarnaast zijn er verschillen tussen specialismen, bijvoorbeeld bij (bekken)echografie voor UUI, waar gynaecologen een positieve aanbeveling geven en urologen een negatieve. Dit inconsistente advies zou niet mogen voorkomen en kan leiden tot ongewenste variatie.

De data tonen aan dat diagnostische activiteiten de grootste groep vormen, gevolgd door prolapschirurgie en interventies zoals injecties en neurostimulatie voor incontinentie. Daarnaast is er aanzienlijke regionale variatie, deels verklaard door de aanwezigheid van expertisecentra. In sommige regio's worden behandelingen veel vaker uitgevoerd dan elders, zonder dat duidelijk is of dit wenselijke of ongewenste variatie betreft. Er zijn grote verschillen in behandelpercentages tussen ziekenhuizen. De variatie is het grootst bij prolapschirurgie, met een factor 13 verschil tussen de ziekenhuizen met de hoogste en laagste behandelpercentages.

Omdat voor 46 combinaties geen richtlijnadvies bestond, heeft de begeleidingscommissie beoordeeld of de zorgactiviteiten passend zijn. Gemiddeld werd 91,2% als best practice aangemerkt, met variatie per diagnose (bij UUI het hoogst, bij SUI het laagst). Inconsistenties tussen de richtlijnen en de beoordeling van de begeleidingscommissie benadrukken de noodzaak om richtlijnen beter af te stemmen op de actuele praktijk.

Er zijn drie scenario's waarin richtlijnherziening overwogen kan worden:

- Passende zorg met een rode aanbeveling: bijvoorbeeld (bekken)echografie bij verschillende aandoeningen, waar een richtlijnherziening nodig kan zijn.
- Passende zorg met een oranje aanbeveling: Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek waar richtlijnherziening overwogen kan worden.
- Niet-passende zorg met een onduidelijke aanbeveling: bijvoorbeeld urodynamisch onderzoek bij bepaalde indicaties, waar verduidelijking nodig is.
- Niet-passende zorg zonder aanbeveling: bijvoorbeeld cystoscopie bij SUI, waar een richtlijnmodule kan bijdragen aan betere zorg.

Voor landelijke of lokale (de)implementatie van zorg die als niet passend is geïdentificeerd, is gekeken naar het volume van de interventies. Zorgactiviteiten met een hoog volume (minimaal 500 per jaar) zijn kansrijk voor landelijke de- implementatie, terwijl interventies met een volume tussen 50 en 500 vooral lokaal aangepakt kunnen worden. Daarnaast is monitoring met spiegelgesprekken aanbevolen voor zorgactiviteiten waarbij de behandelvariatie hoog is (meer dan een factor 10 verschil tussen ziekenhuizen) en waarbij het om meer dan 500 behandelingen per jaar gaat.

d. Aanbevelingen verbeteren bekken bodemzorg

De analyses in de drie rapporten bevestigen dat er een grote variatie is tussen regio's in bekkenbodempzorg. Bij de bespreking in de begeleidingscommissie zijn een aantal conclusies getrokken over wat er nodig is voor verbetering:

- Duidelijke richtlijnen die zorgverleners helpen bepalen wanneer doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is.
- Verminderen van onnodige variatie in behandelingen door landelijke monitoring en spiegelgesprekken in de tweedelijnszorg.
- Lokaal en voorkeur voor bewezen effectieve behandelingen, terwijl verouderde of niet-passende methodes worden afgebouwd.

Er zijn wel een aantal randvoorwaarden

- Financiële haalbaarheid met duidelijke betaaltitels per zorgstap.
- Voldoende capaciteit en vergoeding voor gespecialiseerde bekkenfysiotherapie.
- Volledige dataregistratie op patiëntniveau, zodat huisartsen en specialisten jaarlijks kunnen monitoren en bijsturen.

e. Bruikbaarheid van de ontwikkelde methode voor andere aandoeningen

Het ontwikkelde instrument maakt het mogelijk om op systematische wijze praktijkvariatie in de bekkenbodembodemzorg te analyseren en te beoordelen in hoeverre richtlijnen bijdragen aan deze variatie. Afhankelijk van de bevindingen kunnen aanbevelingen worden gedaan voor richtlijnwijzigingen, monitoring of andere interventies.

De gebruikte methode heeft bewezen effectief te zijn door verschillende databronnen te combineren: richtlijn-analyse, gesprekken met medisch specialisten en analyses van variatie in zorgactiviteiten. De praktijkvariatie is vastgesteld op basis van gedeclareerde zorg in de periode 2016-2020. Medisch specialisten zijn geraadpleegd om hun verwachtingen over praktijkvariatie te toetsen aan de daadwerkelijke data. De resultaten tonen aan dat deze verwachtingen goed aansluiten bij de geconstateerde praktijkvariatie. Dit bevestigt dat deze methode geschikt is voor het evalueren van richtlijnen en het identificeren van best practices. De analyses zijn uitgevoerd in de CBS-microdata omgeving, wat essentieel is om regionale variatie te identificeren. In de toekomst kan deze aanpak goedkoper worden door het kosteloos beschikbaar stellen van VEKTIS-data. Voor herhaalonderzoek of toepassing op andere aandoeningen is de CBS-Microdata omgeving noodzakelijk, vooral voor case-mix correctie en koppeling van data. Een vervolgproject kan beperkt blijven tot de analyses uit dit rapport, zonder de extra onderdelen zoals regiobeelden en huisartsenzorganalyses, die minder waardevol bleken. De methode biedt een feitelijke manier om praktijkvariatie te analyseren. Bij vervolgonderzoek naar specifieke zorgactiviteiten, is case-mix correctie aan te bevelen omdat het een betrouwbaarder beeld geeft van de precieze behandelvariatie tussen instellingen. Ondanks dat deze analyses zonder case-mix correctie zijn uitgevoerd, bieden de resultaten een empirische basis voor interventies waar verbetermaatregelen, zoals richtlijnaanpassingen, implementatie- en de-implementatiestrategieën, monitoring en spiegelgesprekken overwogen kan worden.

2. INLEIDING

De ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor systematische analyse van regionale praktijkvariatie, richtlijnen en hun samenhang: bekkenbodempzorg door huisartsen, bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen en urologen als casus

2.1. ACHTERGROND PROJECT

- a. Passende zorg vraagt om een systematische analyse van regionale praktijkvariatie en evaluatie van (het al dan niet toepassen) van wetenschappelijke richtlijnen

Passende zorg is de norm in curatieve zorg. Dat is zorg die effectief is, tot stand komt door samen beslissen met de patiënt, zo veel mogelijk in de eerste lijn of zelfs thuis plaats vindt, en gericht is op gezondheid [1]. Het gevolg van dit kader is dat de zorg voor patiënten met dezelfde klachten kan verschillen. Dat zorg verschilt tussen patiënten met vergelijkbare klachten is bekend, maar door dit normenkader is het niet eenvoudig te bepalen of verschillen het gevolg zijn van toepassing van dat kader, of het gevolg is van ongewenste factoren van invloed [2]. Deze factoren kunnen bestaan uit behandelvoorkeuren van zorgprofessionals of bijvoorbeeld verschillen in samenwerking tussen eerste lijn en tweede lijn, waardoor er verschillen zijn in de populaties, die in het ziekenhuis terecht komen.

In dit pilotproject dat is geïnitieerd vanuit van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (de NVOG) en dat is gefinancierd wordt via SKMS gelden, is een instrument ontwikkeld voor de systematische analyse van regionale praktijkvariatie, richtlijnen en hun samenhang. Uiteindelijk doel is om deze variatie nader te ontleden, om vervolgens tot verbetermaatregelen te komen. Er is gekozen voor de analyse van bekkenbodempzorg in Nederland, welke wordt verricht door huisartsen, bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen en urologen. Deze zorg leent zich als pilotproject, omdat al bekend is, dat er grote regionale praktijkvariatie is. Ook bestaan er meerdere interventies zowel in de eerste als de tweede lijn.

- b. Variatie in behandeling van bekkenbodempklachten in Nederland

In Nederland wordt bekkenbodempzorg voor vrouwen verricht door diverse hulpverleners. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft in 2020 geconcludeerd dat er veel variatie is in de behandeling als gevolg van verschillen in regionale samenwerking tussen eerste en tweede lijn enerzijds en verschillen in behandelplan in 1e en 2e lijn anderzijds bij stress urine -incontinentie en prolaps.

Prolaps komt voor bij 40% van de vrouwen in Nederland [3]. Opties voor behandelingen zijn conservatief (counseling en geruststelling, pessariumtherapie of bekkenfysiotherapie) of operatief. Als er wens of noodzaak is tot een operatie dan komt de vrouw meestal bij de gynaecoloog, die met haar het besluit tot een prolapsoperatie neemt. In Nederland vinden er jaarlijks zo'n 15.000 prolapsoperaties plaats. Het grootste deel hiervan betreft primaire chirurgie. Het is bekend dat er veel praktijkvariatie is, wat betreft de mate waarin er invasief behandeld wordt, alsook het type operatie, dat wordt uitgevoerd. Een aantal vergelijkende studies is gedaan waarin is onderzocht of een bepaalde operatie superieur in uitkomst is ten opzichte van de ander [4]. De auteurs identificeerden chirurgische praktijkvariatie met betrekking tot wel of geen baarmoederbehoud en benoemden mogelijke verklaringen voor deze bevinding: het ontbreken van duidelijk gedefinieerde richtlijnen, gebrek aan toepassing van richtlijnen en gebrek aan bewijs voor een optimale behandelstrategie. In de periode 2011 - 2017 nam de praktijkvariatie af bij prolaps operaties. Bovendien daalde het aantal chirurgische ingrepen, wat vooral te wijten was aan een afname van het aantal hysterectomieën. Dit duidt op een verschuiving naar meer conservatieve therapie en baarmoederbehoud [5].

Urine-incontinentie komt voor bij ongeveer een kwart tot de helft van de volwassen vrouwen in Nederland [6]. Er zijn verschillende varianten van urine-incontinentie te onderscheiden, namelijk aandrang (urge) urine-incontinentie, inspanning (stress) urine-incontinentie (incontinentie bij druk verhogende momenten) of een gemengde vorm. De behandelopties van stressincontinentie zijn conservatief (counseling en geruststelling, bekkenfysiotherapie) of operatief. Onderzoek heeft aangetoond dat bij matig tot ernstige stressincontinentie de operatieve behandeling het meest effectief is [7].

Er zijn dus verschillende behandelingen mogelijk bij stress- en urge-incontinentie en bij prolaps. Het belangrijkste verschil is allereerst conservatief vs. operatief. Binnen prolapschirurgie kan vervolgens ook onderscheid gemaakt

worden in een tweetal grove categorieën: (1) uterus (baarmoeder) sparend versus niet uterus sparende operaties voor prolaps van het middelste compartiment (baarmoeder); (2) vaginale chirurgie versus laparoscopische chirurgie (met mesh/implantaat). Van beide categorieën behandelvarianten ontbreekt een actueel overzicht. Ook is onduidelijk welke diagnostiek en behandeling in lijn met de richtlijnen zijn en welk deel daarvan afwijkt.

2.2. DOEL PROJECT

Voor verbetering volgens de principes van Juiste zorg op de Juiste Plek is inzicht nodig in de regionale variaties in eerste en tweedelijns zorg en consensus van betrokken professionals over de mate waarin de variatie het gevolg is van (a) verschillen in regionale samenwerking; (b) onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in richtlijnen; (c) gebrekkige implementatie van richtlijnen. Het centrale doel van het project 'Inventarisatie zorgpaden rondom bekkenbodembodem' is het ontwikkelen van indicatoren, die de zorgpaden voor prolaps en stress-urge-incontinentie op een zodanige manier inzichtelijk maken, dat daarmee duidelijk wordt wat de reden is van (ongewenste) praktijkvariatie in de zorg.

Aangezien er verschillende verklaringen mogelijk zijn, is het van belang dat er bij alle betrokken partijen consensus bestaat over deze indicatoren. Daarom is er een begeleidingscommissie ingericht met deelnemers van de Werkgroep Bekkenbodem (WBB) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), patiëntenorganisatie Stichting Bekkenbodem4all, Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB), en Zorgverzekeraars Nederland. Marian Engberts (lid van het bestuur van de WBB en voorzitter van deze werkgroep) is voorzitter van de begeleidingscommissie. In de fase van de interpretatie zijn een aantal deskundigen buiten de begeleidingscommissie geraadpleegd.

Deze werkgroep geeft met ondersteuning vanuit het Kennisinstituut op basis van de analyses van het Talma Instituut van de Vrije Universiteit, op basis van consensus binnen de begeleidingscommissie, antwoord op de volgende drie vragen waarbij per vraag is beschreven wat het project oplevert:

Vraag	Aanpak
1) Welk deel van de variatie in zorg komt door verschillen in regionale samenwerking?	In kaart brengen van de variatie in de eerste en tweedelijnszorg met indicatoren op niveau zorgkantoorregio en een analyse van de mate waarin deze variatie het gevolg kan zijn van verschillen in samenwerking.
2) Welk deel van de variatie in zorg komt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in richtlijnen?	In kaart brengen van de variatie tussen ziekenhuizen in gebruik van diagnostiek en behandelingen, de samenhang met advies daarover in de richtlijnen en het identificeren van best practices van diagnostiek en behandeling.
3) Welk deel van de variatie in zorg komt door gebrekkige implementatie van de richtlijnen?	Op ziekenhuisniveau, maar niet herleidbaar tot een specifiek ziekenhuis, beschrijven in welke mate de zorg volgens de best practice is.

De primaire focus van de begeleidingscommissie ligt op het bereiken van consensus over de methode en de interpretatie van de resultaten. Het vertalen van die resultaten naar mogelijke maatregelen, is aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen. De resultaten van het project zullen daar gepresenteerd worden en het is aan hen om vervolgvactiteiten te ontplooiën, waar zij dat noodzakelijk achten.

Dit deelrapport betreft vraag 2 en 3 en omvat de MSZ-tweedelijnszorg. Er zijn daarnaast nog twee andere rapporten: een dat vraag 1 en een dat vraag 2 uitgewerkt specifiek voor de huisartsenzorg. Tot slot is er nog een publicatie van alle rapporten.

2.3. CONCEPTUEEL MODEL DATA VERZAMELING EN INTERPRETATIE RESULTATEN

Welke soort data is nodig voor het beantwoorden van de vraag welk deel van de variatie in zorg komt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in richtlijnen?

Het primaire doel van een richtlijn is het ondersteunen van de klinische besluitvorming en gerelateerde doelen zijn het transparanter maken van zorg en het verminderen van ongewenste praktijk variatie (zie kader) ¹.

¹ https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-03/rapport_medisch_specialistische_richtlijnen_3.0.pdf

‘Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en gebruikers. Pag 5

‘Het primaire doel van een richtlijn is de klinische besluitvorming ‘in de spreekkamer’ te ondersteunen. In een richtlijn wordt de klinische (meer)waarde van zorg voor patiëntengroepen in het totale zorgproces beschreven, door landelijke duiding van wetenschappelijk bewijs, gegevens uit de praktijk, klinische expertise en het patiënten perspectief. Een richtlijn beoordeelt de statistische hardheid van het wetenschappelijk bewijs en de klinische relevantie van de betreffende zorg. De aanbevelingen vormen richtinggevende adviezen; in de spreekkamer vindt de besluitvorming plaats, waarmee de context van individuele patiënt geadresseerd wordt. Gerelateerde doelen van richtlijnen zijn het reduceren van (ongewenste) praktijkvariatie en transparanter maken van het medisch handelen. Pag. 7 ‘

Alhoewel richtlijnen niet altijd of ook niet formeel gericht zijn op de vraag welke zorgactiviteiten (waarop Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) gebaseerd zijn), passend zijn in een bepaalde klinische context, is voor alle gedeclareerde zorgactiviteiten in de bekkenbodenzorg allereerst in kaart gebracht wat de aanbeveling in de richtlijn is. Als er een aanbeveling is, kan de kleur groen, oranje of rood zijn. Het kan ook zijn dat er geen aanbeveling is voor de zorgactiviteit.

Voor al deze zorgactiviteiten is vervolgens een aantal medisch specialisten in focusgroepen bevraagd of ze op basis van de richtlijnen verwachten dat de betreffende zorgactiviteiten veel of juist weinig wordt toegepast bij diagnostiek en/of behandeling en of ze veel praktijkvariatie tussen instellingen verwachten en waarom. Deze vragen geven een eerste globaal inzicht in de mate waarin de richtlijnen in de praktijk voldoende duidelijk zijn. Ze zijn vooral van belang als er voor de zorgactiviteit geen advies is geformuleerd: is het dan helder of het een veelvoorkomende zorgactiviteit is en of er veel praktijkvariatie wordt verwacht en zo ja waarom. Kan dat te maken hebben met verschillen in de patiëntenpopulatie, of gaat het vooral om de behandelvoorkeuren van professionals?

Tot slot is het feitelijk volume van de zorgactiviteit in kaart gebracht. Zorggebruik kan variëren tussen patiënten, zorgprofessionals, instellingen, regio's en in de tijd.

Hoe kan op basis van bovenstaande geconcludeerd worden of de richtlijn te ruim is of onduidelijk?

Als er voor patiënten relevante, variatie wordt vastgesteld van een bepaalde zorgactiviteit, dan is de vraag of deze variatie in bekkenbodenzorg het gevolg is van onduidelijke richtlijnen onlosmakelijk verbonden met de vraag of het ongewenste praktijkvariatie betreft. Per zorgactiviteit met waarbij praktijkvariatie wordt gevonden, is de volgende vraag of de data wijzen op overbehandeling of juist onder behandeling.

Indicaties voor mogelijke ongewenste praktijkvariatie zijn als volgt geïdentificeerd:

- Het volume van zorg wijkt af van de richtlijnen en de wetenschappelijke kennis zoals die beschikbaar was in het jaar waarin de zorg werd geleverd. Bijvoorbeeld: de richtlijn zegt: wees terughoudend met, terwijl de zorgactiviteit bij bv 10% patiënten plaatsvindt en er ook alternatieven zijn die wel geadviseerd worden.
- Er ontbrak consensus in de verwachtingen ten aanzien van volume en omvang van de variatie onder de geraadpleegde medisch specialisten. Of, in het geval van consensus, weken verwachtingen van de medisch specialisten sterk af van het feitelijke volume (bijvoorbeeld een zorgactiviteit waarvan wordt gezegd dat die niet geïndiceerd is voor prolaps, maar toch gedeclareerd wordt)
- Sommige zorginstellingen voeren de zorgactiviteit wel uit, andere niet, zonder dat er sprake is van formeel vastgestelde expertisecentra. Als dat zo is, dan is het logisch dat niet iedereen de zorg levert. Is het echter een zorgactiviteit waarvoor geen specifieke expertise nodig is, dan is het mogelijk een indicatie voor lokale preferentie. Andersom kan ook: bij sommige instellingen is de vaak nieuwere behandelmethode al geïmplementeerd, maar bij andere nog niet.
- De patiënten die de behandeling ontvangen komen slechts uit een deel van Nederland. Dit wijst erop dat er echt lokale voorkeuren zijn, die zo sterk zijn dat sommige aanbieders de behandeling helemaal niet uitvoeren.
- Grote variatie tussen de percentages patiënten die een bepaalde behandeling krijgen in een ziekenhuis. Stel dat in het ene ziekenhuis 10% laparoscopisch behandeld wordt en in het andere 50%, zonder dat aannemelijk is dat de patiëntenpopulatie verschilt, dan is zo'n verschil in behandelpercentage een gangbare indicator voor mogelijke ongewenste praktijkvariatie.

Uiteindelijk vraagt het oordeel 'ongewenste praktijkvariatie' medisch-inhoudelijke kennis van de zorgpraktijk en kennis van de stand van de wetenschap in de onderzochte periode. De begeleidingscommissie heeft daarom in overleg met inhoudelijke experts per zorgactiviteit een conclusie getrokken. Deze is door de onderzoekers verder vertaald naar mogelijke vervolgacties.

Als de praktijkvariatie niet als onwenselijk wordt getypeerd, dan is het ook niet problematisch als de richtlijn onduidelijk is of te ruim. Daarnaast is de vraag van belang of de ongewenste praktijk variatie vooral lokaal speelt of dat deze landelijk optreedt. Als het namelijk vooral een lokaal vraagstuk is, dan is de vraag of aanscherping van de richtlijn gewenst is, gezien de tijd en kosten van een richtlijn aanpassing. Monitoring van het lokale toepassen van de richtlijn kan een afdoende maatregel zijn. Ook als de ongewenste praktijkvariatie landelijk optreedt, kan monitoring afdoende zijn als de richtlijn inhoudelijk als voldoende richtinggevend wordt beoordeeld.

'Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie' opgesteld in opdracht van ZINL, ZonMw, FMS en NFU

Praktijkvariatie ...

- is de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of wijze waarop zorg wordt geboden aan patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen.
- Praktijkvariatie kan acceptabel en zelfs gewenst zijn, indien zij wordt veroorzaakt
 - ...door aantoonbare verschillen tussen patiënten(populaties) en hun voorkeuren, die aanpassing vereisen vanuit het oogpunt van gepaste zorg en/of
 - ...door ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen, door taakverdeling, concentratie en selectieve zorginkoop, en door overige verschillen tussen zorgaanbieders, die op basis van landelijke kwaliteitsstandaarden rechtvaardigen dat die zorg juist wel of juist niet wordt geleverd door de betreffende aanbieder
- Praktijkvariatie is onverklaard c.q. ongewenst - _en verdient dus analyse en zo nodig correctie - _in alle andere gevallen.

3. METHODE EN DATA VERZAMELING IN DETAIL

De methode bestaat uit vijf stappen en zal kort besproken worden. Per stap worden de variabelen beschreven en de methode van data verzamelen.

3.1. IN KAART BRENGEN ONDERZOEKSPOPULATIE EN RELEVANTE ZORGACTIVITEITEN

Het onderzoek betreft de periode 2016-2020. De data van ziekenhuiszorg is afkomstig van VEKTIS en omvat op patiëntniveau gegevens over het zorggebruik in de tweede lijn. Deze dataset omvat bijna alle (~98%) declaraties van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De data zijn geanalyseerd binnen de CBS-microdata omgeving waardoor koppeling met andere bestanden op gepseudonimiseerd BSN-nummer mogelijk is.

Voor elk van de jaren in de dataset is vanuit de GBA (Gemeentelijke Basis Administratie) dataset bepaald welke personen in Nederland ouder dan 18 jaar en vrouw zijn. Voor deze personen zijn alle gegevens van de zorgproducten en -activiteiten binnen de relevante diagnoses (Prolaps: G25, Stress urine incontinentie (SUI)/prolaps: 034 en G25 en Urge-urine incontinentie/overactieve blaas (UUI/OAB): 035 en G25) verzameld. Bij de analyse zijn de zorgactiviteiten uitgesplitst per Diagnose Behandel Combinatie (DBC). In totaal zijn 35 zorgactiviteiten geïncordeerd. In tabel 1 zijn de aantallen patiënten en instellingen per diagnose weergegeven over de verschillende jaren heen. In 2020 nam als gevolg van Covid aantal patiënten af. Bij de trendmatige vergelijking is daarom 2020 buiten beschouwing gelaten.

Tabel 1: Beschrijving dataset ziekenhuiszorg

Ziektebeeld (Code)	2016	2017	2018	2019	2020
Prolaps (G25)					
Aantal patiënten	58237	62211	64179	65824	58455
Aantal instellingen	100	106	98	100	99
Stressincontinentie/prolaps (034)					
Aantal patiënten	8098	7986	7859	7626	6102
Aantal instellingen	88	88	86	81	82
Uge-incontinentie/OAB (035)					
Aantal patiënten	15473	17211	17332	17845	16620
Aantal instellingen	89	92	85	84	84

Aandoening	Prolaps / SUI / UUI
Hoofd categorie	Diagnostiek, Conservatieve therapie, SUI operatie, Prolapsoperatie: Baarmoeder sparend of verwijderend,
Zorg activiteit	Dit is de zorgactiviteiten code zoals vastgesteld door de NZa https://www.opendisdata.nl/msz/zorgactiviteit
Omschrijving	Omschrijving zorgactiviteit

3.2. IN KAART BRENGEN VERWACHTE PRAKTIJKVARIATIE BRENGEN

Om zicht te krijgen op de duidelijkheid van de richtlijnen, is aan een aantal medisch specialisten in een groepsge-sprek per zorgactiviteit de vraag voorgelegd of ze op basis van hun kennis van de richtlijnen verwachten dat de zorgactiviteit veel of juist weinig wordt toegepast in instellingen en of er veel praktijkvariatie tussen instellingen is. Tot slot werd de vraag gesteld of er verklaringen zijn voor verschillen tussen aanbieders t.a.v. het percentage patiënten dat behandeling krijgt.

Hiervoor zijn twee groepen medisch specialisten geïnterviewd (1 groep met ervaring in richtlijn ontwikkeling pro-laps, UUI of SUI en 1 groep zonder ervaring in de ontwikkeling van deze richtlijnen) en voor urologie en gynaecolo-gie afzonderlijk. In totaal zijn 9 medische specialisten (4 urologen en 5 gynaecologen) betrokken. Onderzoeker KH en EvdH waren bij de gesprekken aanwezig en hebben de conclusie geformuleerd. Deze is daarna ter controle voorgelegd aan de respondenten.

Verwachting van medisch specialisten van het percentage patiënten dat behandeld wordt	Laag/midden/hoog. Bij gebrek aan consensus zijn 2 categorieën benoemd
Verwachting van medisch specialisten van praktijk variatie tussen instellingen.	Laag = de behandeling wordt bij merendeel instellingen verricht Midden = de behandeling wordt bij deel instellingen verricht Hoog = de behandeling wordt bij klein deel instellingen verricht
Mogelijk bijzondere situaties die verschillen kunnen verklaren	Specifieke situaties waarin behandeling wel of niet passend is, uitvoering door expertisecentra, lopende zorgevaluatie

3.3. IN KAART BRENGEN FEITELIJKE VARIATIE ZORG

Op basis van een Vektis dataset, zijn binnen de CBS-microdata omgeving voor gedeclareerde zorgactiviteiten prolaps, stress - en urge-incontinentie de volgende indicatoren ontwikkeld voor 2016-2020. Vanwege Covid en het effect daarvan op zorg, is de rapportage beperkt tot 2016-2019. Indien het aantal zorgactiviteiten minder is dan 10 per jaar, is dat niet gerapporteerd vanwege CBS-regels voor voorkomen van herleidbaarheid van gegevens.

