

Variatie in bekkenbodempzorg en de samenhang met de richtlijnen in de huisartsenzorg 2016-2020

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, Zilveren Kruis
Simon Loop	VU
Karlijn Hermans	VU (ten tijde van project)
Piet Stam	VU
Irina Mostovaya	senior adviseur Kennisinstituut Federatie van Medisch Specialisten (FMS)
Teus van Barneveld	directeur Kennisinstituut FMS (ten tijde van project)
Marian Engberts	Voorzitter begeleidingscommissie, urogynaecoloog, Isala Ziekenhuis, voorzitter Werkgroep Bekkenbodem NVOG (WBB)

Leden begeleidingscommissie

Nicole van Bergen, bekkenfysiotherapeut, Fysiotherapeutisch Centrum Van Bergen	KNGF/NVFB
Doreth Teunissen / Radboudumc	UrogynHAG (niet namens het NHG)
Jan Reitsma	ZN
Maria Meurs- Szojda, MDL arts, NoordWest	NVMDL
Lara Gerbrandy – Schreuders, uroloog, Bergman Clinics	NVU
Tine van den Bos en Monica de Heide	Stichting Bekkenbodem4all
Joggem Veen, gynaecoloog Maxima MC,	Werkgroep Bekkenbodem NVOG (WBB)
Hugo van Eijndhoven, urogynaecoloog Isala Ziekenhuis	
Coen Baeten, chirurg, Groene Hart Ziekenhuis	NVvH
Dorry Boll, Gynaecoloog-Oncoloog, Catharina	NVVS

Maart 2025, update November 2025

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting.....	3
2.	Inleiding	9
2.1.	Achtergrond project.....	9
3.	Methode.....	14
4.	Resultaten.....	19
4.1.	Prolaps	19
4.1.1.	Urineonderzoek.....	19
4.1.2.	Duur/contacten tijdens zorg episode (proxy voor mate van behandeling in de eerste lijn) 20	
4.1.3.	Pessarium	21
4.1.4.	Verwijzing bekkenfysiotherapie	21
4.1.5.	Verwijzing tweede lijn	22
4.2.	Urine-incontinentie	23
4.2.1.	Urineonderzoek.....	23
4.2.2.	Duur/contacten tijdens zorg episode (proxy voor mate van behandeling in de eerste lijn) 24	
4.2.3.	Pessarium	26
4.2.4.	Verwijzing bekkenbodempfysiotherapie	26
4.2.5.	Medicamenteuze behandeling.....	28
4.2.6.	Verwijzing tweede lijn	32
5.	Discussie	34
5.1.	Aanleiding voor het project.....	34
5.2.	Prolaps	34
5.3.	Urine incontinentie	35
5.4.	Limitaties	36
6.	Conclusie	37
7.	Literatuurlijst	38

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. Behandeloptyes 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 twee 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 zorgkantorregio 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 eerstelijns 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 ondervetegenwoordiging 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 is 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 2020 zijn uitgesloten om COVID-19-verstoringen te vermijden. Daarnaast zijn zorgactiviteiten geclusterd per ziektebeeld en uitgedrukt in absolute en relatieve waarden. Regiobeelden 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 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 zowel de behandelkans als 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 behandelaanpak. 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 bekkenbodempzorgproblematiek, 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 gebruik gemaakt 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 is 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-systematiek.

Huisartsen noemen verder verschillen in affiniteit en kennis, beperkte verwijsmogelijkheden 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 verwijsmogelijkheden en de beschikbaarheid van tweedelijnszorg als mogelijke oorzaken van de praktijkvariatie.

Rapport 3: Variatie in bekkenbodenzorg 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 bekkenbodenzorg. 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-microdata 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 groepsgesprekken ingeschat of zorgactiviteiten veel of weinig worden toegepast en of er praktijkvariatie tussen instellingen bestaat. Ook zijn mogelijke verklaringen voor deze variatie besproken.

Hiervoor zijn twee groepen medisch specialisten geïnterviewd (1 groep met ervaring in richtlijn ontwikkeling prolaps, UUI of SUI en 1 groep zonder ervaring in de ontwikkeling van deze richtlijnen) en voor urologie en gynaecologie afzonderlijk. In totaal zijn 9 medische specialisten (4 urologen en 5 gynaecologen) betrokken.

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 90 combinaties van zorgactiviteit-diagnose-specialisme geanalyseerd. Hiervan had 53% geen richtlijnadvies. Van de 43 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. 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.

Omdat voor 47 combinaties geen richtlijnadvies bestond, heeft de begeleidingscommissie beoordeeld of de zorgactiviteiten passend zijn. Er zijn vier 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 geëvalueerd, 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 bekkenbodempzorg 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: richtlijnanalyse, 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

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 zijn van ongewenste factoren [2]. Deze ongewenste factoren kunnen bestaan uit behandelvoorkeuren van zorgprofessionals of bijvoorbeeld verschillen in verwijspatronen van de eerste lijn naar de 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 via SKMS-gelden, is een instrument ontwikkeld voor de systematische analyse van regionale praktijkvariatie, de richtlijnen en de samenhang daartussen. Uiteindelijk doel is om het ongewenste deel van deze regionale praktijkvariatie 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 behandelapproach binnen de eerste en tweede lijn anderzijds bij urine -incontinentie en prolaps [1]. Dit zijn dus mogelijke oorzaken voor de grote regionale praktijkvariatie waarvan bij bekkenbodempzorg sprake is.

Prolaps komt voor bij 40% van de vrouwen in Nederland [3]. Opties voor behandelingen zijn conservatief (counseling en geruststelling, bekkenfysiotherapie of pessariumtherapie) of operatief. Uit onderzoek is bekend dat er verschillen zijn in verwijsgedrag tussen huisartsen. Dit verschijnsel heet “primary care sensitive conditions” [4]. Bekkenbodempklachten worden tot deze groep gerekend [5].

Als een vrouw met klachten naar de tweede lijn wordt verwezen, dan komt de vrouw meestal bij de gynaecoloog, die met haar het besluit tot behandeling (pessarium of 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 een omvangrijk deel van de praktijkvariatie mogelijk ongewenst is, wat betreft de mate waarin er invasief behandeld wordt, alsook het type operatie, dat wordt uitgevoerd [6, 7]. De auteurs 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. Dit was het gevolg van een dalend aantal chirurgische ingrepen, wat vooral te danken was aan een afname van het aantal hysterectomieën. Dit duidt op een verschuiving naar meer conservatieve therapie en baarmoederbehoud [7].

Urine-incontinentie komt voor bij ongeveer een kwart tot de helft van de volwassen vrouwen in Nederland [8]. 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 [9].

c. 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 bekkenbodemborg" is het ontwikkelen van indicatoren, die de zorgpaden voor prolaps en urine-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 (voorzitter van de WBB) is voorzitter van de begeleidingscommissie. In de fase van de interpretatie is 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/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.
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 vervolgactiviteiten te ontplooien, waar zij dat noodzakelijk achten.

Dit deelrapport betreft vraag 2 en omvat de huisartsenzorg. Er zijn daarnaast nog twee andere rapporten: één dat vraag 1 en één dat vraag 2 uitwerkt specifiek voor de MSZ-tweedelijnszorg. Tot slot is er nog een publiekssamenvatting van alle rapporten. Onderdeel 3 is niet gerealiseerd omdat het gewenste aggregatieniveau (op ziekenhuisniveau) niet in lijn is met de richtlijnen van de microdata van het CBS.

d. 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?

De NHG-richtlijnen (zowel de NHG-Standaarden als NHG-Behandelrichtlijnen) omvatten richtlijnen voor het handelen van de huisarts bij verschillende klachten. De NHG-Standaarden dienen het volgende doel:

“De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk voorkomen. Het gaat daarbij om een bundeling van wetenschappelijk onderbouwde adviezen om de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren. Elke NHG-Standaard richt zich op een bepaalde aandoening (zoals astma), klacht (zoals maagklachten) of risicofactor (zoals hoge bloeddruk) en doet duidelijke uitspraken over wat adequaat medisch handelen is.”¹

¹ <https://richtlijnen.nhg.org/over-nhg-richtlijnen#NHGsta>

Alhoewel richtlijnen niet altijd of ook niet formeel gericht zijn op de vraag welke zorgactiviteiten, passend zijn in een bepaalde klinische context, is voor alle 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 huisartsen in individuele sessies 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 huisartsenpraktijken 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 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 toch bij een groot aandeel van de patiënten wordt uitgevoerd .
- Er ontbrak consensus in de verwachtingen ten aanzien van volume en omvang van de variatie onder de geraadpleegde huisartsen. Of, in het geval van consensus, weken verwachtingen van de huisartsen sterk af van het feitelijke volume (bijvoorbeeld een zorgactiviteit, waarvan wordt gezegd dat die niet geïndiceerd is voor prolaps, maar toch in de praktijk wordt toegepast)
- Grote variatie tussen de percentages patiënten die een bepaalde behandeling krijgen in de huisartsenpraktijk. Stel dat in de ene huisartsenpraktijk 10% een bepaalde behandeling krijgt en in de andere 50%, zonder dat aannemelijk is dat 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 onderzoekers hebben waar mogelijk voorlopige conclusies getrokken over de (ongewenste) praktijkvariatie en de samenhang met de richtlijnen. De definitieve beoordeling hiervan en eventuele consequenties voor nieuwe richtlijn of herziening van de bestaande richtlijnen ligt bij het Nederlands Huisartsen Genootschap.

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

Een belangrijk begrip in dit onderzoek is praktijkvariatie. Voor de definitie daarvan sluiten we aan bij het '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.*

Als de verschillen in individuele behandeling door de zorgverlener volledig te verklaren zijn door verschillen in de patiëntpopulatie of andere factoren die verschillen rechtvaardigen (zoals hierboven genoemd), zou er na correctie van de data voor deze factoren geen praktijkvariatie zijn.

In dit deelrapport kijken we naar de variatie in de toepassing van bepaalde zorgactiviteiten en verwijzingen naar de tweede lijn in samenhang met de richtlijnen tussen huisartsenpraktijken.

3. METHODE

a. Onderzoekspopulatie en relevante zorgactiviteiten

De huisartsenzorgdata zijn via het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) verkregen. Deze dataset bevat informatie over geregistreerde huisartsenzorg voor ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking en is qua patiënten uit deze praktijken representatief voor de totale populatie patiënten in het gehele land (Bes et al., 2024). Voor dit onderzoek was data beschikbaar van de jaren 2015 tot en met 2020. De data zijn geanalyseerd in het CBS microdata portaal, waarin de Nivel data verrijkt is met declaratiegegevens van VEKTIS.

Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00322.035. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

Het gemiddeld aantal ingeschreven patiënten is weergegeven in Tabel 1. De patiëntaantallen per praktijk, per diagnose (van 2016 tot 2020), zijn weergegeven in Tabel 2. Voor een groot deel van de patiënten met urine-incontinentie is niet verder gespecificeerd naar type (stress of urge), waardoor het maken van een uitsplitsing naar type urine-incontinentie niet mogelijk was. Deze groep bevat dus patiënten met stress-, urge- of gemengde incontinentie.

Tabel 1: Patiëntaantallen huisartsenpraktijken in de sample (n=177)

	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal ingeschreven patiënten					
Gemiddeld	3990	3969	3942	4002	3997

In dit onderzoek is de data uitgesplitst per praktijk en over de jaren (2016-2020) samengevoegd. De reden hierachter is dat huisartsenpraktijken jaarlijks vaak lage aantallen patiënten met prolaps en urine-incontinentie hebben. Bij lage aantallen patiënten kunnen de patiëntkenmerken en -voorkeuren tussen de jaren per praktijk erg verschillen. Door het samennemen van de jaren, neemt de rol van toeval af en ontstaat er een meer betrouwbaar beeld van de manier waarop een bepaalde praktijk deze patiëntengroep behandelt. In tabel 2 zijn per jaar het gemiddelde, minimum en maximum aantal patiënten in een huisartsenpraktijk weergegeven.

Tabel 2: Patiëntaantallen voor de diagnoses prolaps (X87) en urine-incontinentie (U04) in de sample (n=177)

* Uitsplitsing naar type was niet mogelijk, Deze groep bevat dus patiënten met stress-, urge- of gemengde incontinentie

	2016 - 2020
Prolaps (X87)	
Gemiddeld aantal patiënten per praktijk ²	40
Minimum (gemiddelde onderste 10 praktijken)	11

Maximum (gemiddelde bovenste 10 praktijken)	125
Urine-incontinentie (U04)*	
Gemiddeld aantal patiënten per praktijk	51
Minimum (gemiddelde onderste 10 praktijken)	14
Maximum (gemiddelde bovenste 10 praktijken)	155

Er is een analyse van zorgactiviteiten die kunnen plaatsvinden op de huisartsenpraktijk. De selectie van zorgactiviteiten voor deze analyse is gebaseerd op de lijst met indicatoren die in samenwerking met de begeleidingscommissie is vastgesteld. Deze selectie bestaat uit: urineonderzoek, aantal consulten/duur episode, pessarium advies (alleen voor prolaps), verwijzing bekkenfysiotherapie, verwijzing naar de tweede lijn en medicatie (alleen voor urine-incontinentie). Hieronder wordt per zorgactiviteit toegelicht of en hoe deze activiteiten zijn afgeleid van de data.

Urineonderzoek

Dit omvat het urineonderzoek dat is uitgevoerd binnen een zorgepisode bij de huisarts. De volgende codes zijn geïnccludeerd: Urinestick/screen (2185, 2179), erytrocyten, leucocyten, nitriet (3752, 3751, 3744, 3304, 3742, 549, 550, 551, 292, 293, 294, 87, 89, 90), urinesediment (1303), urinekweek (1338), ketenzorg urine-incontinentie (3459, 3456, 3834), vragenlijsten (3894), type urine-incontinentie (3283), Sandvik score (3279, 3280, 3281), hoofdbehandelaar urine incontinentie (3039)). Uit eerder onderzoek van het Nivel is gebleken dat de dataverzameling van dit type lab bepalingen uit patiëntendossiers niet volledig is, er worden namelijk alleen bepalingen meegenomen die als meting in het patiëntendossier geregistreerd zijn. Bepalingen die op andere plekken in het dossier zijn opgeschreven, worden daardoor niet meegenomen [10].

Aantal consulten/duur episode

Om inzicht te krijgen in welke mate patiënten met prolaps en urine-incontinentie behandeld worden door de huisarts, is er per patiënt vastgesteld hoe lang de zorgepisode heeft geduurd ('duur episode') en hoe vaak de patiënt de huisarts heeft geconsulteerd ('aantal consulten'). De constructie van de zorgepisodes is gebaseerd op de methode voor het vaststellen ziekte episodes van het Nivel [11]. Dat betekent dat een nieuwe episode start wanneer er langer dan een jaar geen registraties zijn voor dezelfde klacht bij de huisartsenpraktijk.

Pessarium advies (alleen voor prolaps)

Het aanmeten van een pessarium in de huisartsenpraktijk was niet te achterhalen in de dataset omdat hier sinds 2014 geen aparte declaratiecode meer voor wordt gebruikt. Uit de gesprekken met de huisartsen kwam naar voren dat het mogelijk is om een inschatting te maken van het pessariumgebruik in de huisartsenpraktijk met behulp van een proxy. Van patiënten die een zorgepisode hadden van langer dan een jaar en die minimaal drie keer per jaar de huisarts bezochten voor een consultatie, wordt aangenomen dat zij een pessarium gebruiken. De achterliggende reden hiervoor is dat huisartsen verder beperkte behandelmethoden hebben en het daarom niet logisch is om patiënten vaker terug te zien. Deze methode zal een onderschatting weergeven van het werkelijke aantal patiënten dat door middel van pessariumtherapie wordt behandeld, omdat vrouwen die het

pessarium zelf schoonmaken (en dus niet meer terugkeren naar de huisarts) niet worden meegenomen.

Verwijzing bekkenfysiotherapie

Patiënten kunnen op eigen initiatief of via een verwijzing van de huisarts naar de bekkenfysiotherapeut voor verdere behandeling. In de beschikbare eerstelijns dataset (verkregen via Nivel) zijn echter alleen verwijzingen naar de tweede lijn geregistreerd, waardoor het niet te achterhalen is welk deel van de patiënten door de huisarts naar de bekkenfysiotherapeut is verwezen.

Verwijzing naar de tweede lijn

Vrouwen kunnen door de huisarts verwezen worden naar de tweede lijn voor verdere behandeling. Deze verwijzingen zijn bepaald door vast te stellen welk deel van de vrouwen die bij de huisarts komt, een nieuwe DBC (Diagnose Behandel Combinatie) in het ziekenhuis krijgt. Voor deze zorgactiviteit zijn de Nivel data gekoppeld aan de VEKTIS declaratiedata om zo te bepalen welk deel van de vrouwen een DBC is geopend in het ziekenhuis. Vrouwen met een DBC '034' of '035' werden geclassificeerd als verwezen naar de uroloog en vrouwen met een DBC 'G25' werden geclassificeerd als verwezen naar de gynaecoloog. Tevens is er gekeken naar het totaal aantal verwijzingen naar de tweede lijn, waarbij de verwijzingen naar de gynaecoloog en uroloog zijn samengenomen. Hiermee kunnen we inschatten of patiënten alleen bij de gynaecoloog of uroloog terechtkomen, of bij beiden. Gedetailleerde informatie over variatie in de tweedelijnszorg is te vinden in deelrapport 2.