Aantal patiënten	Aantal unieke vrouwen in een jaar met een bepaalde zorgactiviteit
Aantal instellingen	Aantal unieke instellingen in een jaar dat de zorgactiviteit minimaal 1 keer heeft gedeclareerd heeft
Percentage patiënten met behandeling	Gemiddeld percentage patiënten per instelling dat de zorgactiviteit krijgt (= aantal unieke vrouwen met Zorgactiviteit X / aantal unieke vrouwen met een geopende DBC in een bepaald jaar) (ongewogen gemiddelde)
Percentage patiënten met behandeling in 10 meest behandelende instellingen (top10) ²	Gemiddeld percentage patiënten per instelling van de top 10 instellingen dat de zorgactiviteit krijgt (= aantal unieke vrouwen met Zorgactiviteit X/ aantal unieke vrouwen met een geopende DBC in een bepaald jaar) (ongewogen gemiddelde)
Percentage patiënten met behandeling in 10 minst behandelende instellingen (bot10)	Gemiddeld percentage patiënten per instelling van de top 10 instellingen dat de zorgactiviteit krijgt (= aantal unieke vrouwen met Zorgactiviteit X/ aantal unieke vrouwen met een geopende DBC in een bepaald jaar) (ongewogen gemiddelde)
Aantal regio's waar patiënten vandaan komen	Aantal zorgkantoorregio's waar de zorgactiviteit minstens 1x voorkwam (op basis van adres patiënt)

In de dataset bleek het niet mogelijk om een onderscheid te maken per zorgactiviteit naar uitvoerend specialisme vanwege het ontbreken van volledige gegevens over het uitvoerend specialisme bij elke zorgactiviteit. Dat is relevant omdat voor urine-incontinentie gynaecologen en urologen deels hun eigen richtlijnen hebben (zie verderop).

3.4. IN KAART BRENGEN ADVIES IN RICHTLIJNEN

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten heeft per zorgactiviteit beschreven wat in de richtlijn staat. Hiervoor zijn alle relevante richtlijnen bestudeerd en is de letterlijke tekst daarover verzameld en het jaartal waarin deze formulering in de richtlijn is opgenomen. Waar van toepassing, zijn de verschillen in de richtlijnen van urologen en gynaecologen besproken.

De volgende richtlijnen zijn bij de analyse betrokken:

- NHG-Standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' (2015) *
- KNGF-richtlijn 'Stress (urine-)incontinentie' (2017)
- NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen' (2011) *
- NVU/NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg' (2014) *
- NVOG-richtlijn 'Prolaps' (2014)
- (EAU guideline Non neurogenic Female lower urinary tract symptoms (2021))
- (NICE Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (2019))

² Als het aantal instellingen dat de behandeling uitvoert kleiner dan 20 is, kunnen deze categorieën overlappen. Daar is niet voor gecorrigeerd.

Dit zijn de richtlijnen die gebruikt zijn bij verbeter-signalement Zorginstituut en die van toepassing waren op de onderzochte periode.³ De richtlijnen met * zijn daarna geactualiseerd. Waar dat relevant is zullen bij de bespreking van de zorgactiviteit en in het afsluitende hoofdstuk de resultaten ook beschouwd worden vanuit de richtlijnen zoals die anno 2025 gelden. Concreet gaat het om: Urine-incontinentie (UI) 2^e en 3^e lijnszorg uit 2024 van de NVU⁴ en de richtlijn Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen uit 2023 van de NVOG.⁵

Specialisme waar richtlijn voor is	Gynaecologie/Urologie
Patiëntenpopulatie zoals beschreven in richtlijn	Nadere afbakening doelgroep
Kleur aanbeveling	Rood, oranje, groen, geen aanbeveling
Aanbeveling	Letterlijke tekst aanbeveling
Vertrouwen in literatuur	Grade beoordeling
Jaar	Datum autorisatie module

3.5. IN KAART SYNTHESE EN BEOORDELING IN BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Bovenstaande stappen zijn uitgevoerd in de periode mei 2023 – augustus 2023 (1 en 3) en januari 2024- juni 2024 (stap 2) en in september 2024 zijn de resultaten besproken in de begeleidingscommissie. Ter voorbereiding is door de onderzoekers een samenvatting gemaakt van de resultaten.

Is er een aanbeveling in de richtlijn?	Ja, duidelijke aanbevelingen Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie Nee, geen aanbeveling
Komt verwacht en feitelijke gebruik overeen?	Ja, hoog volume conform verwachting Ja, laag volume conform verwachting Ja, sterk wisselend volume per instelling conform verwachting Nee, hoger volume dan verwachting Nee, lager volume dan verwachting
Duiding resultaten door begeleidingscommissie i.c.m. experts	Open tekst
Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie?	Ja Mogelijk Nee
Toelichting	Open tekst
Wat is gewenste aanpak mbt richtlijn?	Toelichting
Best practice?	Niet voor deze indicatie, Misschien voor deze indicatie, vraagt nadere analyse In principe voor deze indicatie
Lijkt registratie betrouwbaar en/of volledig?	Ja Nee
Lokale maatregelen nodig?	Ja Mogelijk Nee
Uitvoering in expertisecentrum?	Ja Nee
Landelijke maatregelen nodig?	Ja, landelijke de implementatie Ja, landelijke implementatie Monitoren en spiegelinformatie Nee
Advies m.b.t. module in richtlijn ?	Open tekst

³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2020/06/23/zinnige-zorg-verbetersignalement-bekkenbodemplachten/Zinnige+Zorg+-+Verbetersignalement+Bekkenbodemplachten.pdf>

⁴ <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-2e-3e-lijnszorg/startpagina-richtlijn-urine-incontinentie-in-de-2e-en-3e-lijnszorg-2024.html>

⁵ <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-bij-vrouwen/startpagina-urine-incontinentie-ui-bij-vrouwen.html>

Per combinatie van zorgactiviteit en diagnose is een samenvatting gemaakt die onderstaande elementen bevat. Op basis daarvan is de praktijk anno 2016-2019 geduid volgens de kennis en evidence anno 2025: is de zorgactiviteit passend voor de diagnose? Dan noemen we het een best practice. Is de zorg misschien passend: dat wil zeggen dat het een optie is maar niet de meest voor de hand liggende of eerste interventie? Of is de interventie niet passend. De begeleidingscommissie heeft deze conclusie getrokken na overleg met externe adviseurs waar nodig. Deze conclusies per zorgactiviteit zijn met grote zorgvuldigheid opgesteld maar zijn expliciet concept conclusies tot dat deze door de betrokken wetenschappelijke vereniging zijn beoordeeld, mogelijk zijn aangepast en vastgesteld. Om die reden is 'Concept-rapport' aan de titel van dit rapport vastgesteld.

4. RESULTATEN

4.1. DIAGNOSTIEK

i. (Bekkenbodem)echografie

Echoscopie is een onderzoekstechniek waarmee organen in de buik en het kleine bekken met een sonde/transducer zichtbaar worden gemaakt. Eventueel kan ook onderzoek worden verricht naar de bekkenbodemspieren, door de transducer tegen het perineum (tussen vagina en anus) te plaatsen.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

(Bekkenbodem) echografie (NZA-code 39492, P32, U38) is de meest uitgevoerde diagnostische zorgactiviteit: jaarlijks gemiddeld 30021 (Prolaps), 3178 (SUI) en 6271 (UUI). Het is beschikbaar voor vrouwen in heel Nederland alhoewel minder ziekenhuizen het aanbieden voor SUI en UUI en dat is logisch omdat urologen niet standaard een echo in hun spreekkamer hebben staan. Het volume neemt toe bij zowel prolaps (9,8%), SUI (21,3%) maar vooral UUI (29,5%). De praktijkvariatie is groot: de kans op een (bekkenbodem) echo bij prolaps is 50,7% maar varieert van 15,4%-85,0. Vergelijkbare variatie zien we bij SUI (44,7%, 7,7%-81,4%) en UUI (39,7%, 4,1%-72,7%)

Verwachtingen volume en variatie

De verwachtingen t.a.v. van het volume voor prolaps zijn zowel 'laag als hoog' en dat geldt ook voor de verwachte praktijk variatie: zowel 'laag' als 'hoog'. Dat is in lijn met de waargenomen praktijk variatie. Verklaringen zijn: 'Passend om te onderzoeken of er verzakking is, uitsluiten tumor e.d. Op indicatie enterocele/intussusceptie, en als er sprake is van avulsie.'

Er is ook geen consensus over het verwachte volume bij SUI en UUI. Hier is de waargenomen praktijk variatie nog groter dan bij Prolaps. De verklaringen hiervoor zijn: 'Dit zal niet door alle specialisten worden gedaan i.v.m. lokale afspraken praktijk. Is standaarddiagnostiek voor gynaecoloog i.v.m. volledigheid van blaasproblematiek. Een uroloog zal dit niet snel doen. Mogelijke reden: Beoordelen juiste positie van de tape, of bepalen of er een residu is in de blaas na het plassen.'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)		Rood	Verricht niet standaard beeldvormende diagnostiek om levator pathologie uit te sluiten.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/translabiale_ec_hografie_bij_prolaps.html?query=echo#starting_question	GRADE laag	13-11-2014
Gynaecologie (SUI)	vrouwen met ongecompliceerde SUI	Rood	Voer geen routinematige beeldvorming uit bij de diagnostiek van ongecompliceerde SUI bij vrouwen.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e- en 3e-lijnszorg/diagnostiek_ui_2e-3e_lijnszorg/beeldvorming_bij_ui_in_2e-3e_lijnszorg.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 2b	01-01-2014
Urologie (SUI)	bij vrouwen geen routine-onderzoek, mag evt wel indien hier goede redenen voor zijn	Rood	Beeldvormende technieken zoals MRI, CT-scan en echografie worden niet aanbevolen als routine onderzoek bij vrouwen met UI.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/ui_beeldvormende_diagnostiek.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 3	30-12-2011
Gynaecologie (UUI)	iedere patiënt met zowel urine-incontinentie als bemoeilijkt mictie, alsmede bij de evaluatie van patiënten met gecompliceerde urine-incontinentie.	Groen	Meet bij voorkeur het residu na mictie behulp van echografie. Meet het residu na mictie bij iedere patiënt met zowel urine-incontinentie als bemoeilijkt mictie, alsmede bij de evaluatie van patiënten met gecompliceerde urine-incontinentie. Volg het residu na mictie bij patiënten die behandelingen krijgen die	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e- en 3e-lijnszorg/diagnostiek_ui_2e-3e_lijnszorg/residubepaling_bij_ui_in_2e-3e_lijnszorg.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1b en 2	01-01-2014

			blaasontledigingsproblemen kunnen verergeren of veroorzaken.			
Urologie (UUI)	bij vrouwen geen routine-onderzoek, mag evt wel indien hier goede redenen voor zijn	Rood	Beeldvormende technieken zoals MRI, CT-scan en echografie worden niet aanbevolen als routine onderzoek bij vrouwen met UI.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-bij-vrouwen/ui-beeldvormende-diagnostiek.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 3	30-12-2011

Duiding resultaten in samenhang

In de richtlijn prolaps staat een gynaecologische echo niet als verplicht vermeld, wij vinden het echter een kunstfout om het niet te doen, je komt af en toe een prolaps tegen door ascites bij bijv. ovariumcarcinoom. Voor levator (BB) is een echo maken niet zinvol, dat klopt, maar de zorgactiviteit 39492 maakt geen onderscheid. Voor SUI staat idd vermeldt dat dit niet hoeft in de richtlijn, in de praktijk zullen gynaecologen toch altijd echo maken om pathologie uit te sluiten bij SUI. Voor UUI wordt het wel toegepast voor een residubepaling bij flow/residumeting. Dat is ook zorgactiviteit 39492.

Conclusie voor Prolaps, SUI en UUI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, zorgactiviteit wordt zowel aanbevolen als niet aanbevolen in verschillende richtlijnen, maar aanbevelingen laten ruimte voor interpretatie',
- 2) Kleur aanbeveling: 'rood, rood, rood, groen, rood'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'Ja, sterk wisselend volume per instelling conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'Nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'De richtlijn uit 2014 past niet bij meer huidige inzichten'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'In principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'Nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'Nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'Mogelijk: praktijkvariatie is groot'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Ja, aanpassen naar huidige praktijk en advies dus groen maken in plaats van rood maar doelen expliciteren'

ii. Anorectaal functieonderzoek (ARFO)

Anorectaal functie onderzoek (ARFO) is onderzoek naar de werking van de endeldarm en kringsspier.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Anorectaal functieonderzoek (ARFO) (39876, P34, U41) wordt nauwelijks uitgevoerd bij de diagnose prolaps (21 keer gemiddeld jaarlijks in 2016-2019), bij een beperkt aantal ziekenhuizen en slechts in een klein deel van Nederland en dat volume daalt sterk (-14,8%). Mogelijk is er onderrapportage door verwijzing naar expertisecentra.

Verwachtingen volume en variatie

Er was consensus t.a.v. verwacht volume 'laag' en praktijkvariatie 'hoog': 'Sommige ziekenhuizen vragen dit type onderzoek vaak aan, andere weinig, i.v.m. besluit over incontinentie chirurgie (na aantonen van fecale incontinentie)'. Ontlasting incontinentie kan gelijktijdig voorkomen bij prolaps. Als er een vermoeden is op een anaal kringspier/sfincterdefect, kunnen patiënten met fecale incontinentie worden verwezen naar expertisecentra voor anorectaal functie onderzoek. Dit onderzoek wordt vaker door MDL-arts en chirurg uitgevoerd, en vindt in principe niet plaats bij urine-incontinentie.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)		Rood	Verricht niet standaard een anorectaal functie onderzoek om de behandelkeuze of prognose van een prolaps te bepalen. Om de bijdrage van bekkenbodemdysfunctie vast te stellen kan een anorectaal functie onderzoek verricht worden.	https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/anorectaal_functieonderzoek_bij_prolaps.html	GRADE laag	13-11-2014

Er zijn geen aanbevelingen voor Anorectaal functieonderzoek (ARFO) bij SUI of UUI voor zowel gynaecologen als urologen.

Guiding resultaten in samenhang

In principe geen ARFO nodig bij Prolaps, is voor inschatting functie kringspiercomplex, dus niet uitvoeren. Praktijk is echter dat deel vrouwen zowel incontinentie heeft: zowel voor urine als ontlasting en dat verklaard mogelijke inzet ARFO.

Conclusie

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, zorgactiviteit wordt niet aanbevolen',
- 2) Kleur aanbeveling: 'rood'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, dalend volume conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'richtlijn is duidelijk en wordt ook gevolgd. Volume zeer laag'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'In principe niet voor deze diagnose'.
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'Ja, maar is al de praktijk'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'Nee'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Nee'

iii. Cystoscopie/Cysto-urethroscoopie

Bij een cystoscopie (blaasonderzoek) kijkt de uroloog met behulp van een dunne holle kijkbuis met een camera (cystoscoop) in plasbuis, en de blaas. Een cystoscopieprocedure, ook wel bekend als cystourethroscoopie, wordt gebruikt om de urethra en blaas te controleren op poliepen, nauwe gebieden die stricturen worden genoemd, abnormale gezwellen en andere problemen.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Cystoscopie/Cysto-urethroscoopie (NZA-prestatie code 39859, indicator nr U43) is gemiddeld 3394 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. Voor UUI is dat 6379 keer. Dat is bij respectievelijk 53,3% (range 16,2%-82,1%) en 45% (range 14,0%-71,9% van de patiënten. Het volume daalt voor SUI (-17,3%) en het stijgt juist voor UUI (29,5%).

Verwachtingen volume en variatie

De verwachtingen t.a.v. van het volume voor zowel SUI en UUI lopen uiteen van laag tot hoog evenals de verwachte praktijkvariatie. Dat is in lijn met de feitelijke situatie: de verschillen tussen ziekenhuizen zijn groot. De toelichting is samengevat als volgt: 'Geen cystoscopie bij zuivere stressincontinentie, eerder bij urge-incontinentie. Poliklinisch door de urologen (in eerste instantie) en op indicatie bij recidiverende blaastonsteking of bij verwijzing naar andere urologen vanwege complexere en recidief chirurgie of verdenking van blaastumor e.d., overactieve blaas. Om volledig beeld van blaas te krijgen. Mogelijk over diagnostiek; wordt vaker uitgevoerd dan richtlijn adviseert.'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Urologie (SUI)	bij vrouwen geen routine-onderzoek, mag evt wel indien hier goede redenen voor zijn en wanneer een vrouw met meer klachten komt dan alleen urine-incontinentie	Rood	Cystoscopie wordt niet aanbevolen als routineonderzoek bij vrouwen met alleen UI.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/ui_cystoscopie.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 1a-4	30-12-2011
Urologie (UUI)	bij vrouwen geen routine-onderzoek, mag evt wel indien hier goede redenen voor zijn en wanneer een vrouw met meer klachten komt dan alleen urine-incontinentie	Rood	Cystoscopie wordt niet aanbevolen als routineonderzoek bij vrouwen met alleen UI.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/ui_cystoscopie.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 1a-4	30-12-2011

Aanbevelingen voor gynaecologen, zowel voor prolaps als urine-incontinentie, ontbreken voor cystoscopie.

Duiding resultaten in samenhang

Cystoscopie is niet nodig bij SUI, maar kan op indicatie wel worden verricht bij vrouwen met UUI om tumor of poliep of steen uit te sluiten, afhankelijk van leeftijd, co-morbiditeit en risicofactoren. Dit is gangbare zorg, maar de praktijkvariatie is hoog.

Conclusie ten aanzien van SUI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling voor SUI',
- 2) Kleur aanbeveling: 'rood, geen aanbeveling, rood, geen aanbeveling'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'volume is veel hoger dan verwacht.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'ja, landelijke de implementatie'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? Aanscherpen en afstemmen richtlijnen gyn-uro'

Conclusie ten aanzien van UUI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie bij UUI',
- 2) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'Ja, sterk wisselend volume per instelling conform verwachting',
- 3) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'Mogelijk'.
- 4) De motivatie voor deze conclusie is: 'maar volume verschilt sterk tussen instellingen'.
- 5) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- 6) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 7) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 8) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'mogelijk: praktijkvariatie is groot'
- 9) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Mogelijk aanscherpen indicaties'

iv. Dynamisch MRI-onderzoek met defecografie

MRI defecografie kan worden toegepast om inzicht te krijgen in de bekkenbodemmusculatuur (levator defecten) en verzakkingen van de verschillende compartimenten (vooral voor het achterste compartiment, om onderscheid te maken tussen een rectocele, enterocele en eventuele rectumprolaps).

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Dynamisch MRI-onderzoek met defecografie (Nza code 87097, P35, U42) is gemiddeld 127 keer uitgevoerd voor prolaps, 17 keer voor SUI en 15 keer voor UUI. Het bereik is bijna landelijk voor prolaps (patiënten 29 regio's door 39 ziekenhuizen) terwijl het voor SUI en SUU vooral lokaal gebeurt (resp. 11 en 15 regio's door respectievelijk 11 en 15 ziekenhuizen).

Verwachtingen volume en variatie

De verwachtingen zijn unaniem laag t.a.v. volume en hoog t.a.v. praktijkvariatie. Allereerst is de verwachting dat 'alleen gynaecologen het uitvoeren en niet urologen en dat het niet initieel wordt uitgevoerd, alleen bij persisterende functionele klachten (als dan bij herhaal consult). Patiënten worden eventueel doorverwezen naar expertisecentra. Niet bij urine-incontinentie, alleen bij enterocele of duidelijke obstructieve defecatie. Alleen dynamische MRI komt wel vaak voor. Een alternatief voor de MRI defecografie is een conventionele defecografie met cystogram.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)	alleen bij verdenking op enterocele of interne rectum prolaps	Oranje	Verricht niet standaard beeldvorming van het achterste compartiment om de keuze van behandeling van een prolaps te bepalen. In geval van chronische obstipatie, fecale incontinentie of verdenking van rectum prolaps wordt aanvullende beeldvorming wel geadviseerd. Verricht alleen een (MRI) defecogram bij verdenking op enterocele of interne rectum prolaps als dit ook (potentiële) therapeutische consequenties heeft.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/beeldvorming_dynamische_mri_en_defecografie.html?query=enterocele#recommendations	GRADE laag	13-11-2014
Gynaecologie (SUI)	bij vrouwen geen routine-onderzoek, mag evt wel indien hier goede redenen voor zijn	Rood	Beeldvormende technieken zoals MRI, CT-scan en echografie worden niet aanbevolen als routine onderzoek bij vrouwen met UI.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/ui_beeldvormende_diagnostiek.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 3	30-12-2011
Gynaecologie (UUI)	bij vrouwen geen routine-onderzoek, mag evt wel indien hier goede redenen voor zijn	Rood	Beeldvormende technieken zoals MRI, CT-scan en echografie worden niet aanbevolen als routine onderzoek bij vrouwen met UI.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/ui_beeldvormende_diagnostiek.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 3	30-12-2011

In de richtlijnen voor urologen, staan geen aanbevelingen over het dynamisch MRI onderzoek met defecografie voor patiënten met SUI of UUI.

Duiding resultaten in samenhang

Alleen bij verdenking enterocele (verstopping door verzakking dunne darm) of intussusceptie (als een deel van de darm in het daaropvolgende deel van de darm schuift), niet standaard bij prolaps. Geen indicatie voor SUI of UUI. Mogelijk zijn het registratie fouten voor deze aandoeningen of komt het doordat deel vrouwen zowel urine verlies hebben en ontlastingsklachten.

Conclusie ten aanzien van Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen '
- 2) Kleur aanbeveling: 'oranje, rood, geen aanbeveling, rood, geen aanbeveling'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting voor prolaps. '
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'richtlijn is duidelijk en wordt ook gevolgd voor prolaps'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'In principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'

- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'geen'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? Nee'

Conclusie ten aanzien van SUI en UUI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen'
- 2) Kleur aanbeveling 'rood,rood'.
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'Niet geïndiceerd voor SUI of UUI maar zeer laag volume en lokale toepassing'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Nee'

v. Urodynamisch onderzoek

Urodynamisch onderzoek is een onderzoek naar de functie van de lage urinewegen: blaas en afsluitmechanisme. Met dunne slangetjes die via de plasbuis en endeldarm of vagina ingebracht worden, kunnen metingen worden verricht.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Urodynamisch onderzoek (Nza code 39870, indicator nr P33), is jaarlijks gemiddeld 942 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit alle 31 regio's. Het volume voor SUI is 1269, uitvoering door 72 ziekenhuizen. Voor UUI is dat respectievelijk 2258 en 75 ziekenhuizen. De trend is dalend voor alle diagnoses. De praktijkvariatie is fors zowel bij SUI (2,5%-47,1% als bij UUI (2,5%-32,3%) en bij prolaps (0,1%-1,2%

Verwachtingen volume en variatie

De verwachtingen t.a.v. van het volume voor prolaps en SUI zijn laag met een hoge praktijkvariatie. Voor UUI is er geen overeenstemming: de verwachtingen zijn zowel laag als hoog. Dit is in overeenstemming met de waargenomen praktijkvariatie. De toelichting was als volgt: 'Onderzoek hoort bij UUI, niet bij SUI of prolaps. Wordt gedaan door urologen, niet gynaecologen. Sommige ziekenhuizen vragen dit vaak aan, andere weinig, i.v.m. besluit over incontinentie chirurgie (na aantonen van stressincontinentie). VUSIS-trial heeft aangetoond dat het geen meerwaarde heeft voor de patiënt met gemengde UI waarbij SUI dominant is. Er is veel discussie over waarde (betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid) van urodynamisch onderzoek. Er is nog geen andere methode om dit beter inzichtelijk te krijgen. Blaasfunctietest wordt toegepast als medicatie onvoldoende effect heeft en er keuze is tussen PTNS of botox. Uroflowmetrie wordt vaak los van een UDO gedaan en dan in combinatie met een residumeting. Vraagt expertise van centra (i.v.m. tweede en derdelijns problematiek).'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie	(Prolaps)	Rood	Verricht niet standaard een urodynamisch onderzoek bij vrouwen die een behandeling voor prolapsklachten krijgen en daarbij overactieve blaas / urge urine incontinentie / stress urine incontinentie klachten hebben. Informeel vrouwen over de mogelijkheid dat overactieve blaas / urge urine incontinentie klachten zowel kunnen persisteren als verdwijnen maar ook de novo kunnen optreden na een prolaps	https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/urodynamisch-onderzoek-bij-prolaps.html	geen conclusies	13-11-2014

			behandeling. Overweeg aanvullende diagnostiek naar de onderliggende pathologie van een overactieve blaas / urge urine incontinentie.			
Gynaecologie (SUI)	alleen bij patiënten bij wie geen conservatieve behandeling geïndiceerd is	Oranje	Verricht een UDO als de resultaten van de test de keuze van invasieve behandeling kunnen veranderen. Verricht niet routinematig een UDO bij patiënten die conservatief behandeld gaan worden.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/ui-2e-en-3e-lijnszorg/diagnostiek/ui-2e-3e-lijnszorg/urodynamica/bij-ui-in-2e-3e-lijnszorg.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1b, 3 en 4	01-01-2014
Urologie (SUI)	vrouwen met stressincontinentie die in aanmerking komen voor een chirurgische interventie.	Rood	Verricht geen routinematig invasief urodynamisch onderzoek bij vrouwen met stressincontinentie die in aanmerking komen voor een chirurgische interventie.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/bij-vrouwen/ui-urodynamisch-onderzoek.html	GRADE moderate - very Low	01-05-2023
Gynaecologie (UUI)	alleen bij patiënten bij wie geen conservatieve behandeling geïndiceerd is	Oranje	Verricht een UDO als de resultaten van de test de keuze van invasieve behandeling kunnen veranderen. Verricht niet routinematig een UDO bij patiënten die conservatief behandeld gaan worden.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/ui-2e-en-3e-lijnszorg/diagnostiek/ui-2e-3e-lijnszorg/urodynamica/bij-ui-in-2e-3e-lijnszorg.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1b, 3 en 4	01-01-2014

In de urologie richtlijn voor urge-incontinentie staan geen aanbevelingen over het gebruik van urodynamisch onderzoek.