Medicatie (alleen voor urine-incontinentie)

Eén van de behandelopties voor urge urine-incontinentie is het voorschrijven van medicatie. In de eerstelijns dataset (verkregen via Nivel) valt echter niet te onderscheiden of recepten door de huisarts zijn voorgeschreven, of dat dit herhaalrecepten zijn vanuit de tweede lijn. Het is hierdoor niet te achterhalen voor welk deel van de patiënten de huisarts een medicamenteuze behandeling start.

b. Verwachtingen volume zorg en omvang praktijkvariatie huisartsen

Tussen mei en augustus 2024 zijn er gesprekken gevoerd met huisartsen om te bepalen wat de verwachting van het volume van de zorgactiviteiten is op basis van de richtlijn en de verwachting over de variatie van de zorgactiviteiten tussen de huisartsenpraktijken. In totaal hebben er gesprekken plaatsgevonden met 6 (kader) huisartsen. Per zorgactiviteit is de reactie met onderstaande categorieën samengevat.

Tabel 3: Categorieën samenvatting verwachtingen volume en zorg en omvang praktijkvariatie.

Verwachting van huisartsen van het percentage van patiënten dat zorgactiviteit ondergaat.	Laag = klein deel van de patiënten ondergaat de zorgactiviteit Hoog = groot deel van de patiënten ondergaat zorgactiviteit *Bij gebrek aan consensus is er '(wisselend)' toegevoegd
Verwachting van huisartsen van de praktijkvariatie	Laag = weinig variatie in de mate waarin de zorgactiviteit

tussen de huisartsenpraktijken	wordt toegepast tussen huisartsenpraktijken. Hoog = veel variatie in de mate waarin de zorgactiviteit wordt toegepast tussen huisartsenpraktijken. *Bij gebrek aan consensus is er '(wisselend)' toegevoegd
Mogelijk bijzondere situaties	Specifieke situaties waarin behandeling wel of niet passend is, of verklaring praktijkvariatie

c. Beschrijven gebruik zorg en mate van variatie daarin

Op basis van de Nivel-data zijn voor elke zorgactiviteit de onderstaande indicatoren berekend. Het is hierbij van belang om op te merken dat deze indicatoren niet gecorrigeerd zijn voor de verschillen in patiëntpopulatie van de huisartsenpraktijken, die tot gewenste behandelvariatie kunnen hebben geleid. De data bevatten onvoldoende gedetailleerde informatie (over bijvoorbeeld de specifieke diagnose of het stadium van de klachten) of om een juiste en volledige correctie toe te kunnen passen. Bij de interpretatie van de resultaten houden we er dus ook rekening mee dat verschillen tussen praktijken deels veroorzaakt kunnen zijn door de gewenste behandelverschillen tussen de patiëntpopulatie van de praktijken.

Tabel 4: Samenvatting indicatoren voor beschrijven volume en variatie van zorg

Percentage huisartsenpraktijken	Aantal huisartsenpraktijken dat de zorgactiviteit minimaal één keer heeft uitgevoerd tussen 2016 en 2020
Percentage patiënten met zorgactiviteit per praktijk	Gemiddeld percentage patiënten per praktijk dat de zorgactiviteit krijgt (= aantal unieke vrouwen met zorgactiviteit X/ aantal unieke vrouwen met diagnose (UI of prolaps) (ongewogen gemiddelde)
Percentage patiënten met zorgactiviteit in 10 meest behandelende praktijken	Gemiddeld percentage patiënten per instelling van de top 10 instellingen dat de zorgactiviteit krijgt (= aantal unieke vrouwen met zorgactiviteit X / aantal unieke vrouwen met diagnose (UI of prolaps) (ongewogen gemiddelde)
Percentage patiënten met zorgactiviteit in 10 minst behandelende praktijken	Gemiddeld percentage patiënten per instelling van de bottom 10 instellingen dat de zorgactiviteit krijgt (= aantal unieke vrouwen met zorgactiviteit X/ aantal unieke vrouwen met diagnose (UI of prolaps) (ongewogen gemiddelde)

d. In kaart brengen feitelijke stand van zaken in richtlijnen

In afstemming met de NHG heeft het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten per zorgactiviteit beschreven wat in de NHG standaard staat. Hiervoor zijn alle relevante richtlijnen bestudeerd, die van toepassing waren in de periode 2016-2020 en is de letterlijke tekst daarover verzameld en het jaartal waarin deze formulering in de richtlijn is opgenomen. Voor prolaps bestaat er geen NHG-Standaard. Daarom is er voor de zorgactiviteiten voor prolapsklachten gebruik gemaakt

van andere standaarden en richtlijnen die zich uitspreken over de zorgactiviteiten. Bij urine incontinentie zijn de zorgactiviteiten geanalyseerd voor zowel stress- incontinentie als urge-incontinentie.

De volgende richtlijnen zijn bij de analyse betrokken:

- Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Laboratoriumdiagnostiek (geschreven in 2013, herbeoordeeld in 2020)
- NHG-Standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' (2015)
- NVOG-richtlijn 'Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen' (2011)
- NVOG-richtlijn 'Prolaps' (2014)

Tabel 5: Samenvatting richtlijn analyse

Patiëntenpopulatie	Nadere afbakening doelgroep (zoals beschreven in de richtlijn)
Kleur aanbeveling	Rood, oranje, groen
Aanbeveling	Letterlijke tekst aanbeveling
Vertrouwen in literatuur	Grade beoordeling
Jaar	Datum autorisatie module

e. Synthese en beoordeling

Bovenstaande stappen zijn uitgevoerd in de periode mei 2024 – november 2024, vervolgens zijn de resultaten voorgelegd aan een aantal huisartsen. Ter voorbereiding is door de onderzoekers een samenvatting gemaakt van de resultaten met een concept duiding.

Tabel 6: Samenvatting synthese en beoordeling

Is er een aanbeveling in de richtlijn?	Ja, duidelijke aanbevelingen Ja, maar aanbeveling laat ruimte voor interpretatie Nee, geen aanbeveling
Komt verwacht en feitelijk gebruik overeen?	Ja, hoog conform verwachting Ja, aantallen zijn wisselend conform verwachting Ja, laag conform verwachting Nee, minder dan verwachting Niet van toepassing, data niet beschikbaar Onduidelijk (nadere analyse nodig)
Is er sprake van ongewenste praktijkvariatie?	Ja Mogelijk wel Nee Niet van toepassing, data niet beschikbaar Onduidelijk (nadere analyse nodig)
Toelichting	Onderbouwing conclusie

4. RESULTATEN

4.1. PROLAPS

4.1.1. URINEONDERZOEK

Verwachting volume en variatie

Uit de gesprekken met de (kader)huisartsen bleek dat het verwachte volume voor het uitvoeren van urineonderzoek laag was en dat de verwachte variatie tussen de huisartsenpraktijken ook laag was. Als toelichting werd hierbij gegeven dat dit onderzoek gebruikt wordt wanneer er ook andere klachten aanwezig zijn, of om andere diagnoses uit te sluiten. Verder is de inzet van urineonderzoek alleen relevant bij urge-incontinentie en niet bij stressincontinentie, maar dit onderscheid kunnen we niet maken op basis van de data.