Guiding resultaten in samenhang

In principe geen UDO nodig bij prolapsklachten, tenzij zeer milde prolaps en zeer forse blaasklachten die niet verklaard kunnen worden door de prolaps. In principe niet nodig voor SUI, tenzij twijfel over type UI of eventueel bij gefaalde eerdere SUI-chirurgie. Wel uitvoeren op indicatie bij UUI. Het is opvallend dat ze niet beiden rood of oranje zijn (het mag namelijk wel als verwacht wordt denkt dat de uitkomst van het UDO de operatie gaat veranderen).

Conclusie ten aanzien Prolaps

- (1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen',
- 11) Kleur aanbeveling: 'rood, oranje, rood, oranje'
- (1) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, volume conform verwachting',
- (2) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- (3) De motivatie voor deze conclusie is: 'behandeling conform verwachting'.
- (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'In principe niet voor deze indicatie'
- (5) Zijn lokale maatregelen nodig? 'Nee'
- (6) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- (7) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- (8) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

Conclusie ten aanzien van SUI

- (1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie',
- (2) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, dalend volume conform verwachting',
- (3) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- (4) De motivatie voor deze conclusie is: 'niet geïndiceerd, maar volume daalt al'.
- (5) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- (6) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'

- (7) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- (8) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (9) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Ja, mogelijk aanscherpen en afstemmen specialismen'

Conclusie t.a.v. UUI

- (1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- (2) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja',
- (3) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- (4) De motivatie voor deze conclusie is: 'conform verwachting'.
- (5) Is verrichten van deze zorgactiviteit voor deze diagnose een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- (6) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (7) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- (8) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'mogelijk: praktijkvariatie is groot'
- (9) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Ja, mogelijk aanscherpen en afstemmen specialismen'

vi. Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).

Bij dit onderzoek wordt op een speciaal toilet in een trechter geplaatst, die registreert hoeveel, hoe snel en hoe krachtig geplaatst wordt. Nadien wordt een echo verricht om te kijken of alle urine is uit geplaatst en de blaas leeg is.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Uroflowmetrie 1 kanaal (39865, U39) wordt vooral uitgevoerd bij UUI (7021) en minder bij SUI (3784). Volume stijgt bij UUI en daalt bij SUI. Het wordt landelijk aangeboden door ongeveer 80 ziekenhuizen. Praktijkvariatie is groot: UUI 9,6%-73,7%, SUI 19,2%-85,2%).

Verwachtingen volume en variatie

Er is geen overeenstemming over verwachting volume: zowel voor SUI als UUI wordt zowel laag als hoog volume verwacht en bij beide hoge praktijkvariatie. Dat is in lijn met feitelijke situatie. Vooral bij tape-chirurgie, en i.v.m. functie blaas. Hangt samen met uitvoering van chirurgie (mogelijkheden daartoe). Regio afhankelijk

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Urologie & Gynaecologie (SUI)			Geen aanbeveling			
Urologie & Gynaecologie (UUI)			Geen aanbeveling			

Duiding resultaten in samenhang

Uroflowmetrie is een advies voor SUI, om te kijken of patiënte normaal plast en of er geen dysfunctional voiding is. Is standaard onderzoek bij UUI. Term NZA-prestatie verwarrend want het is geen Urodynamisch onderzoek.

Conclusie voor SUI en UI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Geen aanbevelingen'
- 2) Kleur aanbeveling: 'Geen'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, sterk wisselend volume per instelling conform verwachting'
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'Geïndiceerd, maar groot verschil tussen instellingen'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit voor deze diagnose een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'mogelijk: praktijkvariatie is groot'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Geen'.

4.2. STRESS INCONTINENTIE CHIRURGIE

vii. Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek (37346, U46), gemiddeld jaarlijks 1155 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 15,6% van de patiënten uitgevoerd. De praktijkvariatie is 3,5% - 29,8%.

Verwachtingen volume en variatie

De verwachtingen zijn gemiddeld ten aanzien van volume maar hoog ten aanzien van praktijk variatie. Behandeling komt minder vaak voor na corona (covid-gerelateerde maatregelen OK). Afhankelijk van expertise ook door uroloog.'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (SUI)	vrouwen met ongecompliceerde SUI	groen	Bied de mid-urethrale sling aan bij vrouwen met ongecompliceerde SUI. Stel vrouwen, die een retropubisch in te brengen synthetische sling aangeboden krijgen, op de hoogte van het grotere risico van peroperatieve complicaties in vergelijking met transobturator insertie. Waarschuw vrouwen die een transobturator sling aangeboden krijgen voor het grotere risico op pijn en dyspareunie op de langere termijn. Verricht peroperatief een urethrocystoscopie na het retropubisch inbrengen van een mid-urethrale sling, of bij een lastige of gecompliceerde insertie van een andere sling of bij significante cystocele. Vertel oudere vrouwen die chirurgie ondergaan voor SUI dat chirurgie op hogere leeftijd risicovoller en minder succesvol is. Vertel vrouwen dat iedere vorm van vaginale chirurgie het seksueel functioneren negatief kan beïnvloeden.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/ui-2e-en-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-ui-in/vrouwen-met-ongecompliceerde-sui/mid-urethrale-slings-bij-vrouwen-met-sui.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1a-3	01-01-2014

Urologie (SUI)	vrouwen - Indien conservatieve behandeling voor stressincontinentie onvoldoende resultaat geeft	groen	Indien conservatieve behandeling voor stressincontinentie onvoldoende resultaat geeft, heeft het plaatsen van of een retropubische- of een transobturator synthetische suburethrale tape de voorkeur, mits vrouwen worden geïnformeerd over de lange termijn uitkomsten. Afhankelijk van de situatie en voorkeur van de vrouw kan ook worden gekozen voor één van de volgende behandelopties: Autologe fasciesling. Injectie van bulkmaterialen zoals glutaraldehyde collageen, silicone, carbon gecoat zirconium of hyaluronzuur/dextran copolymeer, mits vrouwen worden geïnformeerd dat: herhaalde injecties nodig kunnen zijn om het gewenste effect te bereiken de effectiviteit met de tijd vermindert effectiviteit minder is dan met retropubische suspensie of sling Open colposuspensie	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/ui_chirurgische_behandeling/ui_interventies_bij_stressincontinentie.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 2-3	30-12-2011
----------------	---	-------	---	---	---	------------

Duiding resultaten in samenhang

Behandeling is gouden standaard voor SUI, zowel voor urologen als voor gynaecologen.

Conclusie voor SUI

- (1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen '
- 11) Kleur aanbeveling: 'groen,groen'
- (1) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, volume conform verwachting',
- (2) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- (3) De motivatie voor deze conclusie is: 'gouden standaard'.
- (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'ja, in principe voor deze diagnose'
- (5) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (6) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- (7) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- (8) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

viii. Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek

Bij een mid-urethrale slingoperatie wordt een bandje (tape) onder de plasbuis (urethra) geplaatst, om de plasbuis te ondersteunen en zo inspanningsincontinentie te voorkomen. Het doel van de voorwandplastiek is het opheffen van een verzakking van de voorwand van de vagina (ook wel blaasverzakking of cystocele genoemd). De blaas ligt tegen een deel van de voorwand aan en wordt bij de voorwandplastiek weer terug op zijn plaats geduwd. Bij een achterwandplastiek wordt de endeldarm weer op zijn plaats gelegd.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek (Nza code 37347, indicator P55) is 194 keer uitgevoerd voor prolaps, door 49 ziekenhuizen en bijna landelijk. Voor SUI 70 keer, door 10 ziekenhuizen en patiënten komen uit 14 zorgkantoorregio's. Het volume daalt sterk voor prolaps, maar stijgt voor SUI.

Verwachtingen volume en variatie

De verwachtingen zijn zeer laag t.a.v. volume en lage praktijkvariatie. De combinatie van een voorwandplastiek en midurethrale sling wordt weinig uitgevoerd primair, op grond van de Cupido-trial (laat zien dat er meer risico op complicaties en overbehandeling is, bij combinatie van beide ingrepen). Echter, een achterwandplastiek kan wel zonder risico worden gecombineerd met een sling en de VEKTIS code maakt geen onderscheid tussen voor- of achterwandplastiek of beide.⁶ De ingreep is afhankelijk van expertise en voorkeur van specialist en indien een patiënt goed gecounseld is over de risico's, dan mogen een voorwandplastiek en sling operatie wel tegelijk plaatsvinden.'

De verwachtingen bij SUI zijn gemiddeld ten aanzien van volume en wisselend ten aanzien van praktijkvariatie tussen ziekenhuizen en dat komt overeen met feitelijke situatie. 'Weinig primair, veel secundair (of plaatsen 2^e bandje). Als het gaat om een combinatie van achterwandverzakking en inspanningsincontinentie, dan kan er wel een achterwandplastiek worden verricht en meteen een bandje geplaatst worden. De interventie kan vanuit de diagnose Prolaps als SUI verricht worden: verschillen in registratie per instelling zijn dus denkbaar.'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)		oranje	Wees terughoudend met het combineren van prolaps en incontinentie chirurgie. Wijs vrouwen die een prolaps operatie ondergaan op het risico van het blijven bestaan van stress urine incontinentie (SUI) of de novo postoperatieve SUI. Wijs bij het overwegen van combinatie chirurgie op het lagere risico van postoperatieve stress incontinentie, maar ook op de verhoogde kans op complicaties. en Licht de vrouw met een symptomatische prolaps in over de diverse (conservatieve en operatieve) behandelmogelijkheden en bespreek de voor- en nadelen van de verschillende vormen van chirurgie; laat daarna echter bij de keuze van de behandeling de stem van de vrouw prevaleren. Biedt de meest behoudende behandeling als eerste optie aan, zolang niet bewezen is dat meer invasieve methoden tot betere resultaten leiden. Dat impliceert als volgorde 1. bekkenfysiotherapie (tot maximaal stadium 2) en/of pessarium; 2. chirurgische behandeling.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html?query=extirpatie#summary_literature en https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html	GRADE moderate - zeer laag	13-11-2014

Duiding resultaten in samenhang

Bij hoge uitzondering gebeurt dit nog, gezien de tendens: minder vaginale mesh/tape, zien we vaker eerst voorwandplastiek en als SUI blijft in 2e instantie een tape, niet vaak de combinatie, omdat die meer kans op complica-

⁶ van der Steen, A., van der Ploeg, M., Dijkgraaf, M.G. *et al.* Protocol for the CUPIDO trials; multicenter randomized controlled trials to assess the value of combining prolapse surgery and incontinence surgery in patients with genital prolapse and evident stress incontinence (CUPIDO I) and in patients with genital prolapse and occult stress incontinence (CUPIDO II). *BMC Women's Health* 10, 16 (2010). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-10-16>

ties geeft (urineretentie etc.) De richtlijn gaat alleen over tape, voor over de combinatie tape en voorwandplastiek'. Dat is in de huidige richtlijn duidelijker.⁷ De verschillende trends voor prolaps en SUI kunnen gevolg zijn van registratievoorkeur te maken kunnen hebben.

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling is deels duidelijk'
- 2) Kleur aanbeveling: 'oranje'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, dalend volume conform verwachting'
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'volume is te hoog voor uitzondering'
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'misschien voor deze indicatie'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? Nee'

Conclusie voor SUI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling is deels duidelijk: wel voor een tape, maar niet voor de combinatie tape en voorwandplastiek'
- (1) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, lager volume dan verwachting'
- (2) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'
- (3) De motivatie voor deze conclusie is: 'behandeling bij SUI lijkt lager dan verwacht. Nadere analyse nodig of het om primaire behandeling gaat of secundair i.v.m. duiden aantallen'
- (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit voor deze diagnose een best practice? 'misschien voor deze indicatie'
- (5) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (6) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'Nee'
- (7) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (8) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

- i. Incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.

Bij een burchoperatie wordt de blaashals aan de bindweefselbanden achter het schaambeentje gehecht. De blaasuitgang en plasbuis worden daarmee als het ware opgehangen en stevig verankerd.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Deze procedure is gemiddeld 91 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 17 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 17 regio's. Het volume daalt. De ingreep is bij 7,3% van de patiënten (5,4%-8,4%).

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is laag, de verwachte praktijkvariatie is hoog. De verklaring is 'Er zijn betere alternatieven t.o.v. deze behandeling (bijv. midurethrale sling/tapes). Geen primaire Burch, noch fasciesling, noch Bulk (tenzij kwetsbare oudere, indien geen indicatie TAPE)'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
-------------	--------------------	-------------------	-------------	-----------	-----------------------	--------------------

⁷ In de huidige richtlijn is het duidelijk geformuleerd: Bespreek bij gecombineerde klachten of duidelijk gemaskeerde SUI (bijvoorbeeld bij het dragen van een pessarium) de mogelijkheid tot het ondergaan van eerst alleen een prolapsoperatie en zonodig in tweede instantie een incontinentie-operatie versus direct een combinatie van beide
<https://richtlijnenendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-2e-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-urine-incontinentie-en-prolaps-chirurgie-2024.html>

Gynaecologie (SUI)	aantal vrouwen met SUI bij wie een mid-urethrale sling geen optie is.	groen	Bied open of laparoscopische colposuspensie, of autologe fasciesling, aan aan vrouwen met SUI bij wie een mid-urethrale sling geen optie is. Waarschuw vrouwen die een autologe fasciesling krijgen dat er een hoog risico op bemoeilijkte mictie is en dat ze mogelijk na afloop moeten zelfkatheteriseren; ga na of ze bereid zijn om dat te doen.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-2e-en-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-urine-incontinentie-in/vrouwen-met-ongecompliceerde-sui/open-en-laparoscopische-chirurgie-sui.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1a-1b	01-01-2014
Urologie (SUI)	vrouwen - Indien conservatieve behandeling voor stressincontinentie onvoldoende resultaat geeft	groen	Indien conservatieve behandeling voor stressincontinentie onvoldoende resultaat geeft, heeft het plaatsen van of een retropubische- of een transobturator synthetische suburethrale tape de voorkeur, mits vrouwen worden geïnformeerd over de lange termijn uitkomsten. Afhankelijk van de situatie en voorkeur van de vrouw kan ook worden gekozen voor één van de volgende behandelopties: Autologe fasciesling. Injectie van bulkmaterialen zoals glutaraldehyde collageen, silicone, carbon gecoat zirconium of hyaluronzuur/dextran copolymeer, mits vrouwen worden geïnformeerd dat: herhaalde injecties nodig kunnen zijn om het gewenste effect te bereiken de effectiviteit met de tijd vermindert effectiviteit minder is dan met retropubische suspensie of sling Open colposuspensie	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-bij-vrouwen/urine-incontinentie-bij-vrouwen-chirurgische-behandeling/urine-incontinentie-bij-vrouwen-interventies-bij-stressincontinentie.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 2-3	30-12-2011

Duiding resultaten in samenhang

Deze ingreep gebeurt nog wel (Burch) maar nu laparoscopisch in plaats van open, gyn of uro kan dit doen, als patiënte pertinent geen mesh wil.

Conclusie voor SUI en UI

- (1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen '
- (2) Kleur aanbeveling: 'groen, groen'
- (3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'open ingreep is achterhaald maar volume is zeer laag '
- (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'misschien voor deze indicatie'
- (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren afbouw'
- (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

ix. Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.

Bulkinjecties maken de binnenzijde van de plasbuis wat nauwer. Hierdoor loopt de urine minder makkelijk de blaas uit bij activiteiten, die de druk verhogen. Om dit te bereiken spuit de uroloog of gynaecoloog een gel (Bulka-mid) in de wand van de plasbuis, net onder de ingang van de blaas.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae. (NZa code 36461, indicator nr U45), 77 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 21 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 21 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 4,5% van de patiënten uitgevoerd (1,3%-7,8%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -21,4%, aantal instellingen: -29,2% percentage patiënten met zorgactiviteit +94,2%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +5%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Bulking agents wordt door urologen en gynaecologen gebruikt voor het opvullen van de plasbuis bij SUI (vooral bij oudere dames). Het kan ook gebruikt worden bij vesico-urethrale reflux door de uroloog.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (SUI)	vrouwen met ongecompliceerde SUI die permanente genezing van SUI willen	rood	Bied geen bulkmateriaal aan bij vrouwen die vragen om een permanente genezing van hun SUI.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/ui-2e-en-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-ui-in-vrouwen-met-ongecompliceerde-sui/bulk-materiaal-bij-vrouwen-met-sui.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1b - 2b	01-01-2014
Gynaecologie (SUI)	vrouwen	oranje	Indien conservatieve behandeling voor stressincontinentie onvoldoende resultaat geeft, heeft het plaatsen van of een retropubische- of een transobturator synthetische suburethrale tape de voorkeur, mits vrouwen worden geïnformeerd over de lange termijn uitkomsten. Afhankelijk van de situatie en voorkeur van de vrouw kan ook worden gekozen voor één van de volgende behandelopties: Autologe fasciesling. Injectie van bulkmaterialen zoals glutaraldehyde collageen, silicone, carbon gecoat zirconium of hyaluronzuur/dextran copolymeer, mits vrouwen worden geïnformeerd dat: herhaalde injecties nodig kunnen zijn om het gewenste effect te bereiken de effectiviteit met de tijd vermindert effectiviteit minder is dan met retropubische suspensie of sling Open colposuspensie. Laparoscopische colposuspensie wordt niet aanbevolen als een routinematig toegepaste techniek voor de behandeling	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/bij-vrouwen/ui-chirurgische-behandeling/ui-interventies-bij-stressincontinentie.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 2-4	30-12-2011

			van stressincontinentie bij vrouwen. Deze techniek behoort alleen te worden toegepast door een ervaren laparoscopische operateur, werkzaam in een multidisciplinair team met expertise in het vaststellen en behandelen van UI. Het kan wel worden overwogen bij vrouwen die om andere redenen een laparoscopische ingreep moeten ondergaan. Voorwandplastiek, naaldsuspensie, herstel van paravaginaal defect en de Marshall- Marchetti-Krantz techniek worden niet aanbevolen voor de behandeling van stressincontinentie. Ook het gebruik van autoloog vet en polytetrafluoroethyleen als bulkmaterialen wordt niet aanbevolen voor de behandeling van stressincontinentie.			
Urologie (SUI)			geen aanbeveling voor stressincontinentie			

Duiding resultaten in samenhang

In de richtlijn UI staat dat dit aangeboden mag worden, als alternatief voor een tape. Dit is gebeurt veel. Getallen zijn laag: neemt dit toe in de tijd? Studie laat zien dat vrouwen hier tevreden over zijn. Bulkamid is de bekendste bulking agent, maar er zijn er meer, zoals macropastique en urolon. Vraag is of het kosteneffectief is, want het is relatief duur en je moet het regelmatig bijspuiten. Het is wel verzekerde zorg. Richtlijn is hier nog niet op aangepast. Richtlijn is niet scherp genoeg geformuleerd. Advies is aanpassing, uitvoering door zowel gyn als uro. Dit is inmiddels ook geactualiseerd in de richtlijn.⁸

Conclusie voor SUI

- 1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie',
- 2) Kleur 'Oranje, rood'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, lager volume dan verwachting',
- 4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'wordt niet overal in Nederland toegepast terwijl dat wel verwachting is'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'actualiseren'

4.3. AANDRANG INCONTINENTIE CHIRURGIE

- x. Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)

Botoxinjecties (botuline-toxine) werken als een spierontspanner. Door de injecties gaan er minder signalen van de zenuwen naar de blaasspier en van de blaas naar de hersenen. De blaas ontspant zich en trekt minder vaak samen. Hierdoor vermindert het vervelende gevoel van 'weer moeten plassen'.

⁸ https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/ui_2e_en_3e_lijnszorg/chirurgische_behandeling_bij_ui_in/vrouwen_met_ongecompliceerde_sui/module_injectie_bulkmateriaal_bij_vrouwen_met_stress_urine-incontinentie_2024.html

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887) (NZA code 36264, indicator nr iU50), 1409 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 9,6% van de patiënten uitgevoerd (1,8%- 21,4%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +53,3%, aantal instellingen stabiel, percentage patiënten met zorgactiviteit +34,1%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn is stabiel.

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887) (NZA code 36264, indicator nr U50), 80 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 24 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 24 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 2,8% van de patiënten uitgevoerd (0,8%-5,6%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +45,4%, aantal instellingen: 32,0% percentage patiënten met zorgactiviteit + 38,5%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +23,8%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Wordt gedaan door urologen, niet gynaecologen'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (SUI)		?	geen aanbeveling voor stress-incontinentie			
Urologie (SUI)		?	geen aanbeveling voor stress-incontinentie			
Gynaecologie & Urologie (UUI)		groen	Bied intravesicale onabotulinumtoxine A-injecties aan bij patiënten met UUI die niet reageren op antimuscarinica.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-2e-en-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-urine-incontinentie-intravesicale-injecties-met-botulinetoxine-a.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1a, 1b, 2 en 3	01-01-2014
Gynaecologie & Urologie (UUI)	vrouwen met aandrangincontinentie bij wie conservatieve therapieën en/of anticholinergica geen effect hebben en voor zover zij zich in staat achten tot zelfkatheterisatie	groen	Injectie van botulinum toxine A wordt alleen toegepast bij vrouwen met aandrangincontinentie bij wie conservatieve therapieën en/of anticholinergica geen effect hebben en voor zover zij zich in staat achten tot zelfkatheterisatie. Deze vrouwen behoren te worden geïnformeerd over het ontbreken van lange termijn uitkomsten en het feit dat botulinum toxine A niet geregistreerd is voor de indicatie UI. De behandeling dient de eerste keer urodynamisch goed te worden vastgelegd.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-bij-vrouwen/ui-chirurgische-behandeling/ui-botulinum-toxine-a-en-b.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 3	30-12-2011

Duiding resultaten in samenhang

Geen aanbeveling voor prolaps of SUI, betreft Botox injecties voor de blaas bij UUI

Conclusie voor SUI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur: 'geen'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',

- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'. De motivatie voor deze conclusie is: 'gynacologen zouden deze behandeling niet doen en niet bij SUI. Is injectie en relatief eenvoudig toe te passen. Mogelijk verklaring stijging volume'.
- 5) Is verrichten van deze zorgactiviteit voor deze diagnose een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- 6) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 7) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- 8) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- 9) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

Conclusie voor UUI

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen '
- 2) Kleur : 'Groen'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, hoog volume conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: ' veel toegepaste behandeling bij UUI'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

- xi. Implanterbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Implanterbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491). (NZa code 190374, indicator nr. U53), 108 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 29 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 29 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 5,2% van de patiënten uitgevoerd. De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +31,1%, aantal instellingen: stabiel percentage patiënten met zorgactiviteit -42,4%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: 3,4%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'laag'. De verklaring is 'Uitvoering door expertisecentra. Financiële kaders zorgverzekeraar. Wordt gedaan door urologen, niet gynaecologen. Indicatie overactieve blaas/urge incontinentie. Waarschijnlijk registratiefout SUI'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (UUI)	patiënten met refractaire UUI (niet reagerende op conservatieve therapie)	groen	Bied patiënten met refractaire UUI (niet reagerende op conservatieve therapie), indien beschikbaar, sacrale neuromodulatie aan voordat blaasaugmentatie of deviatie wordt overwogen.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-2e-en-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-urine-incontinentie/sacrale-zenuwstimulatie-in-2e-3e-lijnszorg.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1b, 3 en 4	01-01-2014
Urologie (UUI)	vrouwen bij wie met conservatieve behandeling onvoldoende effect wordt bereikt	oranje	Sacrale zenuwstimulatie is een behandeloptie voor patiënten met aandrangincontinentie wanneer met conservatieve behandeling onvoldoende effect wordt bereikt. Deze behandeling dient te worden aangeboden op basis van de resultaten van een proefstimulatie, en alleen in	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-bij-vrouwen/chirurgische-behandeling-urine-incontinentie/sacrale-zenuwstimulatie.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 2	30-12-2011

			gespecialiseerde centra. Levenslange follow-up wordt aanbevolen.			
--	--	--	--	--	--	--

Duiding resultaten in samenhang

Dit is SNM voor UUI.

Conclusie voor UUI

- (1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie',
- (2) Kleur: 'groen, oranje'
- (3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'behandeling is volgens richtlijn '.
- (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'Ja'
- (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? afstemmen richtlijnen gyn-uro'

- xii. Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.