Richtlijn

Omdat er geen richtlijn is voor huisartsen voor prolaps, bestaan er ook geen specifieke aanbevelingen voor dit type onderzoek voor patiënten met prolaps. Er zijn wel aanbevelingen vanuit een andere richtlijn (Landelijke samenwerkingsafspraken Laboratoriumdiagnostiek: Urineweginfecties), bij vermoeden van een urineweginfectie. De inhoud van de aanbeveling in de richtlijn is weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Analyse richtlijn urineonderzoek bij prolaps

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Patiëntpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Urineonderzoek	Landelijke samenwerkingsafspraken Laboratoriumdiagnostiek: Urineweginfecties	Alle patiënten bij wie een urineweginfectie vermoed wordt.	NVT, geen aanbeveling specifiek voor prolaps	De huisarts voert bij het vermoeden van een urineweginfectie in eerste instantie een nitriettest uit en daarna een leukocytest (vaak een combinatie-test). Verricht geen urineonderzoek bij: patiënten met een verblijfskatheter zonder duidelijke tekenen van weefselinvasie kwetsbare ouderen met specifieke klachten en symptomen	Niet duidelijk hoe dit is beoordeeld	2020 (is herbeoordeeld in 2020, geschreven in 2013)

Volume van zorg en variatie van zorg in de praktijk

Er bestaan grote verschillen tussen de huisartsenpraktijken in de inzet van dit onderzoek. Bij 38% van de huisartsenpraktijken is er geen enkele registratie van urineonderzoek tussen 2015 en 2020. Het gemiddelde percentage patiënten met urineonderzoek was 14%. De percentages patiënten met urineonderzoek bij de praktijken die wel registraties hadden, verschilden van 2% (gemiddelde van de bovenste 10 praktijken) tot 34% (gemiddelde van de onderste 10 praktijken). Uit ander onderzoek met Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn blijkt dat de registraties van urineonderzoek een mogelijk sterke onderschatting zijn van het werkelijk aantal uitgevoerde tests, omdat alleen onderzoeken worden meegenomen die onder een 'metingen' worden geregistreerd [10]. Wanneer onderzoeken en

uitslagen worden geregistreerd op andere plekken in het dossier, worden deze dus niet meegerekend. Het verschil dat we hebben gevonden, is waarschijnlijker een verschil in registratie dan een verschil in uitvoering tussen de praktijken.

Conclusie

Het advies in de richtlijn is duidelijk, maar aangezien de gegevens mogelijk te onbetrouwbaar zijn, is er het niet mogelijk om te bepalen of hier sprake is van ongewenste praktijkvariatie.

4.1.2. DUUR/CONTACTEN TIJDENS ZORG EPISODE (PROXY VOOR MATE VAN BEHANDELING IN DE EERSTE LIJN)

Verwachting volume en variatie

Uit de 1-op-1-sessies met de (kader)huisartsen kwam geen eenduidig beeld naar voren wat de verwachting is, van de mate waarin prolaps in de eerste lijn wordt behandeld. Het gaat dan bijvoorbeeld om de inzet van een pessarium of bekkenfysiotherapie. Tevens wordt verwacht dat de variatie tussen de huisartsenpraktijken groot is. De redenen die hiervoor worden gegeven zijn het verschil in specialisatie of opleiding van de huisarts en de wens en leeftijd van de patiënt.

Richtlijn

Omdat er voor de huisartsen geen eigen richtlijn is voor de behandeling van prolaps, zijn hiervoor geen aanbevelingen, zie tabel 8.

Tabel 8: Analyse richtlijn contacten/duur zorgepisode (behandeling eerste lijn) bij prolaps

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Contacten gedurende zorgepisode/Lengte zorgepisode	Richtlijn Prolaps (Multidisciplinaire RL op initiatief van de NVOG)	Niet beschreven	Geen aanbevelingen	Geen aanbevelingen	Geen conclusies	2014

Volume van zorg en variatie van zorg in de praktijk

De gemiddelde behandelduur bij de huisarts voor prolaps was 152 dagen, waarin de patiënten gemiddeld 2,6 contacten hadden met de huisarts. In de huisartsenzorgdata zien we verschillen in de gemiddelde behandelduur tussen de huisartsenpraktijken (gemiddelde bovenste tien praktijken = 40 dagen, gemiddelde onderste tien praktijken = 285 dagen). Hetzelfde beeld komt naar voren bij het gemiddelde aantal contacten binnen de behandelduur (gemiddelde bovenste tien praktijken = 1.4 contacten, gemiddelde onderste tien praktijken = 4.5 contacten).

Conclusie

De grote variatie in behandelduur en aantal behandelcontacten komt overeen met de verwachting dat de behandeling in de eerste lijn sterk samenhangt met de affiniteit van de huisarts. Hier is dus mogelijk sprake van ongewenste praktijkvariatie in de context van dit onderzoek.

4.1.3. PESSARIUM

Verwachting volume en variatie

Voor de behandeling met een pessarium was de verwachting dat dit in de praktijk niet veel voorkomt, maar dit was niet geheel eenduidig. Ook was de verwachting dat er een grote variatie is tussen de huisartsenpraktijken. Genoemde redenen voor variatie waren het ontbreken van de juiste materialen en/of kennis op de praktijk.

Richtlijn

In tabel 9 is de huidige richtlijn weergegeven. Deze beveelt wel aan om patiënten te informeren over een pessarium als primaire behandeling voor prolaps, maar laat wel ruimte over voor interpretatie omdat hier niet wordt aanbevolen waar deze behandeling moet plaatsvinden.

Tabel 9: Analyse richtlijn pessarium bij prolaps

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Pessarium	Richtlijn Prolaps (Multidisciplinaire RL op initiatief van de NVOG)	Iedere patiënt met een symptomatische prolaps		Iedere patiënt met een symptomatische prolaps dient geïnformeerd te worden over de mogelijkheden van pessarium therapie als primaire behandeling van prolaps.	GRADE moderate - zeer laag	2014

Volume van zorg en variatie van zorg in de praktijk

Uit de schatting op basis van de huisartsenzorgdata blijkt dat het merendeel van de praktijken (89%) mogelijk behandelt met een pessarium. Volgens deze schatting kregen gemiddeld 8% van de prolaps patiënten deze behandeling. Er in de praktijk ook variatie te zien is tussen de huisartsenpraktijken (gemiddelde bovenste tien praktijken = 3% van het aantal patiënten met prolaps, gemiddelde onderste tien praktijken = 22% van het aantal patiënten met prolaps).

Conclusie

De richtlijn is duidelijk, maar huisartsen geven aan dat er randvoorwaarden zijn om deze toe te passen. De data laten zien dat er in inderdaad grote variatie is. Hier is dus mogelijk sprake van ongewenste praktijkvariatie omdat andere dan patiëntkenmerken mogelijk de reden van de variatie zijn.

4.1.4. VERWIJZING BEKKENFYSIOTHERAPIE

Verwachting volume en variatie

In de gesprekken met de (kader)huisartsen kwam geen eenduidig beeld naar voren in welke mate patiënten naar de bekkenfysiotherapeut worden doorverwezen vanuit de huisartsenpraktijk. De verwachting van de variatie tussen praktijken was laag. In de gesprekken werd aangegeven dat dit vaker gebeurt wanneer prolaps in combinatie met andere klachten voorkomt en als er genoeg aanbod bekkenfysiotherapie beschikbaar is in de regio. De verwachte variatie tussen de praktijken werd

ingeschat als laag.

Richtlijn

De multidisciplinaire richtlijn heeft een duidelijke aanbeveling over wanneer patiënten baat hebben bij een verwijzing naar de bekkenfysiotherapeut. De volledige tekst van de richtlijn is weergegeven in tabel 10.

Tabel 10: Analyse richtlijn verwijzing bekkenfysiotherapeut bij prolaps

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Verwijzing Bekkenfysiotherapeut	Richtlijn Prolaps (Multidisciplinaire RL op initiatief van de NVOG)	patiënt met prolaps stadium 1 of 2 met klachten van het functioneren van de bekkenbodem		Biedt een patiënt met prolaps stadium 1 of 2 met klachten van het functioneren van de bekkenbodem een verwijzing aan naar de bekkenfysiotherapeut.	GRADE hoog	2014

Volume van zorg en variatie van zorg in de praktijk

De data lieten het niet toe te achterhalen welk deel van de patiënten werd verwezen naar de bekkenfysiotherapeut, omdat de verwijzingen data alleen verwijzingen naar de tweede lijn bevat en dus geen verwijzingen naar de bekkenfysiotherapeut.

Conclusie

Er is een duidelijke richtlijn over wanneer verwijzing voor bekkenfysiotherapie gepast is. De huidige data staan het echter niet toe om een inschatting te maken in welke mate dit ook in de praktijk voorkomt en wat de variatie is hierin. Daarom is het niet mogelijk te beoordelen of hier sprake is van ongewenste praktijkvariatie.

4.1.5. VERWIJZING TWEEDE LIJN

Verwachting volume en variatie

Uit de 1-op-1-sessies met de (kader)huisartsen bleek dat verwacht wordt dat een groot deel van de patiënten dat met prolapsklachten naar de huisarts gaat, in de tweede lijn terechtkomt, maar ook dat de variatie tussen de huisartsenpraktijken groot is. De redenen die hiervoor worden gegeven waren de affiniteit met het ziektebeeld van de huisarts, en de drempel om te verwijzen van de huisarts (door bijvoorbeeld laagdrempelige verwijsopties in de eerste lijn en de toegang tot tweedelijnszorg in de regio).

Richtlijn

In de richtlijn staan geen aanbevelingen over wanneer een patiënt verwezen dient te worden, zie tabel 11.

Tabel 11: Analyse richtlijn verwijzing naar tweede lijn bij prolaps

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Verwijzing Gynaecoloog	Richtlijn Prolaps (Multidisciplinaire RL op initiatief van de NVOG)	Niet beschreven	Geen aanbevelingen	Geen aanbevelingen	Geen conclusies	2014
Verwijzing Uroloog	Richtlijn Prolaps (Multidisciplinaire RL op initiatief van de NVOG)	Niet beschreven	Geen aanbevelingen	Geen aanbevelingen	Geen conclusies	2014

Volume en variatie van zorg in de praktijk

Deze verwachting komt ook overeen met het beeld uit de praktijk. Ongeveer de helft van de patiënten (46%) komt uiteindelijk terecht in de tweede lijn, waarvan het grootste deel bij de gynaecoloog. Er is variatie tussen de praktijken (gemiddelde bovenste tien praktijken = 19% wordt verwezen naar de tweede lijn, gemiddelde onderste tien praktijken = 75% wordt verwezen naar de tweede lijn).

Conclusie

De grote variatie in verwijzing tweede lijn komt overeen met de verwachting dat de behandeling in de eerste lijn sterk samenhangt met de affiniteit van de huisarts, de aanwezigheid van een kaderarts, lokaal aanbod eerste lijn en aanbod tweede lijn. Hier is dus mogelijk sprake van ongewenste praktijkvariatie in de context van dit onderzoek.

4.2. URINE-INCONTINENTIE

4.2.1. URINEONDERZOEK

Verwachting volume en variatie

Het verwachte volume van urineonderzoek voor patiënten met urine-incontinentie werd hoog ingeschat door de huisartsen op basis van de richtlijn. De verwachte praktijkvariatie was laag. Als toelichting werd gegeven dat elke praktijk waarschijnlijk in dezelfde mate urineonderzoek zou toepassen, en dat de variatie verklaard zou kunnen worden door een verschil in de mix van urge- en stressincontinentie patiënten per praktijk.

Richtlijn

In de richtlijn staat een aanbeveling voor het verrichten van urineonderzoek voor patiënten met urgencyklachten of andere klachten die kunnen passen bij een urineweginfectie. Er is geen aanbeveling specifiek voor stress incontinentie.

Tabel 12: Analyse richtlijn urineonderzoek bij urge-incontinentie (UUI) en stressincontinentie (SUI)

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Type	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Urine onderzoek	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UUI	vrouwen met urgency klachten		Verricht urineonderzoek bij vrouwen met urgencyklachten of andere klachten die kunnen passen bij een urineweginfectie ter uitsluiting van een urineweginfectie	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met urgency klachten		Verricht urineonderzoek bij vrouwen met urgencyklachten of andere klachten die kunnen passen bij een urineweginfectie ter uitsluiting van een urineweginfectie	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015

Volume en variatie van zorg in de praktijk

Er bestaan grote verschillen tussen de huisartsenpraktijken in de inzet van dit onderzoek. Bij 37% van de huisartsenpraktijken zijn er geen gegevens geregistreerd over van urine onderzoek tussen 2015 en 2020. Het gemiddelde percentage patiënten met urineonderzoek was 14%. De percentages patiënten met urineonderzoek bij de praktijken die wel registraties hadden, verschilden van 1% (gemiddelde van de bovenste 10 praktijken) tot 41% (gemiddelde van de onderste 10 praktijken). Omdat dit gemiddelde sterk lager uitvalt dan het gemiddelde uit ander (dossier) onderzoek, is het aannemelijk dat hier sprake is van een sterke onderschatting [10]. Het verschil dat we hebben gevonden, is waarschijnlijk een verschil in registratie dan een verschil in uitvoering tussen de praktijken.

Conclusie

Het advies in de richtlijn is duidelijk, maar aangezien de gegevens mogelijk te onbetrouwbaar zijn, is er het niet mogelijk om te bepalen of hier sprake is van ongewenste praktijkvariatie.

4.2.2. DUUR/CONTACTEN TIJDENS ZORG EPISODE (PROXY VOOR MATE VAN BEHANDELING IN DE EERSTE LIJN)

Verwachting volume en variatie

De verwachting ten aanzien van de mate waarin huisartsen een behandeling toepassen in de eerste lijn, werd hoog ingeschat. De toelichting hierbij was dat huisartsen volgens de richtlijn verschillende behandelopties hebben voor patiënten met urine-incontinentie. De verwachte variatie werd ook ingeschat als hoog, omdat ondanks de richtlijn, de affiniteit en kennis van per huisarts(praktijk) kan verschillen.

Richtlijn

In de richtlijn worden onder andere oefentherapie en blaastraining aanbevolen voor patiënten met urine incontinentie eventueel aangevuld met een pessarium (bij stressincontinentie) of medicatie (bij urge-incontinentie). Daarbij wordt aanbevolen om de behandeling én na 2 én na 6 weken te evalueren.

Tabel 13: Analyse richtlijn contacten/duur zorgepisode (behandeling eerste lijn) bij urge-incontinentie (UUI) en stressincontinentie (SUI)

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Type	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Contacten gedurende zorgepisode	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UUI	vrouwen met urgency incontinentie		Oefentherapie Controleer bij bekkenbodemspieroefeningen of blaasstraining minimaal én na 2 én na 6 weken: herhaal zo nodig de instructies motiveer de vrouw om de oefeningen voort te zetten Evalueer het effect na ≥ 6 weken; gebruik daarbij, vooral bij blaasstraining, een mictiedagboek (zie Mictiedagboek) Zet de behandeling voort indien verbetering is opgetreden. Heroverweeg diagnose en beleid als na 6 weken ondanks goede therapietrouw nog geen verbetering is opgetreden: overweeg alsnog te verwijzen naar een (bekken)fysiotherapeut voeg bij gemengde incontinentie de behandeling voor het andere type incontinentie toe Evalueer bij voortzetting van de behandeling het effect na 3 maanden. Bij voldoende effect: benadruk het belang van regelmatig oefenen om het effect te behouden. Bij onvoldoende effect en goede therapietrouw heeft het geen zin om langer door te gaan; bespreek de overige behandelopties: bij SUI een pessarium of verwijzing voor het plaatsen van een midurethraalbandje (zie tabel 1) bij urgency-incontinentie het toevoegen van medicatie (zie tabel 2). Pessarium Zie voor controles bij het gebruik van een pessarium het protocol Aanmeten en plaatsen van een pessarium bij een prolaps. Medicamenteuze behandeling van urgency-incontinentie Controleer therapietrouw, bijwerkingen en motivatie om de behandeling voort te zetten ≥ 2 maanden na het plaatsen van het pessarium	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress- incontinentie, die bekkenbodetraining ofwel fysiotherapie ondergaan of een pessarium krijgen		Oefentherapie Controleer bij bekkenbodemspieroefeningen of blaasstraining minimaal én na 2 én na 6 weken: herhaal zo nodig de instructies motiveer de vrouw om de oefeningen voort te zetten Evalueer het effect na ≥ 6 weken; gebruik daarbij, vooral bij blaasstraining, een mictiedagboek (zie Mictiedagboek) Zet de behandeling voort indien verbetering is opgetreden. Heroverweeg diagnose en beleid als na 6 weken ondanks goede therapietrouw nog geen verbetering is opgetreden: overweeg alsnog te verwijzen naar een (bekken)fysiotherapeut voeg bij gemengde incontinentie de behandeling voor het andere type incontinentie toe Evalueer bij voortzetting van de behandeling het effect na 3 maanden. Bij voldoende effect: benadruk het belang van regelmatig oefenen om het effect te behouden. Bij onvoldoende effect en goede therapietrouw heeft het geen zin om langer door te gaan; bespreek de overige behandelopties: bij SUI een pessarium of verwijzing voor het plaatsen van een midurethraalbandje (zie tabel 1) bij urgency-incontinentie het toevoegen van medicatie (zie tabel 2). Pessarium Zie voor controles bij het gebruik van een pessarium het protocol	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015

Volume en variatie van zorg in de praktijk

De data laten zien dat er gemiddeld 1.92 consulten per zorgepisode (gemiddelde bovenste tien praktijken = 1.3 consulten, gemiddelde onderste tien praktijken = 2.9 consulten) en dat de gemiddelde zorgepisode 85 dagen (gemiddelde bovenste tien praktijken = 31 dagen, gemiddelde onderste tien praktijken = 180 dagen) duurt.