Botox injecties

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel. (NZA code 39446, indicator nr U51), 128 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 23 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 23 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 2,7% van de patiënten uitgevoerd (0,7%-4,3%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +49,2%, aantal instellingen: stabiel percentage patiënten met zorgactiviteit 16,7%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +35,0%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag/middel', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Regelmatig als lokale behandeling, recent is dit een poliklinische behandeling geworden (ongeveer 1 jaar). Deze code niet gebruikelijk is i.v.m. locatie van de blaas. Veel variatie verwacht i.v.m. poliklinische behandeling (financiële kader). Meeste urologische centra doen dit, mede afhankelijk van patiëntenpopulatie'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (UUI)	patiënten met UUI die niet reageren op antimuscarinica	groen	Bied intravesicale onabotulinumtoxine A-injecties aan bij patiënten met UUI die niet reageren op antimuscarinica.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-2e-en-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-urine-incontinentie/intravesicale-injecties-met-botulinetoxine-a.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1a, 1b, 2 en 3	01-01-2014
Urologie (UUI)	vrouwen met aandrangincontinentie	groen	Injectie van botulinum toxine A wordt alleen toegepast bij	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-	geen GRADE gebruikt.	30-12-2011

	tie bij wie conservatieve therapieën en/of anticholinergica geen effect hebben en voor zover zij zich in staat achten tot zelfkatheterisatie		vrouwen met aandrangincontinentie bij wie conservatieve therapieën en/of anticholinergica geen effect hebben en voor zover zij zich in staat achten tot zelfkatheterisatie. Deze vrouwen behoren te worden geïnformeerd over het ontbreken van lange termijn uitkomsten en het feit dat botulinum toxine A niet geregistreerd is voor de indicatie UI. De behandeling dient de eerste keer urodynamisch goed te worden vastgelegd.	incontinentie bij vrouwen/ui chirurgische behandeling/ui b otulinum toxine a en b.html	Level of evidence Niveau 3	
--	--	--	--	--	----------------------------	--

Duiding resultaten in samenhang

Het lijkt te gaan om alle indicaties voor Botox injecties (exclusief blaas bij UUI), zoals huid/spier. Is een gangbare behandeling.

Conclusie voor UUI

- 1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie',
- 2) Kleur: 'Groen'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'toepassing vooral regionaal'.
- 6) (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze indicatie'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- 10) (7) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? nee''

- xiii. Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.

Plaatselijke verdoving voor plaatsen neurostimulator

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting (NZa code 39445, indicator nr U58), 87 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 19 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 19 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 2,4% van de patiënten uitgevoerd (0,6%-3,9%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume 54,4% aantal instellingen: +40% percentage patiënten met zorgactiviteit -40,4%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +11,1%.

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting (NZa code 39445, indicator nr U58), 57 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 14 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 14 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 4,4% van de patiënten uitgevoerd (2,5%-5,4%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -19,7%, aantal instellingen: 15,4% percentage patiënten met zorgactiviteit -3,9%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: 30,8%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Bij plaatsen neurostimulator voor UUI. Niet voor SUI. Mogelijk registratiefout.'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
-------------	--------------------	-------------------	-------------	-----------	-----------------------	--------------------

Gynaecologie & Urologie (SUI)	?	?	geen aanbeveling voor stress-incontinentie			
Gynaecologie & Urologie (UUI)	?	?	geen aanbeveling voor UUI			

Duiding resultaten in samenhang

Niet voor SUI, voeren urologen op als ze neurostimulator plaatsen onder lokale verdoving voor UUI.

Conclusie voor SUI

- (1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- (2) Kleur: 'Geen'
- (3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',
- (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'niet geïndiceerd voor SUI, wordt alleen lokaal voor deze diagnose gedaan'.
- (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'ja' (
- (8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn ? nee'

Conclusie voor UUI

- 1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- (1) Kleur: 'Geen'
- (2) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, volume conform verwachting',
- (3) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- (4) De motivatie voor deze conclusie is: 'geïndiceerd voor SUI maar grote praktijk variatie (alleen lokaal en grote verschillen tussen instellingen) Mogelijk worden elders andere registratie codes gehanteerd?'
- (5) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- (6) Zijn lokale maatregelen nodig? 'mogelijk'
- (7) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- (8) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (9) Is er een advies m.b.t. de richtlijn ?' geen'

xiv. Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).

De binnenkant van de blaas is bekleed met een bescherm laag, de GAG-laag. De bescherm laag kan beschadigd zijn. Om de GAG- laag te herstellen kan de arts een blaaspoeling voorschrijven.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718) (NZa code 39887, indicator nr U52), 297 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 29 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 29 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 2,5% van de patiënten uitgevoerd (0,4%-6,7). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +63,1%, aantal instellingen: +7,1% percentage patiënten met zorgactiviteit +68,9%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: 3,4%.

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718) (NZa code 39887, indicator nr U52), 22 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 15 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 15 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 1,8% van de patiënten uitgevoerd (1,3%- 2,2%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -48,4%, aantal instellingen: -35,3%, percentage patiënten met zorgactiviteit 19,8%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: -47,6%.

Verwachtingen volume en variatie

De verwachtingen zijn 'laag' t.a.v. volume en variatie: 'wordt uitgevoerd door expertisecentra op basis van patiënten preferentie; wordt niet meer vergoed door zorgverzekering. Wordt gedaan door urologen, niet gynaecologen.

Niet bij stressincontinentie. Wel bij overactieve blaas en blaaspijn, niet per zozeer urge incontinentie. Mogelijk registratiefout SUI.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie & Urologie (SUI)	?	?	geen aanbeveling voor stress-incontinentie			
Gynaecologie & Urologie (UUI)	?	?	geen aanbeveling voor UUI			

Duiding resultaten in samenhang

Deze spoeling (GAG-spoelingen, zoals Gepan en Ialuril) wordt momenteel in het kader van studie naar BPS/IC (blaaspijnsyndroom) gegeven, overige indicaties (UWIs en UUI) werden vroeger wel vergoed, nu niet meer vanwege onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

Conclusie voor SUI

- (1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- (2) Kleur: 'geen'
- (3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',
- (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'niet voor deze indicatie, lokale toepassing maar volume daalt al'.
- (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'mogelijk'
- (8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn ? 'geen'

Conclusie voor UUI

- (1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- (2) Kleur: 'geen'
- (3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',
- (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'wordt niet meer vergoed ivm gebrek effectiviteit'.
- (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn ? 'actualiseren'

xv. Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen

Neuromodulatie is een behandeling voor aandrangincontinentie, waarbij verschillende toepassingen kunnen worden gebruikt om de blaas te reguleren. PTNS is een vorm van neuromodulatie waarbij stroomimpulsen worden gegeven aan de nervus tibialis met behulp van een naald. Deze methode vereist minimaal 12 behandelingen op de polikliniek of in de praktijk.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen (NZa zorgactiviteit 39885, indicator nr), 1420 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 12,5% van de patiënten uitgevoerd (3,9%-25,5%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +27,5%, aantal instellingen: -3,9% percentage patiënten met zorgactiviteit +8,5%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: stabiel .

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen (39885, indicator P56), 214 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 24 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 24 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 2,2% van de patiënten uitgevoerd. De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +21,0%, aantal instellingen: +12,5% percentage patiënten met zorgactiviteit -36,0, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: stabiel.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten bij Prolaps is 'laag EN hoog', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Niet bij prolaps, alleen bij blaas en ontlastingsproblematiek (specifieke indicaties)'. Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten bij UUI is 'gemiddeld / laag', de verwachte praktijkvariatie is 'laag'. De verklaring is 'Afhankelijk van centra; lokale en regionale afspraken, In NL is er een vergoeding voor deze behandeling. Is een bewezen effectieve behandeling, vaker gedaan t.o.v. andere landen vanwege de vergoeding. Variatie i.v.m. aanbieden door zorginstelling, infrastructuur nodig om deze behandeling aan te kunnen bieden'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (UUI)	alleen bij vrouwen, alleen als behandeldoel niet genezing is	oranje	Bied, indien voorhanden, PTNS aan als optie voor verbetering van de klachten van UUI bij vrouwen (maar niet aan mannen) die geen baat hebben gehad van anticholinerge medicatie of deze medicatie niet konden verdragen. Bied PTNS niet aan bij mannen of vrouwen die een genezing van hun UUI willen bereiken.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie/ui_2e_en_3e_lijnszorg/conservatieve_behandeling/ui_2e_3e_lijnszorg/ptns_bij_ui_in_2e_3e_lijnszorg.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1b tot 3	01-01-2014
Urologie (UUI)	vrouwen met aandrang-incontinentie	oranje	Er is meer onderzoek nodig naar de effecten van TENS en PTNS bij vrouwen met aandrang-incontinentie.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/ui_chirurgische_behandeling/ui_tens_ptns.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 2	30-12-2011

Guiding resultaten in samenhang

PTNS is geïndiceerd voor UUI en urge klachten, niet voor prolaps

Conclusie voor Prolaps

- 1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur: 'geen'.
- 3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',
- 4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'behandeling vindt meer plaats dan gewenst omdat het niet geïndiceerd is voor Prolaps'.
- 6) (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- 10) (7) Is er een advies m.b.t. de richtlijn ?nee'

Conclusie voor UUI

- (10) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, aanbeveling maar verschillend voor gyn - uro '
- (11) Kleur aanbeveling 'oranje, oranje'
- (12) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, volume conform verwachting',
- (13) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- (14) De motivatie voor deze conclusie is: 'grote regionale verschillen. Dat vraagt nadere analyse'.

- (15) Is verrichten van deze zorgactiviteit best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- (16) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (17) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee, maar is wel beperkt tot aantal centra'
- (18) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (19) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? afstemmen richtlijnen gyn-uro'

- xvi. Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.

Neuromodulatie is een behandeling voor aandringincontinentie, waarbij verschillende toepassingen kunnen worden gebruikt om de blaas te reguleren. Sacrale neuromodulatie vereist een operatie waarbij een zenuwstimulator onder de huid wordt geïmplant. PTNS is een andere vorm van neuromodulatie waarbij stroomimpulsen worden gegeven aan de nervus tibialis met behulp van een naald. Deze methode vereist minimaal 12 behandelingen op de polikliniek of in de praktijk. TRANS-neuromodulatie is een thuisbehandeling die berust op hetzelfde principe als PTNS, maar door de patiënt zelf kan worden toegepast.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie. (NZA code 36259, indicator nr U53), 159 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 29 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 29 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 8,9% van de patiënten uitgevoerd (6,4%-9,2%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -20,0%, aantal instellingen: -23,1% percentage patiënten met zorgactiviteit -14,4%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +3,5%.

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie. (NZA code 36259, indicator nr U53), 16 keer uitgevoerd voor de diagnose SUI door 13 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 13 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 5,1% van de patiënten uitgevoerd. De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -60,1%, aantal instellingen: -50% percentage patiënten met zorgactiviteit na, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: -14,3%

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'laag' voor SUI en UUI. De verklaring is 'Geen neuromodulatie bij stress incontinentie, Wordt gedaan door urologen, niet gynaecologen, Kosten/ afspraken met zorgverzekeraars. Géén stress incontinentie maar overactieve blaas/urge-incontinentie' Mogelijk registratiefout bij SUI.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie	-	-	geen aanbeveling voor stress-incontinentie			
Urologie			geen aanbeveling voor stress-incontinentie			
Gynaecologie	-	-	geen aanbeveling voor urge-incontinentie			
Urologie			geen aanbeveling voor urge-incontinentie			

Duiding resultaten in samenhang

Manometrie tijdens percutane test electrode àPNE is niet nuttig, studies hebben al aangetoond dat ook bij SNM er in manometrie geen verschillen gemeten worden.

Conclusie voor SUI

- (20) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- (21) Kleur 'Geen'
- (22) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- (23) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- (24) De motivatie voor deze conclusie is: 'is niet voor SUI maar UUI. Maar zeer laag volume, toepassing in beperkt

aantal instellingen en daalt verder'.

- (25) (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
 (26) (5) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
 (27) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
 (28) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
 (29) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? nee'

Conclusie voor UUI

- (1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
 (2) Kleur: 'Geen'
 (3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, hoger volume dan verwachting',
 (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
 (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'Geen evidence voor interventie'.
 (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'misschien voor deze indicatie'
 (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
 (8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
 (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
 (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? nee'

- xvii. Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711) (Naza code 38840, indicator nr U53), 123 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 29 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 29 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 4,6% van de patiënten uitgevoerd (4,5%- 4,5%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +25,2%, aantal instellingen: + 11,1% percentage patiënten met zorgactiviteit -49,0, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +3,4%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'laag' voor SUI en UUI. De verklaring is 'Geen neuromodulatie bij stressincontinentie, Wordt gedaan door urologen, niet gynaecologen, Kosten/ afspraken met zorgverzekeraars.'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (UUI)	patiënten met refractaire UUI (niet reagerende op conservatieve therapie)	groen	Bied patiënten met refractaire UUI (niet reagerende op conservatieve therapie), indien beschikbaar, sacrale neuromodulatie aan voordat blaasaugmentatie of deviatie wordt overwogen.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-2e-en-3e-lijnszorg/chirurgische-behandeling-bij-urine-incontinentie/sacrale-zenuwstimulatie-in-2e-3e-lijnszorg.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence 1b, 3 en 4	01-01-2014
Urologie (UUI)	vrouwen bij wie met conservatieve behandeling onvoldoende effect wordt bereikt	oranje	Sacrale zenuwstimulatie is een behandeloptie voor patiënten met aandrangincontinentie wanneer met conservatieve behandeling onvoldoende effect wordt bereikt. Deze behandeling dient te worden aangeboden op basis van de resultaten van een proefstimulatie, en alleen in gespecialiseerde centra.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie-bij-vrouwen/ui-chirurgische-behandeling/ui-sacrale-zenuwstimulatie.html	geen GRADE gebruikt. Level of evidence Niveau 2	30-12-2011

			Levenslange follow-up wordt aanbevolen.			
--	--	--	---	--	--	--

Duiding resultaten in samenhang

Dit is SNM voor UUI, zijn expertise centra voor, mag maar op een aantal plekken in NL

Conclusie voor UUI

- (1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen '
- (2) Kleur aanbeveling: 'Geen'
- (3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'behandeling is in lijn richtlijn en lijkt beperkt tot expertise centra.'
- (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit voor deze diagnose een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'ja'
- (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn ? 'Afstemmen richtlijnen gyn-uro'

- xviii. Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713) (NZa code 38842, indicator nr U53), 27 keer uitgevoerd voor de diagnose UUI door 29 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 29 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 1,2% van de patiënten uitgevoerd. De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -20,6%, aantal instellingen: +14,3% percentage patiënten met zorgactiviteit +18,8%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +3,5%.

Voor de diagnose SUI is in deze periode door 13 ziekenhuizen een declaratie ingediend en de patiënten komen uit 13 regio's.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'laag' voor SUI en UUI. De verklaring is 'Geen neuromodulatie bij stressincontinentie, Wordt gedaan door urologen, niet gynaecologen, Kosten/ afspraken met zorgverzekeraars.'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie & Urologie (SUI)		?	geen aanbeveling voor SUI			
Gynaecologie & Urologie (UUI)		?	geen aanbeveling voor UUI			

Duiding resultaten in samenhang

Dit is SNM voor UUI, zijn expertisecentra voor, mag maar op een aantal plekken in NL

Conclusie voor UUI

Code voor verwijdering SNM, hoort bij UUI, komt voor. Hoort niet bij SUI..

- a) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- b) kleur 'geen'
- c) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- d) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'Nee'.
- e) De motivatie voor deze conclusie is: 'is gangbare zorg'.
- f) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- g) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- h) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'ja'
- i) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- j) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

4.4. PROLAPS OPERATIE

xix. Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop

Een fixatie is een operatie waarbij de baarmoeder of de vaginatop (na eerdere verwijdering van de baarmoeder) wordt opgehangen.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop (NZA zorgactiviteit 37380, indicator P49), 105 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 18 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 18 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 0,6% van de patiënten uitgevoerd (0,2%-0,9%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -35,0%, aantal instellingen: -15,7% percentage patiënten met zorgactiviteit stabiel, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: -39,1%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Mogelijk patiënten preferentie. Indien deze behandeling wordt geregistreerd is er mogelijk een registratieartefact'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)			geen aanbeveling voor deze behandeling bij prolaps Behandeling wordt wel genoemd in literatuuranalyse van de module: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html?query=extirpatie#summary_literature			

Duiding resultaten in samenhang

Ingrep is onbekend. Klinkt als open sacrocolpopexie, wordt nauwelijks meer open gedaan, tenzij grote bloeding peroperatief o.i.d..

Conclusie voor Prolaps

- (1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',

- (2) Kleur: 'geen'
- (3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- (4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- (5) De motivatie voor deze conclusie is: 'volume is laag en aantal instelling maar daalt conform verwachting. Behandeling is niet meer passend, alleen mogelijk bij complicaties. '.
- (6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'Misschien voor deze indicatie'
- (7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- (8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- (9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- (10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

xx. Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek

Een sacropexie is een open operatie die wordt uitgevoerd als uw bekkenbodemporganen, zoals blaas, baarmoeder en endeldarm, ernstig zijn verzakt. Tijdens de operatie plaatst de gynaecoloog een synthetisch matje in de buik, via een snede in de buikwand.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek (NZA-code 37381, indicator nr P50), 20 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 7 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 7 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 0,8% van de patiënten uitgevoerd. De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -26,1%, aantal instellingen: -50% percentage patiënten met zorgactiviteit stabiel, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: -50%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'laag'. De verklaring is 'Vroeger kwam dit vaak voor, tegenwoordig niet meer i.v.m. betere huidige technieken (laparoscopische sacropexie) of middels robot. Hoge belasting voor de patiënt. Salto studie laat laparoscopisch voordelen voor patiënt zijn; minder pijn en complicaties.'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)			geen aanbeveling voor deze behandeling bij prolaps			

Duiding resultaten in samenhang

Deze ingreep wordt nu laparoscopisch gedaan ip, wordt nauwelijks meer open gedaan (net als 37380 Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop)), tenzij grote bloeding peroperatief o.i.d.

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur aanbeveling 'geen'
- 3) (2) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- 4) (3) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'volume is laag en aantal instelling daalt conform verwachting. Behandeling is niet meer passend, alleen mogelijk bij complicaties.'
- 6) (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'misschien voor deze indicatie'
- 7) (5) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) (6) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) (7) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- 10) (7) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

xxi. Enterocoele operatie, abdominaal of vaginaal

Vaginaal of abdominaal herstel van een dunne darm verzakking, door de peritoneaalzak te sluiten middels hechtingen.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Enterocele operatie, abdominaal of vaginaal (NZA code 37370, indicator nr P48), 142 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 25 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 25 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 0,6% van de patiënten uitgevoerd (0,1%-1,2%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +25,5%, aantal instellingen: -25,5%, percentage patiënten met zorgactiviteit stabiel, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: stabiel.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Specifieke vorm van dunne darm verzakking. Deze vorm van verzakking komt niet vaak voor.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie & Urologie (Prolaps)			geen aanbeveling voor deze behandeling bij prolaps Er is wel een aanbeveling over behandeling rectocele: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_van_rectum_prolaps.html			

Duiding resultaten in samenhang

Mogelijk registratiefout: wordt vaak uitgeboekt als achterwandplastiek, omdat er vaak een combinatie is van recto en enterocele (evt. in combinatie bijv. met SSF).

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur: geen aanbeveling
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting'
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'combinatie behandelingen'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit voor deze diagnose een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'nee'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

xxii. Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek

Een laparoscopie is een operatie waarbij de gynaecoloog met een kijkbuis, de laparoscoop, in uw buikholte kan kijken en de verzakking kan corrigeren. Hiervoor maakt de gynaecoloog vier kleine sneden in uw buik.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek (NZA code 37384, indicator nr P53), 300 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 30 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 30 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 1,4% van de patiënten uitgevoerd (0,2%-3,5%) De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +45,5%, aantal instellingen: +13,8% percentage patiënten met zorgactiviteit -18,2%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: + 14,8%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'gemiddeld/laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Wordt alleen uitgevoerd in expertise centra (chirurg gebonden) / Niet primair, wel recidief / Profiel discussie'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie & Urologie (Prolaps)			geen aanbeveling voor deze behandeling bij prolaps			

Duiding resultaten in samenhang

Is echt voor recidief prolaps, niet voor primaire behandeling van een prolaps

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur aanbeveling: 'Geen'
- 3) (2) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- 4) (3) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'mogelijk grote praktijkvariatie tussen instellingen, wel landelijke herkomst patiënten'.
- 6) (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze indicatie'
- 7) (5) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) (6) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) (7) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- 10) (7) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? nader te bepalen afhankelijk van vraag of er grote praktijkvariatie is tussen instellingen en hoe volume zich ontwikkeld'

xxiii. Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek (NZa prestatie, indicator nr P52), 146 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 22 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 22 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 0,9% van de patiënten uitgevoerd (0,2%-0,9%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +61,7%, aantal instellingen: +15,0%, percentage patiënten met zorgactiviteit -28,6%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +4,5%

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'gemiddeld/ laag', de verwachte praktijkvariatie is 'laag'. De verklaring is 'Keuze uitvoering is chirurg gebonden en patiënten preferentie. Keuze door praktijk indien andere technieken niet werken. Niet primair, alleen bij recidief. Indicatie vastzetten vagina top of baarmoeder, met aansluitend een vaginale ingreep (vaak een voorwand- of perineoplastiek); komt minder vaak voor dan 37384 (Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek)'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie & Urologie (Prolaps)			geen aanbeveling voor deze behandeling bij prolaps			

Duiding resultaten in samenhang

In principe is dit geen voorbehouden handeling, itt tot vaginale mesh, wat mogelijk ertoe kan leiden dat er meer van zijn uitgevoerd, de richtlijn prolaps zegt hier niet iets over. Outliers in kaart brengen, indicatie bij grote centra voor deze ingreep geschat op max 10/20 per jaar. Is echt voor recidief prolaps, niet voor primaire behandeling van een prolaps

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur aanbeveling 'Geen'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.

- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'mogelijk grote praktijkvariatie tussen instellingen. Dat blijkt uit feit dat patiënten niet uit alle regio's afkomstig zijn'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze indicatie'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'Nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'Nader te bepalen afhankelijk van vraag of er grote praktijkvariatie is tussen instellingen en hoe volume zich ontwikkeld'.

xxiv. Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea

Het doel van de voorwandplastiek is het opheffen van een verzakking van de voorwand van de vagina. De blaas ligt tegen een deel van de voorwand aan en wordt bij de voorwandplastiek weer terug op zijn plaats geduwd. Het doel van de achterwandplastiek is het opheffen van een verzakking van de achterwand van de vagina. Bij een achterwandplastiek wordt de endeldarm weer op zijn plaats gelegd.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit 'Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea' (NZA-code 37263, indicator nr P40), 3766 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 6,7% van de patiënten uitgevoerd (2,1%-14,0%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +6,4%, aantal instellingen: stabiel percentage patiënten met zorgactiviteit +0,1%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: stabiel.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'hoog', de verwachte praktijkvariatie is 'laag'. De verklaring is 'Geschikt voor vrouwen met blaas en endeldarmverzakking, zonder verzakking van baarmoeder. Achtergrond/techniek verwacht gelijkwaardig te zijn. Kan financiële redenen hebben: uitvoering kan zowel in dagbehandeling als met opname.'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)	vrouw bij wie bekkenfysiotherapie en/of pessarium onvoldoende effectief waren	oranje	Licht de vrouw met een symptomatische prolaps in over de diverse (conservatieve en operatieve) behandelmogelijkheden en bespreek de voor- en nadelen van de verschillende vormen van chirurgie; laat daarna echter bij de keuze van de behandeling de stem van de vrouw prevaleren. Biedt de meest behoudende behandeling als eerste optie aan, zolang niet bewezen is dat meer invasieve methoden tot betere resultaten leiden. Dat impliceert als volgorde 1. bekkenfysiotherapie (tot maximaal stadium 2) en/of pessarium; 2. chirurgische behandeling.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html?query=extirpatie#summary_literature	GRADE moderate - zeer laag	13-11-2014

Duiding resultaten in samenhang

Meest logische behandeling voor prolaps van het voorste en achterste compartiment, volume hoort hoog te zijn. Richtlijn t.a.v. urine-incontinentie hoort hier eigenlijk niet bij, dat gaat over combinatie chirurgie met sling. De behandeling kan zowel in dagbehandeling als met overnachting omdat patiënten tampon vaginaal en catheter krijgen, om de wondgenezing te bevorderen. Er vindt momenteel studie naar plaats.

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbeveling',
- 2) Kleur: 'oranje'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, hoog volume conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'meest logische behandeling'.
- 6) (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertise centrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'ja, landelijke implementatie zal ook praktijkvariatie mogelijk verkleinen'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'ja, aanpassen n.a.v. zorgevaluatie'

xxv. Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))

Als een verzakking na een eerdere operatie weer terug, omdat het weefsel tussen de vagina en de blaas of de darm erg zwak is, kan een kunststof implantaat (vaginale mesh) gebruikt worden om het natuurlijke weefsel te verstevigen

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS)) (NZA code 37268, indicator nr P43), 168 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 26 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 26 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 1,2% van de patiënten uitgevoerd (0,2%-2,4%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -52,5%, aantal instellingen: -25,9% percentage patiënten met zorgactiviteit -30,7%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: -27,5%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Deze behandeling wordt alleen uitgevoerd door de 6 expertisecentra (Sinds 2020). Indicaties zijn strikt, de ingreep vindt alleen plaats indien er sprake is van een recidief verzakking, daarom de keuze voor geconcentreerde zorg. Patiënten worden niet altijd verwezen naar deze expertisecentra; dan krijgen patiënten opnieuw 37264 (Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie), mogelijk door voorkeur patiënt. Wel na complicaties door MESH (geen primaire behandeling).

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)		oranje	Transvaginaal prolaps herstel met mesh dient in principe te worden voorbehouden aan vrouwen met een recidief prolaps. Deze dient te worden uitgevoerd door professionals die voldoen aan de criteria zoals beschreven in de Nota gebruik kunststof materiaal bij prolapschirurgie (2014, versie 2.1) Informeer vrouwen die voor mesh behandeling in aanmerking komen over de verhoogde kans op de novo prolaps van het onbehandelde compartiment. Informeer vrouwen die voor mesh behandeling van het voorste compartiment in aanmerking komen over de	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html?query=extirpatie#summary_literature en https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html	GRADE moderate - zeer laag	13-11-2014

			verhoogde kans op stress urine incontinentie. Informeert vrouwen die voor mesh behandeling in aanmerking komen over de kans op mesh exposure. Bespreek dat prolaps recidief kansen bij uterus sparende chirurgie en vaginale hysterectomie gelijkwaardig zijn.			
--	--	--	--	--	--	--

Duiding resultaten in samenhang

Alleen bij recidief en in expertisecentra, dit is in principe geborgd in de nota mesh van de NVOG, maar wel pas sinds 2020.⁹

Conclusie voor Prolaps

- i. is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen',
 - ii. Kleur: 'Oranje'
 - iii. Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
 - iv. is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'Mogelijk'.
 - v. De motivatie voor deze conclusie is: 'Alhoewel duidelijk is dat zorg geconcentreerd is in aantal centra, lijkt het vooral lokaal toegepast te worden. Alleen lokale verwijzingen naar expertisecentra? '.
 - vi. Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
 - vii. Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
 - viii. Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'ja'
 - ix. (7) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'Monitoren'
 - x. Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'
- xxvi. Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)

Als een verzakking na een eerdere operatie weer terug, omdat het weefsel tussen de vagina en de blaas of de darm erg zwak is, kan een kunststof implantaat (vaginale mesh) gebruikt worden om het natuurlijke weefsel te verstevigen. Dit gaat om een recidief voorwand- als de achterwandprolaps tegelijk.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure) (NZA code 37269, indicator nr P44), 86 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 21 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 21 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 3,4% van de patiënten uitgevoerd (0,3%-3,9%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -58,6%, aantal instellingen: -41,6% percentage patiënten met zorgactiviteit -77,8%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: 13,6%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Deze behandeling wordt alleen uitgevoerd door de 6 expertisecentra (Sinds 2020). Indicaties zijn strikt, daarom de keuze voor geconcentreerde zorg. Patiënten worden niet altijd verwezen naar deze expertisecentra; dan krijgen patiënten opnieuw 37264 (Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portio-amputatie), mogelijk door voorkeur patiënt. Indien recidief verzakking '.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie	vrouw bij wie bekkenfysiotherapie en/of pessarium	oranje	Transvaginaal prolaps herstel met mesh dient in principe te worden voorbehouden aan vrouwen met een recidief	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.ht	GRADE moderate - zeer laag	13-11-2014

⁹ <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Nota-Gebruik-van-kunststof-materiaal-bij-prolaps-chirurgie-2.1-22-05-2014.pdf>

	onvoldoende effectief waren		prolaps. Deze dient te worden uitgevoerd door professionals die voldoen aan de criteria zoals beschreven in de Nota gebruik kunststof materiaal bij prolapschirurgie (2014, versie 2.1) Informeer vrouwen die voor mesh behandeling in aanmerking komen over de verhoogde kans op de novo prolaps van het onbehandelde compartiment. Informeer vrouwen die voor mesh behandeling van het voorste compartiment in aanmerking komen over de verhoogde kans op stress urine incontinentie. Informeer vrouwen die voor mesh behandeling in aanmerking komen over de kans op mesh exposure. Bespreek dat prolaps recidief kansen bij uterus sparende chirurgie en vaginale hysterectomie gelijkwaardig zijn.	ml?query=extirpatie#summary literature		
--	-----------------------------	--	--	---	--	--

Duiding resultaten in samenhang

Alleen in expertisecentra, dit is in principe geborgd in de nota mesh van de NVOG, maar wel pas sinds 2020.¹⁰

Conclusie voor Prolaps

1. Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, duidelijke aanbevelingen',
2. Kleur: 'Oranje'
3. Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
4. Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'Mogelijk'.
5. De motivatie voor deze conclusie is: 'alhoewel duidelijk is dat zorg geconcentreerd is in aantal centra, lijkt het vooral lokaal toegepast te worden. Alleen lokale verwijzingen naar expertisecentra? '.
6. Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
7. Zijn lokale maatregelen nodig? 'Nee'
8. Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'Ja'
9. (7) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'Monitoren'
10. Is er een advies m.b.t. de richtlijn? Nee''

xxvii. Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie

Bij een portioamputatie worden de banden waaraan de baarmoeder vastzit, ingekort waardoor de baarmoeder weer haar oude positie inneemt. Daarnaast wordt een stukje van de baarmoedermond afgesneden, waardoor de afstand tussen de ingang van de vagina en de baarmoeder weer groter wordt. De operatie wordt ook wel Manchester Fothergill genoemd en wordt vrijwel altijd gecombineerd met een voorwandplastiek.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie (NZA zorgactiviteit 37264, indicator nr P41), 760 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 30 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 30 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 1,8% van de patiënten uitgevoerd (0,2%-5,4%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +17,7%, aantal instellingen: -1,8% percentage patiënten met zorgactiviteit -15%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: stabiel.

Verwachtingen volume en variatie

¹⁰ <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Nota-Gebruik-van-kunststof-materiaal-bij-prolaps-chirurgie-2.1-22-05-2014.pdf>

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'hoog', de verwachte praktijkvariatie is 'laag'. De verklaring is 'Verwachting minder praktijkvariatie door resultaten SAM Studie; 37264 vergeleken met 37385 (Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek); daaruit is gebleken dat 37264 (Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie) betere resultaten heeft'.¹¹

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie			Geen aanbeveling over voor- en achterwandplastiek met portioamputatie			

Duiding resultaten in samenhang

SAM studieresultaten moeten nog worden geïmplementeerd, gepubliceerd in juni 2023.

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur: 'geen'
- 3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'nee, lager volume dan verwachting',
- 4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'behandeling vindt minder plaats dan gewenst'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'ja, landelijke implementatie'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? ja, aanpassen n.a.v. zorgevaluatie'

xxviii. Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek

Bij een sacrospinale fixatie wordt de verzakte baarmoeder of vaginatop met stevige, onoplosbare hechtingsdraden aan een bindweefselband in het bekken (sacrospinaal ligament) vastgemaakt en op deze manier opgehangen.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek (NZA zorgactiviteit 37385, indicator nr P54), 2481 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 4,6% van de patiënten uitgevoerd (0,6%-11,7%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume 25,5%, aantal instellingen -4,2%, percentage patiënten met zorgactiviteit 11,4%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: stabiel.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'hoog', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'Zorgactiviteit is keuze chirurg en kliniek; ook praktijkvariatie binnen techniek. Ook afhankelijk van patiënten preferentie'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
-------------	--------------------	-------------------	-------------	-----------	-----------------------	--------------------

¹¹ Enklaar RA, Schulten SFM, van Eijndhoven HWF, et al. Manchester Procedure vs Sacrospinous Hysteropexy for Treatment of Uterine Descent: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023;330(7):626–635. doi:10.1001/jama.2023.13140

Gynaecologie (Prolaps)			geen aanbeveling voor deze behandeling bij prolaps Behandeling wordt wel genoemd in literatuuranalyse van de module: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html?query=extirpatie#summary_literature			
------------------------	--	--	--	--	--	--

Duiding resultaten in samenhang

De SAVE U (2015 SSF vs VUE) en SAM (Manchester vs SSF) studie laten beiden zien dat uterusparend non inferieur is tov verwijdering, dit moet nog worden geïmplementeerd in richtlijn prolaps. SAM neigt meer naar Manchester, maar indicatie voor SSF blijft bestaan.

Deze of Manchester zijn meest voorkomende bij baarmoedersparend. Niet iedereen kan dit: moet je leren, Manchester is wat makkelijker. Verwijderen van de baarmoeder versus fixatie (ophangen) was lokale voorkeur: was gelijkwaardig, maar in 2020 meer sparende behandeling. Deze neemt dus toe en vaginale uterus extirpatie neemt af.

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur: 'geen'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, hoog volume conform verwachting'
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja, mogelijk onderbehandeling'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'studies laten zien dat uterus sparend non inferieur is tov verwijdering, dit moet nog worden geïmplementeerd in richtlijn prolaps.'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'ja, landelijke implementatie'
- 10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'ja, aanpassen nav zorgevaluatie'

4.5. BAARMOEDER VERWIJDERENDE OPERATIES

i. Abdominale uterus extirpatie

Afhankelijk van de situatie en klachten verwijdert de gynaecoloog niet alleen de baarmoeder zelf, maar in principe ook de baarmoederhals, de eileiders en zo nodig de eierstokken.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Abdominale uterus extirpatie (37111, indicator in principe niet voor deze diagnose P37), <5 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 6 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 6 regio's. Meer data zijn niet beschikbaar gezien het lage volume.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'Laag', de verwachte praktijkvariatie is 'Laag'. De verklaring is 'In combinatie prolapsoperatie, alleen uterus extirpatie (bijv ivm grootte, door myomen) als vaginale verwijdering van de uterus niet mogelijk is. Abdominale uterus extirpatie hoort niet bij indicatie prolaps'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)			geen aanbeveling over abdominale uterus extirpatie			

Duiding resultaten in samenhang

Deze behandeling moet niet toegepast worden tenzij vleesboom met verzakking of andere indicatie AUE (oncolologisch bijvoorbeeld).

Conclusie voor Prolaps

- i. Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- ii. Kleur aanbeveling 'Geen'
- iii. Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- iv. Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'nee'.
- v. De motivatie voor deze conclusie is: 'behandeling wordt niet aanbevolen en wordt ook niet meetbaar uitgevoerd maar vindt wel in sommige regio's zeer incidenteel plaats'.
- vi. Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose' (5) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- vii. Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- viii. Zijn landelijke maatregelen nodig? 'monitoren'
- ix. Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'nee'

ii. Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie

Verwijdering van de baarmoeder via de vagina in verband met verzakklingsklachten, in combinatie met voor- en/of achterwandplastiek wegens voor- en/of achterwandverzakking

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie (NZA code 37265, P42), 1365 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 31 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 2,9% van de patiënten uitgevoerd (0,3%-8,0%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -22,4%, aantal instellingen: -13,2% percentage patiënten met zorgactiviteit -48,4%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: stabiel.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag en gemiddeld', de verwachte praktijkvariatie is 'laag en hoog'. De verklaring is 'een uterus extirpatie is geen behandeling voor verzakking, maar voor bijv. cyclus stoornissen of andere ziekten van de baarmoeder (cervixafwijkingen), indien andere technieken niet voldoende zijn. SAVE-U studie heeft deze zorgactiviteit vergeleken met 37385 (Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek); daaruit is gebleken dat 37385 betere resultaten heeft.¹² Deze behandeling zou daarom niet meer vaak moeten voorkomen. Uitvoering zal niet verschillen wat betreft techniek. Praktijkvariatie door keuze voor behandeling per kliniek. Shared decision making (voorkeuren van zowel medisch specialist als patiënt).'

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
-------------	--------------------	-------------------	-------------	-----------	-----------------------	--------------------

¹² Schulten S F M, Detollenaere R J, Stekelenburg J, Int'Hout J, Kluivers K B, van Eijndhoven H W F et al. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial *BMJ* 2019; 366 :l5149 doi:10.1136/bmj.l5149

Gynaecologie (Prolaps)	vrouw bij wie bekkenfysiotherapie en/of pessarium onvoldoende effectief waren	oranje	Licht de vrouw met een symptomatische prolaps in over de diverse (conservatieve en operatieve) behandelmogelijkheden en bespreek de voor- en nadelen van de verschillende vormen van chirurgie; laat daarna echter bij de keuze van de behandeling de stem van de vrouw prevaleren. Biedt de meest behoudende behandeling als eerste optie aan, zolang niet bewezen is dat meer invasieve methoden tot betere resultaten leiden. Dat impliceert als volgorde 1. bekkenfysiotherapie (tot maximaal stadium 2) en/of pessarium; 2. chirurgische behandeling.	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/prolaps/chirurgische_behandeling_vaginale_prolaps.html?query=extirpatie#summary_literature	GRADE moderate - zeer laag	13-11-2014
------------------------	---	--------	--	---	----------------------------	------------

Duiding resultaten in samenhang

SAVE U (2015 SSF vs VUE) en SAM (Manchester vs. VUE) studie laten beiden zien dat uterus sparend non inferieur is tov verwijdering, dit moet nog worden geïmplementeerd in richtlijn prolaps. Zal afnemen

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie',
- 2) Kleur: 'Oranje'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, dalend volume conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'ja'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'studies laten zien dat uterus sparend non inferieur is tov verwijdering, dit moet nog worden geïmplementeerd in richtlijn prolaps. Aantal instellingen daalt, maar grote praktijkvariatie tussen instellingen die dit nog doen.'.
- 6) (4) Is verrichten van deze zorgactiviteit best practice? 'in principe voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'ja, lokale de-implementatie'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'ja, landelijke de implementatie'
- 10) (7) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? ja, aanpassen n.a.v. zorgevaluatie'

iii. Prolaps operatie, laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Prolaps operatie, laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH. (NZA code 37113, indicator nr P38), 115 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 20 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 23 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 0,07% van de patiënten uitgevoerd (9,2%-1,2%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume +26,8%, aantal instellingen: +29,4% percentage patiënten met zorgactiviteit -42,8%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: +9,5%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'laag', de verwachte praktijkvariatie is 'hoog'. De verklaring is 'expertisecentra, LASH (of LAVH/TLH) indien gecombineerde behandeling (niet primair voor prolaps)'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie (Prolaps)			geen aanbeveling over laparoscopische uterus extirpatie			

Duiding resultaten in samenhang

Sommige klinieken voeren een LASH uit (laparoscopisch geassisteerde supravaginale hysterectomie: verwijderen uterus per laparoscopie, cervix blijft zitten) in combinatie met sacrocolpopexie, waarbij ze de mesh op de cervix vast zetten. Specifieke oplossing. Onduidelijk of het een best practice is. Richtlijn spreekt zich hier niet over uit. Kan een kennishiaat zijn. Is maar kleine aantal instellingen en herkomst patiënten is deel Nederland. Grote praktijkvariatie tussen instellingen.

Conclusie voor Prolaps

- 1) Is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Nee, geen aanbeveling',
- 2) Kleur aanbeveling 'geen'
- 3) Komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, laag volume conform verwachting',
- 4) Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'Mogelijk'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'uitvoering is in beperkt aantal instellingen en deel regio's, maar behandeling wordt niet aanbevolen in richtlijn. Grote praktijkvariatie tussen instellingen.'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'Onduidelijk'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'Mogelijk'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'mogelijk'
- 10) (7) Is er een advies m.b.t. de richtlijn? 'mogelijk kennishiaat, mogelijk aanwijzen expertise centra'

iv. Vaginale uterus extirpatie

Verwijdering van de baarmoeder via de vagina, zonder correctie van verzakking

Gemiddeld jaarlijks volume 2016-2019 en variatie tussen instellingen en regio's

Over de periode 2016-2019 is de zorgactiviteit Vaginale uterus extirpatie (NZA code 37131, indicator nr P39), 275 keer uitgevoerd voor de diagnose Prolaps door 301 ziekenhuizen en de patiënten komen uit 31 regio's. De zorgactiviteit wordt gemiddeld bij 0,8% % van de patiënten uitgevoerd (0,1-2,6%). De trends in de jaren 2016-2019 zijn: volume -24,3%, aantal instellingen: -18,0% percentage patiënten met zorgactiviteit -22,2%, aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn: -3,2%.

Verwachtingen volume en variatie

Het verwachte volume door de geraadpleegde medisch specialisten is 'nvt', de verwachte praktijkvariatie is 'nvt'. De verklaring is 'Lijkt registratie fout bij prolaps'.

Richtlijnen

Specialisme	Patiëntenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Hyperlink	Vertrouwen literatuur	Autorisatie module
Gynaecologie prolaps			geen aanbeveling over Vaginale uterus extirpatie			

Duiding resultaten in samenhang

Dit gaat om de VUE zonder plastieken, dus bijv voor menorrhagie. Ip is VUE met plastieken voor prolaps (37265). Zou registratiefout kunnen zijn, indien combi met G11 dan ivm cyclusklachten, niet voor prolaps.

Conclusie voor Prolaps

- 1) is er een aanbeveling in de richtlijn: 'Geen aanbeveling voor prolaps'
- 2) Kleur 'Geen'
- 3) komt feitelijk en verwacht volume overeen: 'ja, dalend volume conform verwachting',
- 4) is er sprake van ongewenste praktijkvariatie? 'mogelijk'.
- 5) De motivatie voor deze conclusie is: 'deze behandeling is niet voor prolaps, wel voor overmatig bloedverlies of persisterend afwijkende uitstrijkjes bijvoorbeeld'.
- 6) Is verrichten van deze zorgactiviteit een best practice? 'in principe niet voor deze diagnose'
- 7) Zijn lokale maatregelen nodig? 'nee'
- 8) Is uitvoering beperken tot een expertisecentrum wenselijk? 'nee'
- 9) Zijn landelijke maatregelen nodig? 'ja mogelijk landelijk voorkomende registratiefout'

10) Is er een advies m.b.t. de richtlijn 'NEE'

5. SYNTHESE RESULTATEN EN INTERPRETATIE

5.1. AANLEIDING VOOR HET PROJECT

Aanleiding voor het project was het signalement van Zorginstituut Nederland. De conclusie was dat er bij stress urine-incontinentie en prolaps veel variatie in de behandeling is als gevolg van verschillen in regionale samenwerking tussen eerste en tweede lijn enerzijds en verschillen in behandelaanpak in eerste en tweede lijn anderzijds. Er zijn drie vragen geformuleerd voor een beter begrip van deze variatie:

Vraag	Aanpak
1) Welk deel van de variatie in zorg komt door verschillen in regionale samenwerking?	In kaart brengen van de variatie in de eerste en tweedelijnszorg met indicatoren op niveau zorgkantoorregio en een analyse van de mate waarin deze variatie het gevolg kan zijn van verschillen in samenwerking.
2) Welk deel van de variatie in zorg komt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in richtlijnen?	In kaart brengen van de variatie tussen ziekenhuizen in gebruik van diagnostiek en behandelingen, de samenhang met advies daarover in de richtlijnen en het identificeren van best practices van diagnostiek en behandeling.
3) Welk deel van de variatie in zorg komt door gebrekkige implementatie van de richtlijnen?	Op ziekenhuisniveau, maar niet herleidbaar tot een specifiek ziekenhuis, beschrijven in welke mate de zorg volgens de best practice is.

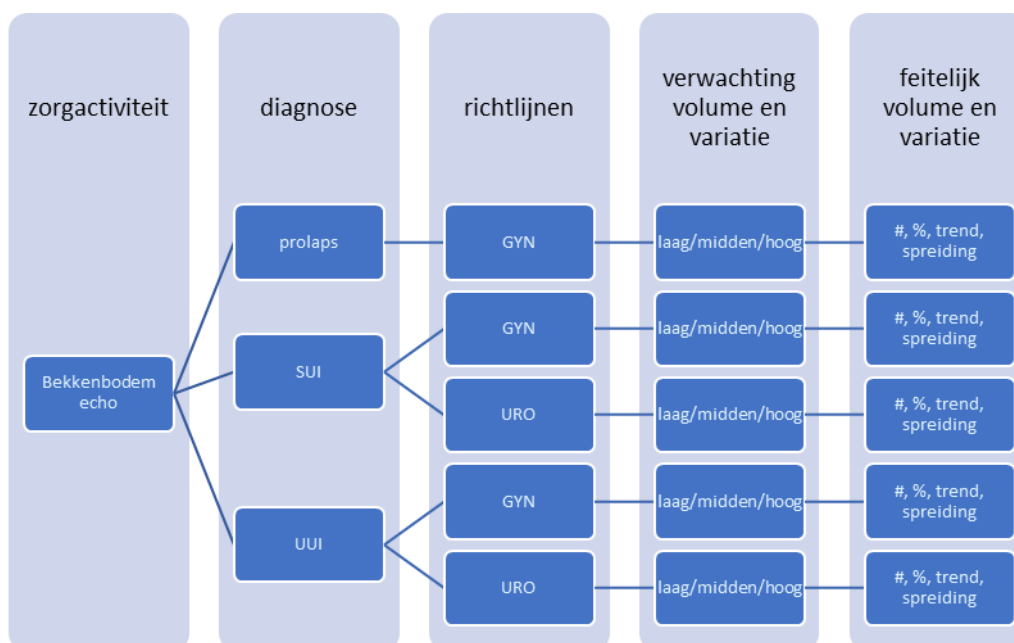
Dit deelrapport betreft vraag 2 en dan specifiek de MSZ-zorg. In een aantal stappen zal deze vraag beantwoord worden.

De primaire focus van de begeleidingscommissie ligt op het bereiken van consensus over de methode en de interpretatie van de resultaten op zorgactiviteit niveau, uitgesplitst naar de verschillende diagnoses voor zover van toepassing (Prolaps, SUI en UUI). Die rapportage is in detail te vinden in hoofdstuk drie. Het vertalen van die resultaten naar mogelijke maatregelen, is aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen. De resultaten van het project zullen daar gepresenteerd worden en het is aan hen om vervolgactiviteiten te ontplooiën, waar zij dat noodzakelijk achten. In dit hoofdstuk zullen de resultaten op hoofdlijnen besproken worden. We doen dat aan de hand van de xxxx onderdelen van het instrument dat ontwikkeld is. Daarbij evalueren we ook of die onderdelen van het instrument bruikbaar zijn bij andere diagnoses met vergelijkbare vraagstukken ten aanzien van variatie in zorg.

5.2. TOETS UITVOERBAARHEID EN BRUIKBAARHEID GEHANTEERDE METHODE

5.2.1. STRUCTUUR VERZAMELDE GEGEVENS

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van het instrument en de verzamelde data. Per zorgactiviteit zijn de richtlijnen in kaart gebracht per specialisme, de verwachtingen van een groep medisch specialisten per zorgactiviteit uitgesplitst naar diagnose en specialisme en de feitelijke volumes en variatie daarin. Dit wordt uitgewerkt in de volgende paragrafen. Een overzicht van is te vinden in bijlage 1, achter in dit bestand. Er is een Excel bestand opvraag met alle verzamelde data, waar de conclusies in rapport op gebaseerd zijn.



5.2.2. WAT STAAT ER IN DE RICHTLIJN OVER ZORGACTIVITEIT PER DIAGNOSE?

Richtlijnen zijn niet altijd of ook niet formeel gericht op de vraag welke zorgactiviteiten – waarop Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) gebaseerd zijn – passend zijn in een bepaalde klinische context. Daarom is voor alle unieke gedeclareerde zorgactiviteiten in de bekkenbodembodemzorg (34) allereerst in kaart gebracht wat de aanbeveling in de richtlijn is. Dat is uitgevoerd door het Kennisinstituut van de FMS. Daarbij is voor alle drie de diagnoses (Prolaps, SUI en UUI) zowel gekeken in de richtlijnen voor gynaecologen als urologen. Als er een aanbeveling is in de richtlijn is, kan de kleur groen (richting geven), oranje (een beetje richting geven) of rood zijn (niet richtinggevend). Het kan ook zijn dat er geen aanbeveling is voor de zorgactiviteit.

Tabel 2 gedeclareerde zorgactiviteiten voor Prolaps, SUI en UUI in 2016-2019

Categorie zorg	Omschrijving zorgactiviteit	NZa code
1 Diagnostiek	(bekkenbodembodem)echografie	39492
	Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	39876
	Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie	39859
	Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	87097
	Urodynamisch onderzoek	39870
	Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).	39865
2 SUI Chirurgie	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek	37346
	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek	37347
	Incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.	37348
	Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.	36461
3 UUI Chirurgie	Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)	36264
	Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	190374
	Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.	39446
	Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.	39445
	Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).	39887
	Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	39885
	Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.	36259

	Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	38840
	Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ONS-studie zie 032705/032713).	38842
4 Prolapsoperatie	Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop	37380
	Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	37381
	Enterocoele operatie, abdominaal of vaginaal	37370
	Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek	37384
	Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	37383
	Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reeffechtingen tegen licht incontinentia urinea	37263
	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	37264
	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))	37268
	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)	37269
	Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	37385
5 Baarmoeder verwijderen	Abdominale uterus extirpatie	37111
	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	37265
	Prolaps operatie, laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.	37113
	Vaginale uterus extirpatie	37131

In totaal zijn er 87 ‘zorgactiviteit-diagnose-specialisme’ combinaties. Bijvoorbeeld: (bekken)echografie wordt als zorgactiviteit geregistreerd bij zowel Prolaps, SUI als UUI als diagnose. Voor SUI en UUI zijn richtlijnen van de urologen en de gynaecologen op deze zorgactiviteit onderzocht, voor Prolaps alleen die van de gynaecologen. In totaal zijn er 5 mogelijke adviezen in de richtlijn: 2 voor urologen voor gebruik (bekken)echografie voor SUI en UUI, 2 voor gynaecologen voor gebruik (bekken)echografie voor SUI en UUI en 1 van gynaecologen voor gebruik (bekken)echografie bij Prolaps. In paragraaf 3.A.1 is te zien dat het advies 4 keer rood en 1 keer groen was in de periode 2016-2020. Of dat nu ook nog zo gezien wordt, komt verderop aan de orde. (Bekken)echografie komt dus 5 keer voor in onderstaande tabel 3. Voor diagnostiek zijn er dus in totaal 4+12+12 combinaties mogelijk.

Tabel 3: Kleur aanbeveling per zorgactiviteit naar categorie zorg

Aantal zorgactiviteiten		Kleur aanbeveling					
Categorie zorg	Aandoening	Geen	Groen	Oranje	Rood	Eindtotaal	
1 Diagnostiek	Prolaps				1	3	4
	SUI	6			1	5	12
	UUI	7		1	1	3	12
2 SUI chirurgie	Prolaps				1		1
	SUI			6	1	1	8
3 UUI chirurgie	Prolaps	1					1
	SUI	17					17
	UUI	6		7	4	1	18
4 Prolapsoperatie	Prolaps	7			3		10
5 Baarmoeder verwijderend	Prolaps	2			2		4
Eindtotaal		46	14	14	13		87

Bovenstaande tabel 3 laat zien dat er voor 46 van de in totaal 87 combinaties van een zorgactiviteit-diagnose-specialisme geen advies is (53%). Van de 41 adviezen (47%) die zijn gegeven waren die ongeveer gelijk verdeeld: 14 groen, 14 oranje en 13 rood. Voor diagnostiek is het advies het vaakst rood in de richtlijnen die golden in 2016-2019: 11 (3 + 5 + 3) van de in totaal 13 rode adviezen betreft diagnostiek. Voor stressincontinentie chirurgie hebben alle zorgactiviteiten een aanbeveling: 6 groen, 2 oranje en 1 rood. Dat heeft te maken met het feit dat hier al lang onderzoek naar gedaan wordt. Bij prolapsoperatie is de situatie totaal anders: 7 combinaties hebben geen aanbevelingen en 3 zijn oranje. Er is in de afgelopen jaren hier juist veel onderzoek naar gedaan, bij de detail bespreking is naar voren gekomen dat die deels nog verwerkt moet worden in de richtlijnen. Bij baarmoeder verwijderende ingrepen waren de adviezen in 2016-2019 half oranje, half ontbrak er een. Hier geldt hetzelfde ten aanzien van onderzoek als bij de baarmoeder sparende operaties: veel onderzoek is daarna gedaan.