Conclusie

Het lijkt er dus op dat de mate van behandeling in de eerste lijn minder is dan dat we op basis van de richtlijn zouden verwachten. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat dit mogelijk ook veroorzaakt kan worden door de wens van de patiënt (om te kiezen voor bijvoorbeeld opvangmateriaal of verwijzing naar de tweede lijn). Daarnaast wordt in de richtlijn ook gesuggereerd dat de oefentherapie zowel bij de huisarts als bij de bekkenfysiotherapeut kan plaatsvinden, wat ook een mogelijke verklaring zou kunnen zijn voor deze lagere aantallen. Er is dus sprake van praktijk variatie, of deze ook als ongewenste praktijkvariatie moet worden getypeerd is onduidelijk omdat er veel factoren van invloed zijn. Behandelvariatie die gevolg is van preferentieverschillen, is geen ongewenste praktijkvariatie maar dat verschil in preferenties tussen praktijken moet wel eerst vastgesteld worden. .

4.2.3. PESSARIUM

Verwachting volume en variatie

Het gebruik van een pessarium als behandeling voor stressincontinentie werd door de huisartsen ingeschat als laag, onder andere omdat dit afhankelijk is van de wens van de patiënt. Over de verwachte praktijkvariatie was er geen consensus, deze was dus wisselend.

Richtlijn

In de richtlijn wordt het pessarium (samen met bekkenfysiotherapie) genoemd als een eerste stap voor de behandeling van stressincontinentie. Voor de behandeling van urge-incontinentie zijn er geen aanbevelingen ten aanzien van de behandeling met een pessarium. De richtlijn is samengevat in tabel 14.

Tabel 14: Analyse richtlijn pessarium bij urge-incontinentie (UUI) en stressincontinentie (SUI)

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Type	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Pessarium	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UUI	Niet genoemd	Geen aanbevelingen	Geen aanbevelingen	NVT	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Pessarium Doorgaans voldoet een ringpessarium. De 1e stap bestaat uit bekkenbodemspieroefeningen of een pessarium	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015

Volume en variatie van zorg in de praktijk

Met de huidige data is het niet mogelijk om te achterhalen welk deel van de patiënten met stressincontinentie dat bij de huisarts komt, behandeld wordt met een pessarium. In tegenstelling tot bij de behandeling van prolaps heeft de huisarts voor de behandeling van urine-incontinentie meerdere opties, waardoor we aan de hand van het aantal consulten en de episodeduur geen betrouwbare inschatting zouden kunnen maken van de mate van de inzet van het pessarium.

Conclusie

De richtlijn is duidelijk maar er zijn geen data beschikbaar over feitelijk zorggebruik. Daarom kunnen we ook niet vaststellen of hier sprake is van (ongewenste) praktijkvariatie.

4.2.4. VERWIJZING BEKKENFYSIOTHERAPIE

Verwachting volume en variatie

Uit de 1-op-1 sessies met de huisartsen kwam een eenduidig beeld naar voren met betrekking tot de verwijzingen naar de bekkenfysiotherapeut, de verwachting is namelijk dat dit veel gebeurt. De toelichting hierbij is dat dit een logische eerste stap is en omdat de patiënten anders wel een verwijzing krijgen uit de tweede lijn. In een enkel geval werd benoemd dat dit in de regio een voorwaarde is voor verwijzing naar de tweede lijn. De verwachting was dat de praktijkvariatie laag was.

Richtlijn

Uit de analyse van de richtlijnen blijkt dat er duidelijke aanbevelingen zijn over wanneer een patiënt verwezen dient te worden. De richtlijn analyse is weergegeven in tabel 15.

Tabel 15: Analyse richtlijn verwijzing bekkenfysiotherapeut bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Type	Patientpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Verwijzing Bekkenfysiotherapeut	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	vrouwen die die (vermoedelijk) onvoldoende controle hebben over de bekkenbodemspieren		(Bekken)fysiotherapeut Verwijs vrouwen naar een (bekken)fysiotherapeut: die (vermoedelijk) onvoldoende controle hebben over de bekkenbodemspieren, dat wil zeggen er na instructie niet in slagen de bekkenbodemspieren aan te spannen of ze daarna weer te ontspannen die meer begeleiding nodig hebben dan in de huisartsenpraktijk beschikbaar is die daar zelf de voorkeur aan geven bij wie na 6 weken oefentherapie nog geen effect is opgetreden (ter overweging) Verwijs voor een eenmalig bekkenfysiotherapeutisch diagnostisch consult: bij twijfel over de diagnose voor informatie over de aard, ernst en mate van fysiotherapeutische beïnvloedbaarheid van de incontinentie Verwijzing is mogelijk naar een fysiotherapeut met de bekkenbodem als aandachtsgebied of naar een geregisteerde bekkenfysiotherapeut (zie kader Geregistreerd bekkenfysiotherapeuten versus fysiotherapeuten met de bekkenbodem als aandachtsgebied) Geregistreerd bekkenfysiotherapeut Bij vrouwen met complexere problematiek, bijvoorbeeld weinig controle over de bekkenbodemspieren, heeft verwijzing naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut de voorkeur. Informeer de vrouw bij verwijzing dat de geregisteerd bekkenfysiotherapeut bevoegd en	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen die die (vermoedelijk) onvoldoende controle hebben over de bekkenbodemspieren		(Bekken)fysiotherapeut Verwijs vrouwen naar een (bekken)fysiotherapeut: die (vermoedelijk) onvoldoende controle hebben over de bekkenbodemspieren, dat wil zeggen er na instructie niet in slagen de bekkenbodemspieren aan te spannen of ze daarna weer te ontspannen die meer begeleiding nodig hebben dan in de huisartsenpraktijk beschikbaar is die daar zelf de voorkeur aan geven bij wie na 6 weken oefentherapie nog geen effect is opgetreden (ter overweging) Verwijs voor een eenmalig bekkenfysiotherapeutisch diagnostisch consult: bij twijfel over de diagnose voor informatie over de aard, ernst en mate van fysiotherapeutische beïnvloedbaarheid van de incontinentie Verwijzing is mogelijk naar een fysiotherapeut met de bekkenbodem als aandachtsgebied of naar een geregisteerde bekkenfysiotherapeut Verwijs criteria: Vrouwen met SUI bij wie bekkenbodemspieroefeningen en/of een pessarium na 3 maanden onvoldoende resultaat oplevert Vrouwen met ernstige SUI (meerdere keren per week urineverlies met veel hinder) en de wens om geopereerd te worden Vrouwen die na een eerdere operatie wegens SUI opnieuw of nog steeds last hebben van stress- of urgency-incontinentie	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015

Volume van zorg en variatie van zorg in de praktijk

De data lieten het niet toe te achterhalen welk deel van de patiënten werd verwezen naar de bekkenfysiotherapeut omdat de verwijzingen data alleen verwijzingen naar de tweede lijn bevat en dus geen verwijzingen naar de bekkenfysiotherapeut.

Conclusie

Er is een duidelijke richtlijn over wanneer verwijzing voor bekkenfysiotherapie gepast is. De huidige

data staan het echter niet toe om een inschatting te maken in welke mate dit ook in de praktijk voorkomt en wat de variatie is hierin. Daarom is het niet mogelijk te beoordelen of hier sprake is van ongewenste praktijkvariatie.

4.2.5. MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Verwachting volume en variatie

In de richtlijn staan aanbevelingen voor een medicamenteuze behandelingen bij urine-incontinentie. Deze zijn niet per middel besproken, maar gezamenlijk als ‘medicamenteuze behandeling’ voorgelegd tijdens de gesprekken. Uit deze sessies kwam de verwachting naar voren dat deze middelen weinig worden ingezet in de praktijk, maar dat de variatie mogelijk groot is. Hierbij werd opgemerkt dat enerzijds het proberen waard kan zijn, maar anderzijds dat sommige van deze middelen ernstige bijwerkingen kunnen hebben. De inzet van een medicamenteuze behandeling kan afhangen van ervaring van de huisarts met het betreffende middel. Tevens kwam uit de gesprekken naar voren dat een deel van de voorschriften mogelijk herhaalrecepten zijn die vanuit de tweede lijn zijn gestart.

Richtlijn

In de richtlijn staan voor de meeste medicijnen duidelijke aanbevelingen voor zowel stress- als urge incontinentie. Deze richtlijnen zijn samengevat in tabellen 16 tot en met 24.

Volume en variatie van zorg in de praktijk

In de huidige dataset valt er geen onderscheid te maken tussen patiënten met stress- en urge incontinentie. Dat is voor deze zorgactiviteit van belang omdat de aanbevelingen wezenlijk verschillen voor beide diagnoses. Daarbij kunnen we ook geen onderscheid maken tussen de recepten die door de huisarts zijn voorgeschreven en herhaalrecepten vanuit de tweede lijn.