Bij de urge-incontinentie chirurgie als injecties, spoelingen en neurostimulatoren, verschilt het per diagnose: Bij prolaps en SUI geen advies en bij UUI 7 groen, 4 oranje, 1 rood en bij 6 geen advies. Dat geeft echter deels een vertekend beeld omdat bv voor een neurostimulator meerdere zorgactiviteiten bestaan en het is natuurlijk vooral belangrijk dat een advies is voor het plaatsen ervan en niet bv voor verwijderen ervan. Die zorgactiviteit heeft meer een administratieve functie.

In onderstaande tabel 4 zijn de zorgactiviteiten weergegeven waarvoor bij 1 diagnose verschillende adviezen te vinden zijn.

Tabel 4: Kleur aanbeveling per zorgactiviteit naar categorie zorg

Aantal zorgactiviteiten			Kleur aanbeveling			
Categorie zorg	Omschrijving zorgactiviteit	Aandoening	Geen	Groen	Oranje	Rood
1 Diagnostiek	(Bekkenbodem)echografie	UUI		1		1
	Urodynamisch onderzoek	UUI	1		1	
2 SUI chirurgie	Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.	SUI			1	1
		SUI			1	1
	Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	UUI		1	1	
	Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	UUI		1	1	

Alle adviezen zijn ook inhoudelijk beoordeeld. Zijn ze duidelijk of laten ze ruimte voor interpretatie? 17 aanbevelingen worden als duidelijk getypeerd, 24 laten ruimte voor interpretatie. De combinatie “er is geen aanbeveling” en “ja, maar de aanbeveling laat ruimte voor interpretatie” is het geval van het feit dat er soms meerdere, verschillende aanbevelingen voor een combinatie aandoening-behandeling zijn.

Tabel 5: Kleur aanbeveling en duiding aanbeveling

Aantal van Zorg activiteit					
Duiding aanbeveling	Geen	Groen	Oranje	Rood	Eindtotaal
Ja, duidelijke aanbevelingen		7	6	4	17
Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie	2	7	8	7	24
Nee, geen aanbeveling	44			2	46
Eindtotaal	46	14	14	13	87

Tot slot kan het zijn dat wanneer een zorgactiviteit alleen uitgevoerd wordt in een expertisecentrum, daar mogelijk geen adviezen voor zijn ontwikkeld omdat het toch al geconcentreerd wordt uitgevoerd. Dat lijkt beperkt het geval te zijn: dat speelt vooral voor SUI. Bij prolaps en UUI zijn er juist ook bij expertisecentra aanbevelingen. Let op: de interventies die bij SUI staan zijn in niet geïndiceerd bij SUI maar voor UUI, maar omdat deze wel zo in de dataset aangetroffen zijn, zijn ze in deze tabel opgenomen onder SUI en UUI.

Tabel 6: Kleur aanbeveling per zorgactiviteit die in een expertisecentrum wordt uitgevoerd

Aantal zorgactiviteiten	Kleur aanbeveling				
Omschrijving zorgactiviteit	Geen	Groen	Oranje	Rood	Eindtotaal
Prolaps					
Anorectaal functieonderzoek (ARFO)				1	1
Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS)) (deze zijn vanaf 2020 geconcentreerd in 6 expertisecentra)			1		1
Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure) (deze zijn vanaf 2020 geconcentreerd in 6 expertisecentra)			1		1
SUI					
Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	2				2

Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	2				2
Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).	2				2
UUI					
Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).		1	1		2
Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).		1	1		2
Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).	2				2
Eindtotaal	8	2	4	1	15

Bij de uitwerking in hoofdstuk drie blijkt dat de adviezen soms niet altijd helemaal goed aansluiten bij de zorgactiviteit of zijn de adviezen voor een andere indicatie. In dergelijke gevallen is dat in bovenstaande tabel opgenomen als dat er geen advies is, terwijl de zorgactiviteit sec wel genoemd is. De conclusie is dat dit onderdeel van het instrument goed uitvoerbaar is gebleken: voor alle zorgactiviteiten was het uitvoerbaar voor de vigerende richtlijnen in 2016-2019.

5.2.3. WAT ZIJN DE VERWACHTINGEN TEN AANZIEN VAN VOLUME EN VARIATIE?

Voor alle 87 'zorgactiviteit-diagnose-specialisme' combinaties is vervolgens een aantal medisch specialisten in focusgroepen bevraagd of ze op basis van de richtlijnen verwachten dat de betreffende zorgactiviteiten veel of juist weinig wordt toegepast bij diagnostiek en/of behandeling en of ze veel praktijkvariatie tussen instellingen verwachten en waarom. Voor alle duidelijkheid: bij het stellen van deze vraag zijn de analyse over volume en praktijkvariatie niet gedeeld.

Deze vragen geven een eerste globaal inzicht in de mate waarin de richtlijnen in de praktijk voldoende duidelijk zijn. Ze zijn vooral van belang als er voor de zorgactiviteit geen advies is geformuleerd: is het dan helder of het een veelvoorkomende zorgactiviteit is en of er veel praktijkvariatie wordt verwacht en zo ja waarom. Kan dat te maken hebben met verschillen in de patiëntenpopulatie (i.e. gewenste variatie), of gaat het vooral om de behandelvoorkeuren van professionals (i.e. ongewenste variatie)?

Tabel 7 laat zien dat zo'n inschatting voor alle 87 'zorgactiviteit-diagnose-specialisme' combinaties mogelijk was. De categorie 'Niet van toepassing' is gekozen als de bevraagde medisch specialisten de zorgactiviteit niet herkennen of van mening waren dat het een registratie fout was (6x). In de tabel is ook het gemiddeld aantal patiënten te zien te zien, alhoewel deze onderling natuurlijk volledig onvergelijkbaar zijn. Globaal is de inschatting van de betrokken medisch specialisten redelijk goed. Bij 52 combinaties was de inschatting laag en het gemiddelde zorgvolume is 333. Bij de inschatting hoog is het gemiddelde van de zorgactiviteiten 3367. Opvallend is bijvoorbeeld het aantal zorgactiviteiten van 7419 bij 'Laag/Hoog': dit kan erop duiden dat de het percentage patiënten met deze behandeling sterk kan verschillen tussen instellingen: dan zegt de ene arts vanuit zijn of haar context 'Laag' en de andere 'Hoog'.

Tabel 7: Verwachtingen medisch specialisten over aantal patiënten en werkelijk gemiddeld aantal patiënten

Verwachting aantal patiënten	Aantal zorgactiviteiten	Gemiddeld aantal patiënten
Hoog	9	3367
Hoog/Gemiddeld	1	3178
Gemiddeld	7	1765
Gemiddeld/Laag	4	808
Laag	52	333
Zeer laag/Niet	1	194
Laag/Hoog	7	7419
Niet van toepassing	6	87
Eindtotaal	87	

Tabel 8 geeft een overzicht van de inschatting van de praktijkvariatie tussen instellingen in de eerste kolom en in kolom twee de verhouding tussen het behandelpercentage tussen de top 10 instellingen en de instellingen met de 10 laagste behandelpercentages. Als dat bijvoorbeeld 5%-25% is, dan is het verschil een factor 5 in onderstaande tabel. De categorie niet van toepassing is gekozen als de bevraagde medisch specialisten de zorgactiviteit niet herkenden of van mening waren dat het een registratie fout was.

De inschatting van de bevraagde specialisten is voor het overgrote deel van de zorgactiviteit-diagnose-specialisme' bijna opvallend goed: bij 'Hoog' is de ratio Top/Low 7,2. Bij 'Laag' inderdaad lager: 4,8. Wanneer er geen consensus was over de behandelpercentages ('Laag en Hoog'), was de ratio het hoogst: een indicatie dat er veel variatie is in behandelpercentages.

Tabel 8: Verwachting medisch specialisten over praktijkvariatie en werkelijke variatie (Gemiddelde verhouding tussen de top10 en low10 instellingen)

Verwachting praktijkvariatie	Aantal zorgactiviteiten	Gemiddelde verhouding top 10/low 10 instellingen
Hoog	35	7,2
Laag	39	4,8
Laag en Hoog	7	10,1
Niet van toepassing	6	5,3
Eindtotaal	87	6,2

Methodologisch gezien is achteraf de vraag of het open gesprek, betrouwbare en representatieve informatie gaf. Het was vooral de toelichting (zie per zorgactiviteit in vorige hoofdstuk) die aangaf waarom lage/hoge volumes verwacht werden en waarom er grote verschillen waren in behandelpercentages. In de duiding van de resultaten door de begeleidingscommissie heeft het zeer zeker bijgedragen aan de interpretatie van de data. Mogelijk kan bij een vervolg beter gewerkt worden met verzoek om numerieke schattingen van orde grootte volume en praktijkvariatie te geven.

5.3. WAARGENOMEN VARIATIE ZORGACTIVITEITEN 2016-2019

De variatie in zorg is in kaart gebracht via een aantal parameters, waarbij data beschikbaar waren van 2016 t/m 2020. Door Covid waren de volumes in 2020 zodanig afwijkend dat deze buiten beschouwing zijn gelaten. Onderzocht zijn: aantal patiënten, aantal instellingen, percentage patiënten met behandeling, trend behandeling en volume, percentage patiënten met behandeling in 10 meest behandelende instellingen (top10), percentage patiënten met behandeling in 10 minst behandelende instellingen (low10), verhouding top10 t.o.v. low10 en aantal regio's waar patiënten vandaan komen.

5.3.1. REGISTRATIEFOUTEN

Bij de bespreking per zorgactiviteit is een aantal keren aangegeven dat het mogelijk een registratiefout is. Per zorgactiviteit is er bepaald of de data waarschijnlijk betrouwbaar is, of dat er mogelijk sprake kan zijn van registratiefouten. Het patroon dat daarbij naar voren komt is dat er vooral twijfel is bij zorgactiviteiten die uitgeboekt zijn onder SUI terwijl dat interventies zijn die alleen gedaan worden bij UUI. Dat kan ontstaan als een DBC traject geopend wordt onder SUI terwijl het naderhand UUI blijkt te zijn maar dat niet is aangepast. Dit wordt ook bevestigd bij bespreking met urologen. In totaal gaat het om gemiddeld 1927 geregistreerde zorgactiviteiten van de gemiddeld 92460 jaarlijks. Ter toelichting bij de gynaecologie wordt als geboekt onder G25 terwijl bij de Urologie er 2 aparte codes zijn voor SUI en UUI: 34 en 35.

Tabel 9: Verwachting medisch specialisten over betrouwbaarheid van data naar categorie zorg en diagnose

Gemiddeld volume zorgactiviteit (2016 – 2019)	Verwachting betrouwbaarheid		
Categorie zorg	Ja, betrouwbaar	Twijfel/registratiefout	Eindtotaal
1 Diagnostiek			
Prolaps	31112		31112
SUI	15411	17	15427
UUI	28949	19	28968
Totaal	75471	35	75506

2 SUI chirurgie			
Prolaps	194		194
SUI	1317	1309	2625
Totaal	1511	1309	2820
3 UUI chirurgie			
Prolaps	210		210
SUI	270	80	350
UUI	3759	87	3845
Totaal	4239	167	4405
4 Prolapsoperatie			
Prolaps	7833	142	7974
Totaal	7833	142	7974
5 Baarmoeder verwijderend			
Prolaps	1480	275	1755
Totaal	1480	275	1755
Eindtotaal	90533	1927	92460

Daarnaast blijkt het zo te zijn dat in sommige instellingen (met name ZBC's) gynaecologen ook urologische DBC's kunnen openen. Dat zou betekenen dat er mogelijk patiënten met urine-incontinentie behandeld worden door gynaecologen in een urologische DBC. In welke mate dat de resultaten beïnvloed is onduidelijk.

5.3.2. GEMMIDDELD VOLUME 2016-2019 PER JAAR

In tabel 10 is het gemiddeld volume 2016-2019 weergegeven. Direct is duidelijk dat grootse aandeel in volume gevormd wordt door diagnostische activiteiten. Dat omvat 81% (75506/92460), met daarbij de (bekkenbodem)echografie als meest voorkomende diagnostische activiteit 52,3% (39470/75506), gevolgd door Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie) 28,6% (21610/ 75506).

Bij SUI chirurgie is de midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek de meest toegepast behandeling voor SUI : 82,0% (2312/2820). Bij de UUI-chirurgie zijn Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen 37% 1630 /4405 de grootste groep, gevolgd door Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887 33,8% 1489/4405 Bij prolaps operaties is de normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek de meest toegepast ingreep 47,2% (3766/7974), gevolgd door vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek 31,1% (2482/7974). Bij de baarmoeder verwijderende in grepen is de prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterusxirtipatie de meest voorkomende baarmoeder verwijderende ingreep. 77,8% (1365/1755).

Tabel 10: Gemiddeld volume zorgactiviteiten per categorie zorg en diagnose

Gemiddeld volume (2016-2019)		Diagnose			
Categorie zorg	Omschrijving zorgactiviteit	Prolaps	SUI	UUI	Eindtotaal
1 Diagnostiek	(Bekkenbodem)echografie	30021	3178	6271	39470
	Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).		7569	14042	21610
	Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie		3395	6380	9774
	Urodynamisch onderzoek	942	1269	2258	4469
	Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	127	17	19	162
	Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	21			21
	Totaal	31112	15427	28968	75506
2 SUI chirurgie	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek		2312		2312
	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek	194	70		264
	Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.		153		153
	Incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.		91		91
	Totaal	194	2625		2820
3 UUI chirurgie	Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	210		1420	1630
	Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)		80	1409	1489
	Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).		22	297	319
	Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).		107	107	215

	Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.	115	87	201
	Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.	16	159	175
	Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.		128	128
	Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).		123	123
	Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM- / ONS-studie zie 032705/032713).		27	27
	Totaal	210	340	3755
4	Prolapsoperatie			4305
	Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek.			
	Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea	3766		3766
	Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	2482		2482
	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	760		760
	Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek	300		300
	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))	168		168
	Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	146		146
	Enterocel operatie, abdominaal of vaginaal	142		142
	Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop	105		105
	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)	86		86
	Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	20		20
	Totaal	7974		7974
5	Baarmoeder verwijderend			
	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	1365		1365
	Vaginale uterus extirpatie	275		275
	Laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.	115		115
	Abdominale uterus extirpatie			
	Totaal	1755		1755
	Eindtotaal	41244	18392	32723
				92360

5.3.3. BEHANDELPERCENTAGE

Onderstaande tabel laat het behandelpercentage zien: dat is het % patiënten dat de diagnostiek of behandeling onderging in dat jaar gedeeld over het totaal aantal patiënten met een DBC in dat ziekenhuis in een jaar. Belangrijk om hier te vermelden is dat de behandelpercentages alleen zijn uitgerekend voor ziekenhuizen die de activiteit minstens één keer hebben gedeclareerd. Een behandelpercentage van 4,5% betekent dus dat de ziekenhuizen die de zorgactiviteit uitvoeren, dit gemiddeld bij 4,5% van hun patiënten uitvoeren.

Tabel 10: Gemiddeld behandelpercentage per categorie zorg en diagnose

Gemiddeld behandelpercentage	Diagnose		
Omschrijving zorgactiviteit	Prolaps	SUI	UUI
1 Diagnostiek			
(bekkenbodem)echografie	50,7%	44,7%	39,7%
Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie		53,3%	45,5%
Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	0,4%	1,3%	0,5%
Urodynamisch onderzoek	3,2%	18,4%	14,1%
Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).		49,3%	43,6%
2 SUI chirurgie			

Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.		4,5%	
Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek		15,6%	
Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek	0,6%	6,1%	
Incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.		7,3%	
3 UUI chirurgie			
Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)		2,8%	9,7%
Implantatie van permanente elektrode in foramen sacrale, bij getransponeerde m. gracilis of bij de n.pudendus, incl. event. proefcystometrie of anale proefmanometrie (i.h.k.v. SNM-studie, zie 032702)		2,3%	3,6%
Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.		0,0%	2,7%
Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.		4,4%	2,4%
Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).		1,8%	2,5%
Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	2,2%		12,5%
Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.		5,1%	8,9%
4 Prolapsoperatie			
Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop	0,7%		
Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	0,8%		
Enterocoele operatie, abdominaal of vaginaal	0,6%		
Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek	1,4%		
Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	0,9%		
Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reeffechtingen tegen licht incontinentia urinea	6,7%		
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	1,8%		
Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	4,6%		
5 Baarmoeder verwijderend			
Abdominale uterus extirpatie	0,0%		
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	2,9%		
Prolaps operatie, laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.	0,7%		
Vaginale uterus extirpatie	0,8%		

Hieronder presenteren we de top 5 per diagnose. Interventies in expertisecentra zijn buiten beschouwing gelaten omdat het anders een vertekend beeld geeft van wat veel voorkomend diagnostiek en behandeling is.

Prolaps

(Bekkenbodem)echografie	50,7%
Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reeffechtingen tegen licht incontinentia urinea	6,7%
Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	4,6%
Urodynamisch onderzoek	3,2%
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	2,9%

SUI

Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie	53,3%
Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).	49,3%
(bekkenbodem)echografie	44,7%
Urodynamisch onderzoek	18,4%
Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek	15,6%

UUI

Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie	45,5%
Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).	43,6%
(bekkenbodem)echografie	39,7%
Urodynamisch onderzoek	14,1%
Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	12,5%

5.3.4. LANDELIJK OF REGIONAAL?

Gangbaar is om te kijken naar het aantal instellingen dat een behandeling uitvoert. Het aantal instellingen kan door verschillende factoren veranderen: door impliciete of expliciete profielkeuzes, door vorming van expertisecentra etc. Als het doel is variatie in zorgverlening in kaart te brengen, is de herkomst van de patiënten een veel duidelijker indicator voor variatie. Bij behandelingen met laag volume, wordt landelijk gedefinieerd vanaf 27 zorgkantoorregio's omdat door toeval er soms in een jaar geen patiënt kan zijn uit een bepaalde regio. Het is namelijk een gemiddelde van meerdere jaren. Zorgactiviteiten die weinig voorkomen en het aantal regio's 0 is het gevolg van regels van CBS om herkenning te voorkomen, zijn weggelaten.

In onderstaande tabel is de herkomst van patiënten te zien voor zorg die verleend wordt vanuit expertisecentra. Wat opvalt is dat sommige expertisecentra ook registreren voor SUI. Mogelijk is dat een registratiefout. Het bereik bij prolaps interventies is ook vrijwel landelijk is (Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))) of dat deze patiënten uit groot deel regio's is (Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure) . Vaginale mesh voor prolaps is tegenwoordig gecentreerd in 6 centra en in de meetjaren 2016-2019 zal er al een opmaat zijn geweest naar centralisatie. Het bereik bij Anorectaal functieonderzoek (ARFO) is lokaal (11). Dat betekent mogelijk dat reisafstand een barrière is voor deze zorg.

Tabel 11: Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn (2016 – 2019) voor zorgactiviteiten waarbij expertisecentrum = Ja

Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn		Diagnose		
Categorie zorg	Omschrijving zorgactiviteit	Prolaps	SUI	UUI
1 Diagnostiek	Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	11		
3 UUI chirurgie	Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).		13	29
	Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).		13	29
	Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).		13	29
4 Prolapsoperatie	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))	26		
	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)	22		

In onderstaande tabel staat het aantal zorgkantoorregio's waar patiënten uit afkomstig zijn voor de overige zorg, die dus niet beperkt is tot expertisecentra. De diagnostische interventies worden landelijk geregistreerd, behalve bij Dynamisch MRI onderzoek met defecografie: voor SUI en UUI (11 vs 15 regio's). Sommige SUI interventies worden lokaal geregistreerd 'open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.' (17 regio's). Hetzelfde geldt voor Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.(21) en Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek (14). Nogmaals: in welke mate het hier gaat om lokale registratie fouten of het gaat om toepassen van interventies die niet passend zijn en om de-implementatie vragen, kan niet met zekerheid worden vastgesteld.

Tabel 12: Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn (2016 – 2019) voor zorgactiviteiten waarbij expertisecentrum = Nee

Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn		Diagnose		
Categorie zorg	Omschrijving zorgactiviteit	Prolaps	SUI	UUI
1 Diagnostiek	Urodynamisch onderzoek	31	31	31
	(bekkenbodeme)chografie	31	31	31
	Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).		31	31
	Cytoscopie/Cysto-urethroscopie		31	31
	Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	29	11	15

2 SUI chirurgie	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek		31	
	Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.		21	
	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek	29	14	
	Incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.		17	
3 UUI chirurgie	Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)		24	31
	Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	24		31
	Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).		15	29
	Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.		13	29
	Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.		14	19
	Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.			23
4 Prolapsoperatie	Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	31		
	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	31		
	Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reeffechtingen tegen licht incontinentia urinea	31		
	Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek	30		
	Enterocel operatie, abdominaal of vaginaal	25		
	Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	22		
	Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop	18		
	Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	7		
5 Baarmoeder verwijderend	Vaginale uterus extirpatie	31		
	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	31		
	Laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.	23		
	Abdominale uterus extirpatie	6		

5.3.5. BEHANDELVARIATIE

Tot slot is een belangrijk aspect van variatie, behandel variatie. Behandelvariatie gaat om het verschil in kans op behandeling tussen ziekenhuizen. Daartoe wordt eerst het percentage patiënten berekend dat een behandeling krijgt per ziekenhuis. Dat is de kans dat een patiënt een interventie krijgt aangeboden als deze in behandeling is in een ziekenhuis. De teller is dus het aantal patiënten in een jaar met de zorgactiviteit en de noemer het aantal patiënten met een geopende DBC in dat jaar. Tevens zijn alleen behandelkansen (en ook variatie) uitgerekend voor de ziekenhuizen die de activiteit minimaal één keer hebben gedeclareerd. Dat is gerapporteerd in paragraaf 5.3.3. In deze paragraaf gaat het om de variatie in behandelkans. In de tabel staat de verhouding van het gemiddelde van 10 ziekenhuizen die de zorgactiviteit het meest doen ten opzichte van het gemiddelde van de 10 ziekenhuizen die de ingreep het minst doen. Stel dat de percentages 2,0% en 8% zijn, dan is de verhouding dus 4. In hoofdstuk 3 en in het bijgevoegde Excel bestand zijn de volledige gegevens te zien.

Bij diagnostiek valt direct op dat de behandel variatie bij (bekkenbodem)echografie sterk verschilt naar diagnose: 5,5 bij prolaps, 10,6 bij SUI en 17,7 UUI. Dat betekent concreet dat de kans dat een patiënt een (bekkenbodem)echografie krijgt weinig verschilt bij Prolaps, maar zeer sterk verschilt bij UUI. Vergelijkbaar is de situatie voor

Urodynamisch onderzoek: 11,6 (prolaps), 19,1 (SUI) en UUI: 12,9. Bij Dynamisch MRI onderzoek met defecografie is de variatie juist het hoogst bij prolaps (8,5). SUI en UUI zijn respectievelijk 1,5 en 1,7.

Bij de Incontinentie chirurgie is de variatie van MID urethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek 16,4 bij prolaps en bij SUI 3,7.

Bij de UUI interventies valt Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887) op met 6,7 bij SUI en 11,8 bij UUI. En tot slot vat Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718) op bij UUI (15,6).

Bij de prolaps operatie heeft Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie de hoogste behandelvariatie 33,9. Bij de Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek is die 19,1 en bij Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek 19,8.

Bij baarmoeder verwijderende ingrepen is behandel variatie over de hele linie hoog: Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie (26,6), Vaginale uterus extirpatie (17,4) en Prolaps operatie, laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.(7,4)

Tabel 13: Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar 10 ziekenhuizen met laagste behandelpercentage met 10 hoogste percentage per zorgactiviteit

Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar 10 ziekenhuizen met laagste behandelpercentage met 10 hoogste percentage		Diagnose met factor verschil TOP10 tov LOW 10			Gemiddeld verschil
Categorie zorg	Omschrijving zorgactiviteit	Prolaps	SUI	UUI	
1 Diagnostiek	Urodynamisch onderzoek	4,0	19,1	12,9	12,0
	(bekkenbodem)echografie	5,5	10,6	17,7	11,3
	Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).		8,3	7,7	8,0
	Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie		5,1	5,1	5,1
	Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	8,5	1,5	1,7	3,9
	Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	0,0	0,0	0,0	0,0
2 SUI chirurgie	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek	16,4	3,7		10,0
	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek		8,5		8,5
	Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.		6,0		6,0
	Incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.		1,6		1,6
3 UUI chirurgie	Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)		6,7	11,8	9,3
	Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).		1,6	15,6	8,6
	Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.		2,2	6,2	3,5
	Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	0,0		6,5	3,3
	Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.		0,0	6,4	3,2
	Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.		0,0	1,4	0,7
	Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).		0,0	1,0	0,5
	Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).		0,0	0,0	0,0
	Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).		0,0	0,0	0,0
4 Prolapsoperatie	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	33,9			33,9
	Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	19,8			19,8
	Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek	19,1			19,1

	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)	12,6	12,6
	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))	11,9	11,9
	Enterocoele operatie, abdominaal of vaginaal	11,6	11,6
	Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea	6,8	6,8
	Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	6,8	6,8
	Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop	4,0	4,0
	Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	0,0	0,0
5 Baarmoeder verwijderend	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	26,6	26,6
	Vaginale uterus extirpatie	17,4	17,4
	Laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.	7,4	7,4
	Abdominale uterus extirpatie	0,0	0,0

c. Duiding gegevens in samenhang

In de paragrafen hierboven zijn de gegevens samengevat zoals die op het niveau van een zorgactiviteit zijn verzameld. Belangrijke vraag is hoe ze in samenhang te interpreteren zijn. In de inleiding is aangegeven dat een belangrijke vraag is of er sprake is van ongewenste praktijkvariatie maar omdat niet voor alle zorgactiviteiten een aanbeveling in de richtlijn staat, zijn alle combinaties van zorgactiviteiten bij een diagnose door de begeleidingscommissie geduid: is dat naar de maatstaven anno 2025 een best practice of niet (zie hoofdstuk 2 voor een nadere uitleg van de aanpak). Dat wil zeggen: is deze activiteit passend bij de diagnose? In deze paragraaf bespreken we deze duiding.

5.4. BEST PRACTICE IN BEKKENBODEMZORG

Er zijn 87 'zorgactiviteit-diagnose-specialisme' combinaties. Elke combinatie van zorgactiviteit en diagnose is beoordeeld op de vraag of de interventie in principe geïndiceerd is voor de aandoening, misschien geïndiceerd kan zijn, of in principe niet past bij de aandoening.

Tabel 14: Aantal zorgactiviteiten met oordeel over best practice, uitgesplitst naar categorie zorg en diagnose

Aantal zorgactiviteiten	Best Practice?			
Categorie zorg	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
1 Diagnostiek				
Prolaps	1	1	2	4
SUI	4	2	6	12
UUI	8	2	2	12
2 SUI chirurgie				
Prolaps		1		1
SUI	4	4		8
3 UUI chirurgie				
Prolaps			1	1
SUI			17	17
UUI	16	1	1	18
4 Prolapsoperatie				
Prolaps	6	4		10
5 Baarmoeder verwijderend				
Prolaps	1	1	2	4
Eindtotaal	40	16	31	87

Dat is in bovenstaande onderstaande tabel weergegeven: 31 van de 87 combinaties zijn niet passend. Op zichzelf zegt deze tabel weinig, want het gaat natuurlijk vooral om het zorgvolume dat het betreft. Dat staat in onderstaande tabel.

Van de gemiddeld 92460 zorgactiviteiten per jaar in 2016-2019 is 84340 (91,2%) passend, 2141 misschien geïndiceerd (2,3%) en 5978 in principe niet (6,4%). De groep in principe niet betreft vooral diagnostiek (81,1%), conservatieve ingrepen 857 (14,3%) en bij baarmoeder verwijderende ingrepen (4,6%).

Tabel 15: Gemiddeld volume zorgactiviteiten met oordeel over best practice, uitgesplitst naar categorie zorg en diagnose

Gemiddeld volume (2016-2019)		Best practice?			
Categorie zorg	Diagnose	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
1 Diagnostiek	Prolaps	30021	942	148	31112
	SUI	10747	17	4664	15427
	UUI	28949	19	0	28968
2 SUI chirurgie	Prolaps		194		194
	SUI	2465	161		2625
3 UUI chirurgie	Prolaps			210	210
	SUI			350	350
	UUI	3390	159	297	3845
4 Prolapsoperatie	Prolaps	7404	570		7974
5 Baarmoeder verwijderend	Prolaps	1365	115	275	1755
Eindtotaal		84340	2177	5943	92460

5.4.1. PROLAPS

In onderstaande tabel is bovenstaande tabel uitgesplitst naar zorgactiviteiten voor prolaps. Voor prolapszorg is 94,1 % van de verleende zorg passend, 4,4% misschien passend en 1,5% niet passend voor prolaps. De niet passende ingrepen zijn:

- Vaginale uterus extirpatie 275
- Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen 210
- Anorectaal functieonderzoek (ARFO) 21

Tabel 16: Gemiddeld volume zorgactiviteiten met oordeel over best practice voor de diagnose prolaps, uitgesplitst naar categorie zorg en zorgactiviteit

Gemiddeld volume	Best practice voor prolaps?			
Omschrijving zorgactiviteit	1) In principe voor deze diagnose	2) Misschien voor deze indicatie	3) In principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
1 Diagnostiek				
(bekkenbodem)echografie	30021			30021
Urodynamisch onderzoek		942		942
Anorectaal functieonderzoek (ARFO)			21	21
2 SUI chirurgie				
Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek		194		194
3 UUI chirurgie				
Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen			210	210
4 Prolapsoperatie				
Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea	3766			3766
Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	2482			2482
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	760			760
Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek	300			300
Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))	168			168

Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	146			146
Enterocele operatie, abdominaal of vaginaal	142			142
Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop		105		105
Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)	86			86
Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek		20		20
5 Baarmoeder verwijderend				
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	1365			1365
Vaginale uterus extirpatie			275	275
Laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.		115		115
Abdominale uterus extirpatie			0	0
Eindtotaal	39235	1376	633	41244

5.4.2. STRESSINCONTINENTIE (SUI)

Voor SUI liggen de verhoudingen anders dan bij prolaps: 71,8% passend, 0,8% misschien passend en 27,3% in principe niet passend. Dat is met name bij diagnostiek. Opvallende niet passende interventies voor SUI zijn:

- Cytoscopie/Cysto-urethroscopie 3395
- Urodynamisch onderzoek 1269

Daarnaast valt op dat er interventies die horen bij SUI geregistreerd zijn voor SUI. Het gaat om injecties en neurostimulatoren.

Tabel 17: Gemiddeld volume zorgactiviteiten met oordeel over best practice voor de diagnose SUI's uitgesplitst naar categorie zorg en zorgactiviteit

Gemiddeld volume	Best practice SUI			
Omschrijving zorgactiviteit	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
1 Diagnostiek				
Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uro-flowmetrie).	7569			7569
Cytoscopie/Cysto-urethroscopie			3395	3395
(Bekkenbodem)echografie	3178			3178
Urodynamisch onderzoek			1269	1269
Dynamisch MRI onderzoek met defecografie		17		17
Anorectaal functieonderzoek (ARFO)			0	0
2 SUI chirurgie				
Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwand-plastiek	2312			2312
Endoscopisch inspuiten bulking agent in ure-thra of sphincter urethrae.	153			153
Incontinentie chirurgie: open procedure (bij-voorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.	91		91	
Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwand-plastiek		70		70
3 UUI chirurgie				
Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.			115	115
Implanteerbare neurostimulator - pulsgenera-tor incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).			107	107

Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)			80	80
Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).			22	22
Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.			16	16
Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.			0	0
Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. puls-generator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ONS-studie zie 032705/032713).			0	0
Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).			0	0
Eindtotaal	13211	177	5004	18392

5.4.3. URGE INCONTINENTIE (UUI)

Bij UUI is tot slot de verdeling als volgt: 98,6% passend bij de indicatie, 0,5% misschien passend en 1,0% niet passend. Het gaat in detail om:

- Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718). 297

Tabel 18: Gemiddeld volume zorgactiviteiten met oordeel over best practice voor de diagnose UUI, uitgesplitst naar categorie zorg en zorgactiviteit

Som van Gemiddeld volume 2016-2019	Best practice UUI?			
Omschrijving zorgactiviteit	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
1 Diagnostiek				
Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).	14042			14042
Cytoscopie/Cysto-urethroscopie	6380			6380
(bekkenbodem)echografie	6271			6271
Urodynamisch onderzoek	2258			2258
Dynamisch MRI onderzoek met defecografie			19	19
Anorectaal functieonderzoek (ARFO)			0	0
3 UUI chirurgie				
Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	1420			1420
Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)	1409			1409
Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).			297	297
Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.		159		159
Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.	128			128

Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	123			123
Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	107			107
Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.	87			87
Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).	27			27
Eindtotaal	32249	177	297	3723

In onderstaande tabel wordt de hoofdlijn samengevat.

Tabel 19: Percentage zorgactiviteiten uitgezet naar best practice, per diagnose

Gemiddeld volume 2016-2019	Best practice?			
Diagnose	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
Prolaps	94,0%	4,4%	1,5%	100,0%
SUI	71,8%	1,0%	27,2%	100,0%
UUI	98,6%	0,5%	0,9%	100,0%
Eindtotaal	91,2%	2,4%	6,4%	100,0%

5.5. MAATREGELEN

Aanleiding tot het ontwikkelen van deze aanpak was de constatering van het ZiNL dat er grote variatie is in bekkenbodemborging in NL. Dit rapport richt zich op de rol van richtlijnen daarbij: zijn deze te ruim of onduidelijk? Vraagt dat om herziening van modules of zijn andere maatregelen meer passend? Welke zijn dat dan?

5.5.1. RICHTLIJN HERZIENING OF LOKALE/LANDELIJKE (DE)IMPLEMENTATIE

In tabel 20 is voor alle 87 'zorgactiviteit-diagnose-specialisme' combinaties te zien wat het advies in de richtlijn is. Voor 46 van deze combinaties is er geen advies is. Er is waarschijnlijk geen module voor deze zorgactiviteit en/of deze ontbreekt in de module. Bij 13 wordt deze zorgactiviteit desondanks als best practice gezien, bij 7 mogelijk en bij 27 daarvan is de zorgactiviteit in principe niet geschikt. Moeten deze 27 van geen advies naar rood? En moet voor de 13 combinaties een module opgenomen worden in de richtlijn?

Bij alle groene aanbevelingen in richtlijnen (14) worden deze nog steeds als passend of misschien passend gezien. Bij de oranje aanbevelingen (14) worden er 10 als passende zorg gezien, 1 als misschien en 3 als niet passend. Zouden die drie dan van oranje naar rood moeten gaan? Opvallend is dat bij de 7 van de 13 rode aanbevelingen, deze zorg toch als passend wordt gezien. Moeten ook deze aangepast worden?

Tabel 20: Aantal zorgactiviteiten uitgezet naar best practice,

Aantal zorgactiviteit-diagnose-specialisme		Best practice?			
Kleur aanbeveling	Specialisme	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
Groen	Gynaecologie	6	2		8
	Gynaecologie & Urologie	2			2
	Urologie	2	2		4
Totaal groen		10	4		14
Oranje	Gynaecologie	7	1	3	11
	Urologie	3			3

Totaal oranje		10	1	3	14
Rood	Gynaecologie	3	1	3	7
	Urologie	4		2	6
Totaal rood		7	1	5	13
Geen	Gynaecologie	7	5	11	23
	Gynaecologie & Urologie	2	1	5	8
	Urologie	4		9	13
Totaal geen		13	6	27	46
Eindtotaal		40	12	35	87

In deze paragraaf wordt een analyse gemaakt van mogelijke maatregelen. Op zal vallen dat sommige interventies naar boven komen bij meerdere mogelijke maatregelen. Het is aan de WV'en om te bepalen welke maatregelen naar verwachting het meest (kosten)effectief zijn als zij de duiding passend, misschien passend en niet passend overnemen.

Bij de interpretatie van onderstaande resultaten moet de eerdere conclusie dat zorgactiviteiten soms ten onrechte bij de diagnose SUI zijn geregistreerd terwijl het UUI betreft, in gedachten worden gehouden. Gezien het volume waarin dat dan zou gebeuren, kan dat niet de enige verklaring zijn.

5.5.2. RICHTLIJN HERZIENING?

Er zijn 4 scenario's waarin richtlijn herziening overwogen kan worden.

Passende zorg maar rode aanbeveling

Het eerste scenario is als de zorg als passend wordt gezien, terwijl de aanbeveling "rood" is. Dan is deze mogelijk achterhaald. Gezien de kosten van herziening is dat alleen proportioneel bij voldoende volume. Dat is alleen aan de orde bij (bekkenbodembodem)echografie bij alle drie de diagnoses en Cytoscopie/Cysto-urethroscopie bij UUI. In totaal gaat het om 46017 zorgactiviteiten gemiddeld jaarlijks in de periode 2016-2019

Tabel 21: Gemiddeld volume (2016-2019) voor zorgactiviteiten die passend zijn, maar met een 'rode' aanbeveling

Gemiddeld volume	1) in principe voor deze diagnose		
Omschrijving zorgactiviteit	Prolaps	SUI	UUI
Rood			
(bekkenbodembodem)echografie	30021	3178	6271
Cytoscopie/Cysto-urethroscopie			6380
Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.		77	

Passende zorg maar oranje aanbeveling

Een oranje aanbeveling betekent terughoudend zijn, maar dat kan ook tot verwarring leiden als de zorg als passend wordt gezien en implementatie vertragen. Ook geldt weer dat module herziening kostbaar is en voldoende volume dus wenselijk is. Als het advies oranje is vanuit de gedachte dat er expliciet sprake moet zijn van stepped care, dan kan dat een reden zijn om de module juist niet te herzien. Kortom: deze groep kan om herziening vragen maar dat kan niet in algemene zin zo gesteld worden. Dit speelt bij prolaps voor Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea en Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie. Bij UUI voor Urodynamisch onderzoek en Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen.

Tabel 22: Gemiddeld volume (2016-2019) voor zorgactiviteiten die als passend worden gezien niet, met een onduidelijke richtlijn ('oranje')

Gemiddeld volume	1) in principe voor deze diagnose
Omschrijving zorgactiviteit	
Prolaps	

Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea	3766
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	1365
Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))	168
Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)	86
SUI	
Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.	77
UUI	
Urodynamisch onderzoek	2258
Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	1420
Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	123
Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	107

Niet passende zorg en onduidelijke aanbeveling

Het derde scenario is als de richtlijn onduidelijk is, de zorg niet passend is voor de diagnose én het ook een zorg-volume gaat dat groot genoeg is om zo'n investering te rechtvaardigen. Dat speelt bij Urodynamisch onderzoek bij SUI.

Tabel 23: Gemiddeld volume (2016-2019) voor zorgactiviteiten die als niet passend worden gezien niet, met een onduidelijke richtlijn ('oranje')

Gemiddeld volume 2016-2019	3) in principe niet voor deze diagnose
Omschrijving zorgactiviteit	SUI
Oranje	
Urodynamisch onderzoek	1269

Niet passend zorg en geen aanbeveling

Het vierde scenario betreft zorg die als niet passend wordt gezien voor de diagnose en een aanbeveling ontbreekt. Een overzicht van alle zorg die aan dit criterium voldoet staat in onderstaande tabel. Ook hier geldt weer dat het volume hoog genoeg moet zijn om alsnog een traject op te straten om een richtlijnmodule te ontwikkelen. Verderom komt de Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie naar boven.

Tabel 24: Gemiddeld volume (2016-2019) voor zorgactiviteiten die als niet passend worden gezien, zonder aanbeveling in de richtlijn

Gemiddeld volume	
Omschrijving zorgactiviteit	3) in principe niet voor deze diagnose
Prolaps	
Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	210
Abdominale uterus extirpatie	20
SUI	
Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie	3395
Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	107
Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)	80
Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.	57
Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).	22
Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proe-cystometrie of anale manometrie.	16
Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).	0
Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	0
Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	0
Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.	0
UUI	
Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).	297

5.5.3. LOKALE/LANDELIJKE (DE)IMPLEMENTATIE)?

Een tweede set maatregelen betreft (de)implementatie van zorg die als niet passend wordt gezien voor de diagnose. Dat kan aanvullend zijn op richtlijnherziening, maar het vraagt ook aandacht op zichzelf. Daarbij zijn twee vragen aan de orde: is de (de)implementatie landelijk of lokaal? Om daar inzicht in te krijgen staat in de laatste kolom het aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn. De tweede vraag betreft of de zorg in expertisecentra wordt uitgevoerd (die staan in de bovenste helft van de tabel) of er geen voorbehoud is en de zorg in principe in alle ziekenhuizen uitgevoerd mag worden. Beide vragen zijn relevant bij het vinden van de meest passende (de)implementatie strategie. We hanteren een minimum aantal van 50 voor lokale de-implementatie, voor landelijk van 500.

Bij de expertisecentra valt Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491) op bij SUI.

Bij de landelijke uitgevoerde zorgactiviteiten valt vooral SUI op als diagnose: het gaat hier zowel om 2 activiteiten die landelijk worden gedaan met een hoog volume als een aantal zorgactiviteiten met een laag volume die vooral lokaal worden gedaan.

Tabel 25: Gemiddeld volume van zorgactiviteiten die in principe geen best practice zijn

Beschrijving zorgactiviteit	Gemiddeld volume	Aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn
<u>3) in principe niet voor deze diagnose</u>		
<u>Uitvoering in expertisecentra</u>		
SUI		
Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	107	13
<u>Uitvoering niet beperkt tot expertisecentra</u>		
Prolaps		
Vaginale uterus extirpatie	275	31
Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	210	24
SUI		
Cytoscopie/Cysto-urethroscopie	3395	31
Urodynamisch onderzoek	1269	31
Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)	80	24
Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.	57	14
UUI		
Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).	297	29

5.5.4. MONITORING BEHANDEL VARIATIE MET SPIEGELGESPREKKEN

Ook als een combinatie zorg activiteit-diagnose als best practice wordt getypeerd, kan er sprake zijn van ongewenste behandelvariatie. In onderstaande tabel staat een overzicht van combinaties zorgactiviteit-diagnose die als best practice getypeerd zijn, waarbij de verhouding tussen laagste 10 ziekenhuizen en hoogste 10 ziekenhuizen meer dan een factor 10 is én het om meer dan 500 behandelingen per jaar gaat. In totaal gaat het om 15241 zorgactiviteiten. Dan is landelijke monitoring proportioneel. Beide afkapwaarden zijn natuurlijk arbitrair, maar monitoring is idealiter jaarlijks en op ziekenhuisniveau op naam door middel van spiegelinformatie. Daarom is focus belangrijk. Belangrijke vraag bij de uitwerking is welke case-mix factoren relevant kunnen zijn die de behandelvariatie kunnen verklaren.

Tabel 26: Gemiddeld volume van zorg activiteit waar best practice = in principe voor deze diagnose

Best practice?	1) in principe voor deze diagnose
----------------	-----------------------------------

Beschrijving zorgactiviteit	Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW-TOP 10	Gemiddeld volume
Prolaps		
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	27	1365
Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	34	760
SUI		
(bekkenbodem)echografie	11	3178
UUI		
(bekkenbodem)echografie	18	6271
Urodynamisch onderzoek	13	2258
Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)	12	1409

6. SAMENVATTING EN EINDCONCLUSIE

6.1. DOEL PROJECT

Aanleiding tot dit project was de conclusie van het Zorgsignalement Bekkenbodempzorg van het ZiNL dat er grote regionale verschillen zijn in bekkenbodempzorg. Centrale vraagstelling van deze rapportage is hoe variatie in bekkenbodempzorg en de aanbevelingen in richtlijnen per toegepaste zorgactiviteit samenhangen. Daarmee krijgen we inzicht in de vraag of modules van richtlijnen aangepast moeten worden of dat het veel meer gaat om implementatie van richtlijnen. In deze paragraaf reflecteren wij op de gebruikte methode, de belangrijkste conclusie en resultaten en op de vraag of de methode ook voor andere aandoeningen bruikbaar is.

6.2. BRUIKBAARHEID METHODE VOOR ANDERE AANDOENINGEN

6.2.1. COMBINATIE VAN VERSCHILLENDE DATABRONNEN

De gekozen opzet is allereerst uitvoerbaar gebleken: combineren van verschillende bronnen (richtlijnanalyse, gesprekken met medisch specialisten, analyse van variatie van toepassing zorgactiviteiten) in combinatie met een gestructureerde analyse van deze data en duiding ervan.

Dit project gaat uit van de klinische praktijk. Daarom zijn alle gebruikte interventies in kaart gebracht aan de hand van gedeclareerde zorg in de periode 2016-2020. Per zorgactiviteit is allereerst in kaart gebracht wat de richtlijn daarover zegt, uitgesplitst naar diagnose en naar specialisme. Deze analyse is uitgevoerd door het Kennisinstituut van de FMS. Vervolgens is in kaart gebracht wat de verwachtingen van medisch specialisten zijn ten aanzien van volume zorgactiviteit en praktijkvariatie, door middel van focusgroepen. Alhoewel de resultaten van die gesprekken niet zonder meer reproduceerbaar zijn, geven ze wel een representatieve indruk van de klinische praktijk. Vooral de vraag of er veel praktijkvariatie wordt verwacht, bleek bijzonder goed samen te hangen met de feitelijke praktijkvariatie.

Tot slot is de variatie in zorggebruik beschreven. Aangezien er niet voor alle interventies een aanbeveling in de richtlijn staat, zijn al deze gegevens in samenhang gewogen en op basis hiervan is een advies geformuleerd of de zorgactiviteit voor die diagnose als passend en daarmee als best practice getypeerd kan worden of niet. Daarna is bepaald welk soort maatregelen het beste past voor het verminderen van ongewenste praktijk variatie, waarbij aanpassing van richtlijnmodules er een van is.

6.2.2. DATA ANALYSE IN DE CBS-MICRODATA OMGEVING

In dit project zijn de analyses uitgevoerd in de CBS-microdata omgeving. Dat is noodzakelijk om regionale variatie in kaart te kunnen brengen, middels postcodegebieden. In de toekomst zal het onderzoek veel goedkoper zijn omdat VEKTIS-data inmiddels gratis worden aangeboden in de CBS-microdata omgeving. In dit project is €2000 per jaar betaald voor MSZ-data¹³. Mocht een project herhaald worden met case-mix correctie, dan is ook de CBS-microdata daar de enige omgeving voor waar koppeling van data mogelijk is. De aanpak betrof nu een data-analyse van meerdere jaren, maar het is ook mogelijk op basis van gegevens van 1 jaar en ook voor andere diagnoses.

Dit project bestond uit drie onderdelen, waarvan dit onderdeel de variatie van behandeling in de tweede lijn in samenhang met de richtlijnen beschrijft. De andere onderdelen bestaan uit een vergelijkbaar rapport waarin de relatie van variatie in de huisartsenzorg is gerelateerd aan de NHG-richtlijnen en het beschrijven van de variatie aan de hand van regiobeelden. De combinatie van deze 3 onderdelen heeft het project complex, tijdsintensief en kostbaar gemaakt. Voor een vervolg is het niet noodzakelijk de andere onderdelen te doen. Mochten soortgelijke

¹³ CBS MICRODATA UPDATE – January 2025 : No extra charges from Vektis anymore

From December 1 2024 onwards, Vektis will no longer request contributions from researchers who want to use files with Vektis data, such as data on healthcare costs, in the CBS microdata environment. The elimination of the contribution to the collection costs is in line with the recalibrated strategy adopted by Vektis at the end of November 2024, aimed at broader data availability in the interest of research into solutions to the challenges in healthcare.

projecten voor andere aandoeningen worden opgezet, dan is het advies dit te beperken tot de in dit rapport uitgeoefende analyses. Het gebruik van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is namelijk van beperkte waarde gebleken

6.2.3. MOGELIJKE TOEPASSING METHODE IN DE TOEKOMST

Inzicht in praktijk variatie

De methode maakt op een hele feitelijke manier inzicht in praktijkvariatie mogelijk. Meestal is dat complex door de wens case mix correctie toe te passen. In dit project zijn in alle drie de rapporten de data ongecorrigeerd gepresenteerd omwille van de grote hoeveelheid interventies, transparantie en het eenvoudig kunnen interpreteren van de resultaten. Daarbij zou correctie van de indicatoren voor bijvoorbeeld leeftijd de schijn wekken, dat het voor alle relevante factoren gelukt is om te kunnen corrigeren. Juist bij stepped care zijn veel factoren van belang voor een goede case-mix correctie. Relevante data over relevante patiëntkenmerken voor deze ziektebeelden, zoals pariteit en gewicht, en aanbodfactoren, zoals wachtlijsten en afstand tot de zorgverlener ontbreken. Dat speelt bijvoorbeeld bij de zorg die verleend wordt in expertisecentra. Bij verdieping van een zorgactiviteit, is case-mix correctie uiteraard wel zinvol als dat kan.

Empirische basis verbetermaatregelen

De duiding van de resultaten laat zien dat er op basis van data systematisch in kaart kan worden gebracht waar ongewenste praktijkvariatie mogelijk speelt en wel soort maatregelen daarbij passen. Besproken zijn het aanscherpen van richtlijnen, landelijke (de) implementatie, lokale de-implementatie en monitoring & spiegelgesprekken. Ook kan het aanleiding zijn tot aanscherpen van een kennisagenda evenals bijdragen aan de vraag wanneer expertisecentra wenselijk zijn en of dat ook het beoogde effect heeft.

6.3. SAMENVATTING BELANGRIJKSTE RESULTATEN

6.3.1. UITKOMST LOKALE/LANDELIJKE (DE)IMPLEMENTATIE?

Uitkomsten analyse richtlijnen

Als een interventie voor meerdere aandoeningen wordt toegepast, is het logisch dat er mogelijk verschillende aanbevelingen zijn: de interventie is namelijk misschien wel passend voor de ene aandoening maar niet voor de andere. Aangezien beddenbodenzorg primair door gynaecologen en urologen wordt verricht, kijken we naar richtlijnen van beide beroepsgroepen. In de data-verzameling komen we zo tot maximaal 5 mogelijke aanbevelingen voor een zorgactiviteit. Bijvoorbeeld: (bekken)echografie wordt als zorgactiviteit geregistreerd bij zowel Prolaps, SUI als UUI als diagnose. Voor SUI en UUI zijn richtlijnen van de urologen en de gynaecologen op deze zorgactiviteit onderzocht, voor Prolaps alleen die van de gynaecologen. In totaal zijn er 5 mogelijke aanbevelingen in de richtlijn: 2 voor urologen voor gebruik (bekken)echografie voor SUI en UUI, 2 voor gynaecologen voor gebruik (bekken)echografie voor SUI en UUI en 1 van gynaecologen voor gebruik (bekken)echografie bij Prolaps.

Tabel 27: Aantal adviezen in de richtlijn per kleur en diagnose

	Kleur aanbeveling				
Diagnose	Geen	Groen	Oranje	Rood	Eindtotaal
Prolaps	10		7	3	20
SUI	23	6	2	6	37
UUI	13	8	5	4	30
Eindtotaal	46	14	14	13	87

In totaal zijn er 87 'zorgactiviteit-diagnose-specialisme' combinaties. Van de 87 zorgactiviteit-diagnose-specialisme combinaties had 46 (53%) geen richtlijnadvies. Van de 41 adviezen waren er 14 groen, 14 oranje en 13 rood. Het aantal zorgactiviteiten zonder advies verschilt sterk per diagnose en kan verschillende redenen hebben. Het kan zijn dat er geen knelpunten werden ervaren in de zorg waardoor er geen module is geformuleerd. Het kan ook zijn dat er nog onvoldoende onderzoek beschikbaar was bijvoorbeeld. Bij de detail analyse in hoofdstuk 3 wordt duidelijk dat het advies soms verschilt per specialisme.