Conclusie

Om deze redenen geven de huidige data geen goed beeld van hoe vaak deze vorm van behandeling in de huisartsenpraktijk wordt ingezet, we kunnen dus niet bepalen of hier sprake is van (ongewenste) praktijkvariatie.

Tabel 16: Analyse richtlijn darifenacine bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Darifenacine	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	Vrouwen met urgency-incontinentie		Anticholinergica Kies in 1e instantie voor een anticholinergicum, gezien de brede ervaring die hiermee is opgedaan in de praktijk Geef bij voorkeur een preparaat met geregleerde afgifte vanwege het gebruiksgemak Voor contra-indicaties en andere aandachtspunten van anticholinergica zie tabel 2. Schrijf bij voorkeur een generiek preparaat voor zoals tolterodine; er zijn geen belangrijke verschillen tussen de beschikbare preparaten in effect en bijwerkingen (zie Voorlichting en advies) Start met tolterodine, tablet met geregleerde afgifte, 1 dd 4 mg. Verlaag de dosering tolterodine bij matige leverfunctiestoornissen en ernstig verminderde nierfunctie (eGFR 10-30 ml/min/1,73 m ²) tot 1 dd 2 mg. Adviseer de vrouw om de blaasstraining voort te zetten indien deze enig resultaat had.	Geen GRADE beoordeling. Wel de volgende beschrijving: De kwaliteit van de besproken onderzoeken is redelijk goed. Er is kans op bias omdat in veel publicaties onvoldoende informatie wordt gegeven over de randomisatieprocedure en allocatie. Positief aspect was dat alle medicatie-onderzoeken dubbelblind waren, maar in de onderzoeken naar het effect van oefentherapie was dit vanzelfsprekend niet mogelijk. In de minderheid van de onderzoeken werd een 'intention to treat'-analyse uitgevoerd.	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur. Voor urge-incontinentie / niet gespecificeerde type incontinentie is er wel een onderbouwing. Zie tabblad urge-icncontinentie	2015

Tabel 17: Analyse richtlijn flavoxaat bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Flavoxaat	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	Vrouwen met urgency-incontinentie		Flavoxaat Het gebruik van flavoxaat wordt niet aanbevolen, omdat dit middel niet effectief is (zie Details).	Geen GRADE beoordeling. Inschatting: GRADE zeer laag (1RCT met <50 deelnemers)	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur. Voor urge-incontinentie / niet gespecificeerde type incontinentie is er wel een onderbouwing. Zie tabblad urge-icncontinentie	2015

Tabel 18: Analyse richtlijn oxybutinine bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Oxybutinine	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	Vrouwen met urgency-incontinentie		Anticholinergica Kies in 1e instantie voor een anticholinergicum, gezien de brede ervaring die hiermee is opgedaan in de praktijk Geef bij voorkeur een preparaat met geregleerde afgifte vanwege het gebruiksgemak Voor contra-indicaties en andere aandachtspunten van anticholinergica zie tabel 2. Schrijf bij voorkeur een generiek preparaat voor zoals tolterodine; er zijn geen belangrijke verschillen tussen de beschikbare preparaten in effect en bijwerkingen (zie Voorlichting en advies) Start met tolterodine, tablet met geregleerde afgifte, 1 dd 4 mg. Verlaag de dosering tolterodine bij matige leverfunctiestoornissen en ernstig verminderde nierfunctie (eGFR 10-30 ml/min/1,73 m ²) tot 1 dd 2 mg. Oxybutinine: De oxybutyninepleister is een optie bij wens van de vrouw voor niet-orale behandeling, of bij onacceptabele droge mond door tolterodine (zie Controles). Geef 1 oxybutyninepleister à 3,9 mg/24 uur per 3-4 dagen Wees voorzichtig bij ernstige lever- of nierfunctiestoornissen (in dat geval bijvoorbeeld niet vaker dan eens per 4 dagen vervangen) De oxybutyninepleister veroorzaakt minder vaak een droge mond, maar vaker huidirritatie en is duurder dan tolterodine. Adviseer de vrouw om de blaasstraining voort te zetten indien deze enig resultaat had.	Geen GRADE beoordeling. Wel de volgende beschrijving: De kwaliteit van de besproken onderzoeken is redelijk goed. Er is kans op bias omdat in veel publicaties onvoldoende informatie wordt gegeven over de randomisatieprocedure en allocatie. Positief aspect was dat alle medicatie-onderzoeken dubbelblind waren, maar in de onderzoeken naar het effect van oefentherapie was dit vanzelfsprekend niet mogelijk. In de minderheid van de onderzoeken werd een 'intention to treat'-analyse uitgevoerd.	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur. Voor urge-incontinentie / niet gespecificeerde type incontinentie is er wel een onderbouwing. Zie tabblad urge-icncontinentie	2015

Tabel 19: Analyse richtlijn solifenacine bij urge-incontinentie (UUI) en stressincontinentie (SUI)

Solifenacine	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UUI	Vrouwen met urgency-incontinentie		Anticholinergica Kies in 1e instantie voor een anticholinergicum, gezien de brede ervaring die hiermee is opgedaan in de praktijk Geef bij voorkeur een preparaat met geregleerde afgifte vanwege het gebruiksgemak Voor contra-indicaties en andere aandachtspunten van anticholinergica zie tabel 2. Schrijf bij voorkeur een generiek preparaat voor zoals tolterodine; er zijn geen belangrijke verschillen tussen de beschikbare preparaten in effect en bijwerkingen (zie Voorlichting en advies) Start met tolterodine, tablet met geregleerde afgifte, 1 dd 4 mg. Verlaag de dosering tolterodine bij matige leverfunctiestoornissen en ernstig verminderde nierfunctie (eGFR 10-30 ml/min/1,73 m ²) tot 1 dd 2 mg. Adviseer de vrouw om de blaas training voort te zetten indien deze enig resultaat had.	Geen GRADE beoordeling. Wel de volgende beschrijving: De kwaliteit van de besproken onderzoeken is redelijk goed. Er is kans op bias omdat in veel publicaties onvoldoende informatie wordt gegeven over de randomisatieprocedure en allocatie. Positief aspect was dat alle medicatie-onderzoeken dubbelblind waren, maar in de onderzoeken naar het effect van oefentherapie was dit vanzelfsprekend niet mogelijk. In de minderheid van de onderzoeken werd een 'intention to treat'-analyse uitgevoerd.	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur. Voor urge-incontinentie / niet gespecificeerde type incontinentie is er wel een onderbouwing. Zie tabblad urge-icncontinentie	2015

Tabel 20: Analyse richtlijn tolterodine bij urge-incontinentie (UUI) en stressincontinentie (SUI)

Tolterodine	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UUI	Vrouwen met urgency-incontinentie		Anticholinergica Kies in 1e instantie voor een anticholinergicum, gezien de brede ervaring die hiermee is opgedaan in de praktijk Geef bij voorkeur een preparaat met geregleerde afgifte vanwege het gebruiksgemak Voor contra-indicaties en andere aandachtspunten van anticholinergica zie tabel 2. Schrijf bij voorkeur een generiek preparaat voor zoals tolterodine; er zijn geen belangrijke verschillen tussen de beschikbare preparaten in effect en bijwerkingen (zie Voorlichting en advies) Start met tolterodine, tablet met geregleerde afgifte, 1 dd 4 mg. Verlaag de dosering tolterodine bij matige leverfunctiestoornissen en ernstig verminderde nierfunctie (eGFR 10-30 ml/min/1,73 m ²) tot 1 dd 2 mg. Adviseer de vrouw om de blaas training voort te zetten indien deze enig resultaat had.	Geen GRADE beoordeling. Wel de volgende beschrijving: De kwaliteit van de besproken onderzoeken is redelijk goed. Er is kans op bias omdat in veel publicaties onvoldoende informatie wordt gegeven over de randomisatieprocedure en allocatie. Positief aspect was dat alle medicatie-onderzoeken dubbelblind waren, maar in de onderzoeken naar het effect van oefentherapie was dit vanzelfsprekend niet mogelijk. In de minderheid van de onderzoeken werd een 'intention to treat'-analyse uitgevoerd.	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur. Voor urge-incontinentie / niet gespecificeerde type incontinentie is er wel een onderbouwing. Zie tabblad urge-icncontinentie	2015

Tabel 21: Analyse richtlijn duloxetine bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Duloxetine	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII SUI	nvt vrouwen met stress-incontinentie	?	geen aanbevelingen voor urge-incontinentie Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Laag. De auteurs van de systematische review beoordelen het risico op bias in de onderzoeken als laag (adequate randomisatie en allocation concealment, adequaat beleid met betrekking tot uitvallers). Beperkend voor de meta-analyse is dat per onderzoek de invulling van het subjectieve begrip 'genezing' of 'verbetering' verschillend is. De gehanteerde definitie is in veel onderzoeken onduidelijk, wat betrouwbare kwantificering van het effect bemoeilijkt. In de meeste onderzoeken werd een 'intention to treat'-analyse verricht. Het betreft allemaal onderzoeken die gesponsord zijn door de fabrikant van duloxetine.	2015
------------	--	------------	---	---	---	--	------