Variatie zorg in zorg

In onderstaande tabel staan de gemiddelde volumes per jaar (zie paragraaf 5.3.2). Duidelijk is dat diagnostische activiteiten de grootste groep vormen. Een overzicht is weergegeven in tabel 28.

Tabel 28: Gemiddeld volume naar categorie zorg (2016 – 2019)

Gemiddeld volume	Diagnose			
Categorie zorg	Prolaps	SUI	UUI	Eindtotaal
1 Diagnostiek	31112	15427	28968	75506
2 SUI chirurgie	194	2625		2820
3 UUI chirurgie	210	350	3845	4405
4 Prolapsoperatie	7974			7974
5 Baarmoeder verwijderend	1755			1755
Eindtotaal	41244	18402	32813	92460

Regionale variatie in bekkenbodempzorg

Regionale variatie kan het gevolg zijn van expertisecentra. Als gevolg daarvan wordt in de ene regio een behandeling vaker gedaan dan in een andere regio. De patiënten komen echter wel uit heel Nederland. Dit soort variatie wordt gewenste praktijkvariatie genoemd. Het kan echter ook zo zijn dat een behandeling vooral lokaal wordt gedaan. Om inzichtelijk te krijgen of er zorgactiviteiten zijn die vooral lokaal worden toegepast bij bepaalde aandoeningen, is naar de herkomst van de patiënten gekeken: komen deze uit alle zorgkantorregio's of is dat maar een deel (zie paragraaf 5.3.4). Uit tabel 29 blijkt dat jaarlijks gemiddeld 866 zorgactiviteiten zeer lokaal zijn uitgevoerd en dat is met name het geval bij SUI. 1059 zorgactiviteiten worden in meer dan de helft van de regio's uitgevoerd, maar niet landelijk. Dat is naar verhouding meer bij prolaps. De rest van de zorgactiviteiten (97,9%) worden landelijk uitgevoerd, waarbij landelijk is gedefinieerd als uitvoering in meer dan 27 regio's, omdat door toeval bij kleinere aantallen er soms een keer in een jaar geen patiënt is in een bepaalde regio.

Tabel 29: Gemiddeld volume naar aantal regio's waar patiënten vandaan komen (2016 – 2019)

Gemiddeld volume	Diagnose			
Aantal zorgkantorregio's	Prolaps	SUI	UUI	Eindtotaal
2) 6 t/m 19	314	447	105	866
3) 20 t/m 25	699	233	128	1059
4) 27 t/m 31	40232	17722	32580	90534
Eindtotaal	41244	18402	32813	92460

Variatie in behandelpercentage patiënten tussen instellingen

In paragraaf PM is de behandelvariatie beschreven. Deze loopt uiteen en er is geen algemene regel over wat een acceptabel niveau van variatie is, maar over het algemeen is deze hoog. In tabel 30 staat een overzicht. Opvallend is dat de variatie bij prolapschirurgie met een factor 13 het hoogst is, zowel sparend als verwijderend. Dat wil zeggen dat de kans op de interventie in de 10 ziekenhuizen die deze het meest uitvoeren 13x hoger is dan in de 10 ziekenhuizen die dit het minst uitvoeren.

Tabel 30: Gemiddelde verhouding behandelpercentage LOW-TOP10 2016 – 2019)

	Diagnose			
Categorie zorg	Prolaps	SUI	UUI	Eindtotaal
1 Diagnostiek	6,4	7,6	7,6	7,3
2 Incontinentie chirurgie	16,4	5,6		7,7
3 Prolapsoperatie	12,7			12,7
4 Baarmoeder verwijderend	12,8			12,8
5 Therapie (Conservatief)	0,0	2,1	5,0	3,2
Eindtotaal	11,0	4,3	6,0	7,0

6.3.2. BEST PRACTICES IN DE BEKKENBODEMZORG

Best practice in bekkenbodemzorg

Aangezien er bij 46 combinaties van zorgactiviteit-diagnose-specialisme geen advies in de richtlijn is geformuleerd, heeft de begeleidingscommissie alle combinaties beoordeeld op hun passendheid bij de diagnose op basis van de evidence anno 2025. Alle combinaties van zorgactiviteiten zijn getypeerd als: passend bij de diagnose, misschien passend bij de diagnose of niet passend bij de diagnose. In onderstaande tabel staan de percentages. Gemiddeld genomen is 91,2% als best practice te typeren, maar verschilt dat per diagnose: bij UUI is het percentage het hoogst, bij SUI het laagste.

Tabel 31: Percentage volume zorgactiviteiten naar best practice

Percentage volume	Best practice?			
Diagnose	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
Prolaps	94,4%	4,4%	1,2%	100%
SUI	71,8%	0,8%	27,3%	100%
UUI	98,6%	0,5%	1,0%	100%
Eindtotaal	91,2%	2,3%	6,4%	100%

In onderstaande tabel is te zien hoe het oordeel van de begeleidingscommissie zich verhoudt tot wat er in de richtlijn staat.

Tabel 32: Aantal adviezen naar best practice en kleur advies

Aantal zorgactiviteiten	best practice?			
Kleur aanbeveling	1) in principe voor deze diagnose	2) misschien voor deze indicatie	3) in principe niet voor deze diagnose	Eindtotaal
Geen	13	6	27	46
Groen	10	4		14
Oranje	10	1	3	14
Rood	7	1	5	13
Eindtotaal	40	12	35	87

6.3.3. PASSENDE MAATREGELEN

Aanleiding tot het ontwikkelen van deze aanpak was de constatering van het ZiNL dat er grote variatie is in bekkenbodemzorg in NL. Dit rapport richt zich op de rol van richtlijnen bij het ontstaan van praktijkvariatie, met de vraag of deze onduidelijk zijn, of herziening van modules nodig is of dat andere maatregelen meer passend zijn.

In deze paragraaf worden de maatregelen samengevat en geven we aan om welke interventies of diagnostiek het gaat. Zie daarvoor onderstaande tabel. Opvallend is dat sommige interventies naar boven komen bij meerdere mogelijke maatregelen. Het is aan de wetenschappelijke verenigingen om te bepalen welke maatregelen naar verwachting het meest (kosten)effectief zijn als zij de duiding passend, misschien passend en niet passend overnemen.

Bij de interpretatie van onderstaande resultaten moet de eerdere conclusie dat zorgactiviteiten soms ten onrechte bij de diagnose SUI zijn geregistreerd terwijl het UUI betreft, in gedachten worden gehouden. Gezien het volume waarin dat dan zou gebeuren, kan dat niet de enige verklaring zijn.

Tabel 33: Overzicht van mogelijke maatregelen ter vermindering van ongewenste variatie met interventies per diagnose waarbij deze maatregel overwogen kan worden en de gehanteerde selectiecriteria.

Mogelijke maatregel		Prolaps	SUI	UUI
Update module in richtlijn >1000 zorgactiviteiten gemiddeld jaarlijks	Passende zorg maar rode aanbeveling in richtlijn	(Bekkenbodem)echografie	(Bekkenbodem)echografie	(Bekkenbodem)echografie - Cytoscopie/Cystourethroscoopie
	Passende zorg maar oranje aanbeveling	- Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. - Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterusextirpatie.		- Urodynamisch onderzoek - Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen
	Niet passende zorg en onduidelijke aanbeveling		Urodynamisch onderzoek	
	Niet passende zorg en geen aanbeveling		Cytoscopie/Cystourethroscoopie	
(De-)implementatie	Landelijk >500 zorgactiviteiten gemiddeld jaarlijks patiënten uit meer dan 27 zorgkantoorregio's	- Vaginale uterusextirpatie - Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	- Cytoscopie/Cystourethroscoopie - Urodynamisch onderzoek	
	Lokaal >50 zorgactiviteiten gemiddeld jaarlijks patiënten uit minder dan 27 zorgkantoorregio's		- Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting. - Implanteerbare neurostimulator - pulsgenerator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij - Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie)	
Monitoring en spiegelgesprekken >50 zorgactiviteiten gemiddeld jaarlijks en ratio behandelpercentage laagste 10% ziekenhuizen en hoogste 10% is groter dan 10	Landelijk	- Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterusextirpatie - Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	(Bekkenbodem)echografie	(bekkenbodem)echografie - Urodynamisch onderzoek - Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie)

6.3.4. RICHTLIJN HERZIENING?

Er zijn 4 scenario's waarin richtlijnherziening overwogen kan worden.

- 1) Passende zorg maar rode aanbeveling Het eerste scenario is dat de zorg als passend wordt gezien, terwijl de aanbeveling "rood" is. Dan deze aanbeveling mogelijk achterhaald. Gezien de kosten van herziening is dat alleen proportioneel bij voldoende volume.
- 2) Passende zorg maar oranje aanbeveling
Een oranje aanbeveling betekent terughoudend zijn, maar dat kan ook tot verwarring leiden als de zorg

als passend wordt gezien en implementatie vertragen. Als het advies oranje is vanuit de gedachte dat er expliciet sprake moet zijn van stepped care, dan kan dat een reden zijn om de module juist niet te herzien. Kortom: deze groep kan om herziening vragen maar dat kan niet in algemene zin zo gesteld worden.

- 3) Niet passende zorg en onduidelijke aanbeveling Het derde scenario is dat de richtlijn onduidelijk is, de zorg niet passend is voor de diagnose én het ook om een zorgvolume gaat dat groot genoeg is om zo'n investering te rechtvaardigen.
- 4) Niet passende zorg en geen aanbeveling Het vierde scenario betreft zorg die als niet passend wordt gezien voor de diagnose en waarbij een aanbeveling ontbreekt. Een overzicht van alle zorg die aan dit criterium voldoet staat in onderstaande tabel. Ook hier geldt weer dat het volume groot genoeg moet zijn om alsnog een traject op te starten om een richtlijnmodule te ontwikkelen.

6.3.5. LOKALE EN LANDELIJKE (DE)IMPLEMENTATIE)?

Een tweede set maatregelen betreft (de)implementatie van zorg die als niet passend wordt gezien voor de diagnose. Daarbij zijn twee vragen aan de orde: is de (de)implementatie landelijk of lokaal? Hierbij hanteren we een minimum volume van 50 voor lokale de-implementatie, voor landelijke de-implementatie van 500. Dat zijn in zekere zin arbitraire aantallen, maar de motivatie is dat maatregelen een zekere proportionaliteit vragen, mede omdat het deels ook om registratie fouten kan gaan. Een ander criterium kan kosten zijn. Welke maatregelen het meest passend zijn is ook een vraag apart.¹⁴

6.3.6. MONITORING BEHANDEL VARIATIE MET SPIEGELGESPREKKEN

Ook als een combinatie zorg activiteit-diagnose als best practice wordt getypeerd, kan er sprake zijn van ongewenste behandelvariatie. We hanteren 2 afkappunten: de verhouding tussen de laagste 10 ziekenhuizen en de hoogste 10 ziekenhuizen is meer dan een factor 10 én het gaat om meer dan 500 behandelingen per jaar.

6.4. EINDCONCLUSIE

Het blijkt mogelijk om op een systematische en grotendeels reproduceerbare manier inzicht te krijgen in de samenhang praktijkvariatie en richtlijn adviezen, ook bij zorgactiviteiten waarvoor een advies ontbreekt. De methode omvat analyse van richtlijnen, interviews met professionals over verwachte volume en verwachte praktijkvariatie, analyse van zorggebruik en duiding van al die data in samenhang door en begeleidingscommissie.

Met deze methode zijn alle tweedelijnszorgactiviteiten van gynaecologen en urologen voor prolaps, SUI en UUI 34 geanalyseerd. Afhankelijk van de diagnose is een kleiner tot een groter deel van de zorg als niet passend te typeren voor de diagnose. Mogelijk spelen registratiefouten een rol, waardoor de getallen met voorzichtigheid gehanteerd moeten worden. Een deel van de zorg vraagt aanscherping van richtlijnen, een deel om lokale de-implementatie, een deel om landelijke de-implementatie. Monitoring van die variatie bij de hoog volume behandelingen in combinatie met spiegelgesprekken draagt tot slot bij aan terugdringen van ongewenste variatie in bekkenbodempzorg.

Deze methode is bruikbaar voor alle diagnoses die in ziekenhuizen en ZBC's behandeld worden. Het advies is om de methode dan voor een jaar te gebruiken in plaats van voor 5 jaar zoals nu gedaan is. Daarnaast is het advies om regio's en instellingen met ruwe data te vergelijken en pas bij nadere verdieping op een interventie case-mix correctie toe te passen. Zo ontstaat relatief snel inzicht bij een diagnose in wat de aard en de omvang van praktijkvariatie is en welk soort maatregelen passend en proportioneel zijn voor vermindering van ongewenste praktijkvariatie. Het geeft daarnaast gestructureerd inzicht in mogelijke kennisvragen.

¹⁴ Zie voor mogelijke maatregelen: Piet De Bekker & Eric van der Hijden, Escalatiemaatregelen bij tegenvallende implementatie uitkomsten zorgbeoordelingen (2023) VU. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.19627.66081>

7. LITERATUURLIJST

1. Nederland, Z., Kader passende zorg. 2022, Zorginstituut Nederland: Diemen.
2. Vink, M.D.H., Medical practice variation: shifting the paradigm toward the clinicians' perspective: Enabling physicians to reduce unwarranted practice variation. 2024.
3. Gynaecologie, N.V.v.O.e., Richtlijn Prolaps. 2014: Utrecht.
4. van IJsselmuiden, M.N., et al., Practice pattern variation in surgical management of pelvic organ prolapse and urinary incontinence in The Netherlands. *Int Urogynecol J*, 2015. 26(11): p. 1649-56.
5. Enklaar, R.A., et al., Practice pattern variation: treatment of pelvic organ prolapse in The Netherlands. *Int Urogynecol J*, 2022. 33(7): p. 1973-1980.
6. Teunissen, D., et al., NHG-standaard: Incontinentie voor urine bij vrouwen. 2015, Nederlands Huisartsen Genootschap.
7. Labrie, J., et al., Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *The New England journal of medicine*, 2013. 369(12): p. 1124-33.

APPENDIX A: OVERZICHTSTABEL ALLE ZORGACTIVITEITEN

Diagnose	Categorie zorg	Code NZa	Omschrijving	Best practice?	Gemiddeld volume	Gemiddeld aantal instellingen	Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn	Gemiddeld percentage patiënten per jaar	Gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW 10	Gemiddeld percentage patiënten per jaar TOP 10	Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW-TOP 10
Prolaps	1 Diagnostiek	39492	(bekkenbodem)echografie	1) in principe voor deze diagnose	30021	95	31	50,7%	15,4%	85,0%	5,5
		39870	Urodynamisch onderzoek	2) misschien voor deze indicatie	942	41	31	3,2%	0,2%	0,9%	4,0
		39876	Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	3) in principe niet voor deze diagnose	21	7	11	0,4%	0,0%	0,0%	-
		87097	Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	3) in principe voor deze diagnose	127	39	29	0,4%	0,1%	0,8%	8,5
	2 SUI chirurgie	37347	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek	2) misschien voor deze indicatie	194	49	29	0,6%	0,1%	1,6%	16,4
	3 UUI chirurgie	39885	Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	3) in principe niet voor deze diagnose	210	9	24	2,2%	0,0%	0,0%	-
	4 Prolapsoperatie	37263	Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek. Een eenvoudige voor- en achterwandplastiek, al dan niet in combinatie met het aanbrengen van reefhechtingen tegen licht incontinentia urinea	1) in principe voor deze diagnose	3766	77	31	6,7%	2,1%	14,0%	6,8
		37264	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en portioamputatie	1) in principe voor deze diagnose	760	54	31	1,8%	0,2%	5,4%	33,9
		37268	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met enkelvoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM-procedure), intra-vaginale sling (IVS))	1) in principe voor deze diagnose	168	23	26	1,2%	0,2%	2,4%	11,9
		37269	Vaginale reconstructieve prolapschirurgie met voor- en/of achterwandplastiek met meervoudige mesh (tension-free vaginal mesh (TVM)-procedure)	1) in principe voor deze diagnose	86	12	22	3,4%	0,3%	3,9%	12,6
		37370	Enterocoele operatie, abdominaal of vaginaal	1) in principe voor deze diagnose	142	34	25	0,6%	0,1%	1,2%	11,6
		37380	Abdominale retroperitoneale fixatie van de vaginatop	2) misschien voor deze indicatie	105	17	18	0,7%	0,2%	0,9%	4,0

Diagnose	Categorie zorg	Code NZa	Omschrijving	Best practice?	Gemiddeld volume	Gemiddeld aantal instellingen	Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn	Gemiddeld percentage patiënten per jaar	Gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW 10	Gemiddeld percentage patiënten per jaar TOP 10	Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW-TOP 10
Prolaps	4 Prolapsoperatie	37381	Abdominale sacropexie, open procedure, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	2) misschien voor deze indicatie	20	5	7	0,8%	0,0%	0,0%	-
		37383	Laparoscopische sacropexie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	2) in principe voor deze indicatie	146	21	22	0,9%	0,2%	1,5%	6,8
		37384	Laparoscopische sacropexie, exclusief voor- en/of achterwandplastiek	2) in principe voor deze indicatie	300	33	30	1,4%	0,2%	3,5%	19,1
		37385	Vaginale sacrospinale fixatie, inclusief voor- en/of achterwandplastiek	1) in principe voor deze diagnose	2482	69	31	4,6%	0,6%	11,7%	19,8
	5 Baarmoeder verwijderend	37111	Abdominale uterus extirpatie	3) in principe niet voor deze diagnose	0	-	6	0,0%	0,0%	0,0%	-
		37113	Prolaps operatie, laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH.	2) misschien voor deze indicatie	115	20	23	0,7%	0,2%	1,2%	7,4
		37131	Vaginale uterus extirpatie	3) in principe niet voor deze diagnose	275	56	31	0,8%	0,1%	2,4%	17,4
		37265	Prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterus extirpatie	1) in principe voor deze diagnose	1365	68	31	2,9%	0,3%	8,0%	26,6
SUI	1 Diagnostiek	39492	(bekkenbodem)echografie	1) in principe voor deze diagnose	3178	75	31	44,7%	7,7%	81,4%	10,6
		39859	Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie	3) in principe niet voor deze diagnose	3395	70	31	53,3%	16,2%	82,1%	5,1
		39865	Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).	1) in principe voor deze diagnose	7569	157	62	98,7%	20,4%	170,3%	16,7
		39870	Urodynamisch onderzoek	3) in principe niet voor deze diagnose	1269	72	31	18,4%	2,5%	47,1%	19,1
		39876	Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	3) in principe niet voor deze diagnose	0	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	-
		87097	Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	3) in principe niet voor deze diagnose	17	11	11	1,3%	1,2%	1,8%	1,5
	2 SUI chirurgie	36461	Endoscopisch inspuiten bulking agent in urethra of sphincter urethrae.	1) in principe voor deze diagnose	153	40	43	9,0%	2,6%	15,7%	12,0
		37346	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek	1) in principe voor deze diagnose	2312	135	62	31,1%	7,0%	59,6%	17,1
		37347	Incontinentie chirurgie: midurethrale sling (oa TVT, TOT), inclusief voor- en/of achterwandplastiek	2) misschien voor deze indicatie	70	10	14	6,1%	1,3%	4,9%	3,7

Diagnose	Categorie zorg	Code NZa	Omschrijving	Best practice?	Gemiddeld volume	Gemiddeld aantal instellingen	Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn	Gemiddeld percentage patiënten per jaar	Gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW 10	Gemiddeld percentage patiënten per jaar TOP 10	Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW-TOP 10
SUI	2 SUI chirurgie	37348	Incontinentie chirurgie: open procedure (bijvoorbeeld Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), exclusief voor- en/of achterwandplastiek.	2) misschien voor deze indicatie	91	12	17	7,3%	5,4%	8,4%	1,6
	3 UUI chirurgie	36259	Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.	3) in principe niet voor deze diagnose	16	5	13	5,1%	0,0%	0,0%	-
		36260	Implantatie van permanente elektrode in foramen sacrale, bij getransponeerde m. gracilis of bij de n.pudendus, incl. event. proefcystometrie of anale proefmanometrie (i.h.k.v. SNM-studie, zie 032702)	3) in principe niet voor deze diagnose	10	5	13	2,3%	0,0%	0,0%	-
		36264	Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)	3) in principe niet voor deze diagnose	80	31	24	2,8%	0,8%	5,6%	6,7
		38840	Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	3) in principe niet voor deze diagnose	0	-	13	0,0%	0,0%	0,0%	-
		38842	Verwijderen subcutaan geplaatste pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).	3) in principe niet voor deze diagnose	0	-	13	0,0%	0,0%	0,0%	-
		39445	Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.	3) in principe niet voor deze diagnose	115	26	27	8,8%	5,0%	10,9%	4,4
		39446	Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.	3) in principe niet voor deze diagnose	0	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	-
		39887	Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).	3) in principe niet voor deze diagnose	22	14	15	1,8%	1,4%	2,2%	1,6

Diagnose	Categorie zorg	Code NZa	Omschrijving	Best practice?	Gemiddeld volume	Gemiddeld aantal instellingen	Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn	Gemiddeld percentage patiënten per jaar	Gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW 10	Gemiddeld percentage patiënten per jaar TOP 10	Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW-TOP 10
SUI	3 UUI chirurgie	190374	Implanteerbare neurostimulator - puls-generator incl. geïntegreerde niet-oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	3) in principe niet voor deze diagnose	107	7	13	5,2%	0,0%	0,0%	-
UUI	1 Diagnostiek	39492	(bekkenbodem)echografie	1) in principe voor deze diagnose	6271	79	31	39,7%	4,1%	72,7%	17,7
		39859	Cytoscopie/Cysto-urethroscoopie	1) in principe voor deze diagnose	6380	73	31	45,5%	14,0%	71,9%	5,1
		39865	Urodynamisch onderzoek met 1 kanaal (uroflowmetrie).	1) in principe voor deze diagnose	14042	163	62	87,2%	19,2%	147,5%	15,3
		39870	Urodynamisch onderzoek	1) in principe voor deze diagnose	2258	75	31	14,1%	2,5%	32,3%	12,9
		39876	Anorectaal functieonderzoek (ARFO)	3) in principe niet voor deze diagnose	0	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	-
		87097	Dynamisch MRI onderzoek met defecografie	3) in principe niet voor deze diagnose	19	15	15	0,5%	0,3%	0,6%	1,7
	3 UUI chirurgie	36259	Percutane plaatsing van testelektroden in het foramen sacrale of bij de nervus pudendus, inclusief eventuele proefcystometrie of anale manometrie.	2) misschien voor deze indicatie	159	10	29	8,9%	6,4%	9,2%	1,4
		36260	Implantatie van permanente elektrode in foramen sacrale, bij getransponeerde m. gracilis of bij de n.pudendus, incl. event. proefcystometrie of anale proefmanometrie (i.h.k.v. SNM-studie, zie 032702)	1) in principe voor deze diagnose	90	9	29	3,6%	3,5%	3,5%	1,0
		36264	Endoscopisch inspuiten medicatie in blaas (excl. intravesicale chemo-/immunotherapie zie 039888, excl. intravesicale instillatie zie 039887)	1) in principe voor deze diagnose	1409	66	31	9,7%	1,8%	21,5%	11,8
		38840	Subcutaan plaatsen pulsgenerator (neuromodulator, pacemaker) excl. t.b.v. DBS en epidurale stimulatie (zie 030117, 030197 en 039432). (I.h.k.v. SNM-studie zie 032703, i.h.k.v. ONS-studie zie 032711).	1) in principe voor deze diagnose	123	9	29	4,6%	4,6%	4,6%	1,0

Diagnose	Categorie zorg	Code NZa	Omschrijving	Best practice?	Gemiddeld volume	Gemiddeld aantal instellingen	Gemiddeld aantal regio's waar patiënten uit afkomstig zijn	Gemiddeld percentage patiënten per jaar	Gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW 10	Gemiddeld percentage patiënten per jaar TOP 10	Verhouding gemiddeld percentage patiënten per jaar LOW-TOP 10
UUI	3 UUI chirurgie	38842	Verwijderen subcutaan geplaatste puls-generator (neuromodulator, pacemaker), excl. pulsgenerator DBS of epidurale neurostimulator (zie 039429, 039434). (I.h.k.v. SNM-/ ONS-studie zie 032705/032713).	1) in principe voor deze diagnose	27	8	29	1,2%	0,0%	0,0%	-
		39445	Injecties, met uitzondering van injecties ten behoeve van lokale anesthesie, per zitting.	1) in principe voor deze diagnose	87	18	19	2,4%	0,6%	3,9%	6,2
		39446	Injectie botulinetoxine (excl. endoscopisch inspuiten botulinetoxine in blaas zie 036264), toediening exclusief het te gebruiken geneesmiddel.	1) in principe voor deze diagnose	128	17	23	2,7%	0,7%	4,3%	6,4
		39885	Neurostimulatie (PTNS) bij blaas en/of ontlastingsproblemen	1) in principe voor deze diagnose	1420	49	31	12,5%	3,9%	25,5%	6,5
		39887	Intravesicale instillatie (i.h.k.v. GAG-studie, zie 032718).	3) in principe niet voor deze diagnose	297	43	29	2,5%	0,4%	6,8%	15,6
		190374	Implanteerbare neurostimulator - puls-generator incl. geïntegreerde niet oplaadbare batterij (excl. pulsgenerator van DBS neurostimulator zie 190490 en 190491).	1) in principe voor deze diagnose	107	7	29	5,2%	0,0%	0,0%	-

Colofon © 2025 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), standpunten, modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben.

De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen etc. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliiteit@nvog.nl).

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

I: www.nvog.nl

E: kwaliiteit@nvog.nl