Tabel 22: Analyse richtlijn fesoterodine bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Fesoterodine	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	Vrouwen met urgency-incontinentie		Anticholinergica Kies in 1e instantie voor een anticholinergicum, gezien de brede ervaring die hiermee is opgedaan in de praktijk. Geef bij voorkeur een preparaat met geregleerde afgifte vanwege het gebruiksgemak. Voor contra-indicaties en andere aandachtspunten van anticholinergica zie tabel 2. Schrijf bij voorkeur een generiek preparaat voor zoals tolterodine; er zijn geen belangrijke verschillen tussen de beschikbare preparaten in effect en bijwerkingen (zie Voorlichting en advies). Start met tolterodine, tablet met geregleerde afgifte, 1 dd 4 mg. Verlaag de dosering tolterodine bij matige leverfunctiestoornissen en ernstig verminderde nierfunctie (eGFR 10-30 ml/min/1,73 m ²) tot 1 dd 2 mg. Adviseer de vrouw om de blaas training voort te zetten indien deze enig resultaat had.	Geen GRADE beoordeling. Wel de volgende beschrijving: De kwaliteit van de besproken onderzoeken is redelijk goed. Er is kans op bias omdat in veel publicaties onvoldoende informatie wordt gegeven over de randomisatieprocedure en allocatie. Positief aspect was dat alle medicatie-onderzoeken dubbelblind waren, maar in de onderzoeken naar het effect van oefentherapie was dit vanzelfsprekend niet mogelijk. In de minderheid van de onderzoeken werd een 'intention to treat'-analyse uitgevoerd.	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur. Voor urge-incontinentie / niet gespecificeerde type incontinentie is er wel een onderbouwing. Zie tabblad urge-icncontinentie	2015

Tabel 23: Analyse richtlijn mirabegron bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Mirabegron	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	Vrouwen met urgency-incontinentie		Bèta-3-agonisten Met selectieve bèta-3-agonisten zoals mirabegron is nog te weinig praktijkervaring opgedaan om de plaats in de behandeling van urgency-incontinentie te bepalen (zie Details). Bespreek met de vrouw dat over de werking en de veiligheid van dit middel nog onzekerheid bestaat. Verlengde QT-tijd is een contra-indicatie voor mirabegron. Voorzichtigheid is geboden bij ernstige lever- of nierfunctiestoornis en ernstige ongecontroleerde hypertensie (> 180/110 mmHg). Wees alert op bijwerkingen en meld deze bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb.	Er is bewijs van hoge kwaliteit dat mirabegron 50 mg bij vrouwen effectiever het aantal incontinentie episodes per 24 uur vermindert dan placebo. Er is bewijs van lage kwaliteit (vanwege het beperkte aantal onderzoeken en onvoldoende power) dat het effect van mirabegron 25 of 50 mg niet significant verschilt van het effect van tolterodine met gereguleerde afgifte 4 mg. Er is bewijs van matige kwaliteit (vanwege het beperkte onderzoek en risico op selectiebias) dat bijwerkingen bij mirabegron 50 mg even vaak voorkomen als bij tolterodine 4 mg, met uitzondering van de droge mond, die bij tolterodine duidelijk vaker voorkomt. Er is bewijs van matige kwaliteit (vanwege het beperkte aantal patiënten) dat mirabegron	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Niet beschreven / onderbouwd met literatuur. Voor urge-incontinentie / niet gespecificeerde type incontinentie is er wel een onderbouwing. Zie tabblad urge-incontinentie	2015

Tabel 24: Analyse richtlijn hormoonzalf synapause estriol bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

hormoonzalf synapause estriol		UII	NVT	Geen aanbevelingen	geen aanbevelingen		
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	vrouwen met stress-incontinentie		Medicamenteuze behandeling Medicamenteuze behandeling van SUI, bijvoorbeeld met duloxetine of systemische of lokale oestrogenen, wordt niet aanbevolen vanwege het beperkte effect en de bijwerkingen (zie Details).	Redelijk. De kwaliteit van de besproken onderzoeken wordt door de auteurs beoordeeld als redelijk. Beperkend voor de meta-analyse is dat de behandelregimes tussen onderzoeken nogal verschillen en dat de onderzoeken op uiteenlopende wijze hun uitkomsten rapporteren. Per onderzoek verschilt de invulling van het subjectieve begrip 'genezing' of 'verbetering' van incontinentie. De gehanteerde definitie is in veel onderzoeken onduidelijk, wat betrouwbare kwantificering van het effect bemoeilijkt. Er werd gecorrigeerd voor statistische heterogeniteit.	2015

4.2.6. VERWIJZING TWEEDE LIJN

Verwachting volume en variatie

De verwachting van het volume verwijzingen naar de tweede lijn op basis van de richtlijn werd geschat op hoog met daarbij ook een grote variatie. Dit geldt voor zowel verwijzingen naar de uroloog als naar de gynaecoloog. Redenen voor de variatie die werden genoemd zijn de verschillen in populatie (patiëntkenmerken en diagnose stress/urgeincontinentie) en andere verwijsmogelijkheden, bijvoorbeeld anderhalvelijnszorg.

Richtlijn

In de richtlijn staan uitgangspunten en criteria voor verwijzing. Deze stellen dat vrouwen met zowel urge- als stressincontinentie verwezen dienen te worden wanneer behandeling door huisarts of bekkenfysiotherapeut onvoldoende resultaat oplevert, of wanneer vrouwen met ernstige klachten een operatiewens hebben.

Tabel 25: Analyse richtlijn verwijzing tweede lijn bij urge-incontinentie (UII) en stressincontinentie (SUI)

Zorgactiviteit	Welke richtlijn	Type	Patientenpopulatie	Kleur aanbeveling	Aanbeveling	Vertrouwen in literatuur	Datum autorisatie module
Verwijzing Gynaecoloog	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	Vrouwen met urgency-incontinentie bij wie blaastaining en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren		Uitgangspunten Verwijs naar een uroloog of naar een gynaecoloog die ervaring en affiniteit heeft met urineincontinentie (zie Details). Bij complexe problematiek (bijvoorbeeld gecombineerde incontinentie voor urine en feces of incontinentie in combinatie met ernstige aanhoudende seksuele problematiek) heeft verwijzing naar een multidisciplinair team mogelijk meerwaarde. Lever bij verwijzing een recent mictiedagboek aan indien dit beschikbaar is. Verwijs criterium: Vrouwen met urgency-incontinentie bij wie blaastaining en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren.	niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	Vrouwen met stress incontinentie bij wie blaastaining en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren		Uitgangspunten Verwijs naar een uroloog of naar een gynaecoloog die ervaring en affiniteit heeft met urineincontinentie (zie Details). Bij complexe problematiek (bijvoorbeeld gecombineerde incontinentie voor urine en feces of incontinentie in combinatie met ernstige aanhoudende seksuele problematiek) heeft verwijzing naar een multidisciplinair team mogelijk meerwaarde. Lever bij verwijzing een recent mictiedagboek aan indien dit beschikbaar is. Vrouwen met stressincontinentie bij wie bekkenbodempieroefeningen en/of een pessarium na 3 maanden onvoldoende resultaat oplevert Vrouwen met ernstige stressincontinentie (meerdere keren per week urineverlies met veel hinder) en de wens om geopereerd te worden Vrouwen die na een eerdere operatie wegens stressincontinentie opnieuw of nog steeds last hebben van stress- of urgency-incontinentie (zie Verwijs criteria)	niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015
Verwijzing Uroloog	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	UII	Vrouwen met urgency-incontinentie bij wie blaastaining en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren		Uitgangspunten Verwijs naar een uroloog of naar een gynaecoloog die ervaring en affiniteit heeft met urineincontinentie (zie Details). Bij complexe problematiek (bijvoorbeeld gecombineerde incontinentie voor urine en feces of incontinentie in combinatie met ernstige aanhoudende seksuele problematiek) heeft verwijzing naar een multidisciplinair team mogelijk meerwaarde. Lever bij verwijzing een recent mictiedagboek aan indien dit beschikbaar is. Verwijs criterium: Vrouwen met urgency-incontinentie bij wie blaastaining en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren.	niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015
	NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46)	SUI	Vrouwen met stress incontinentie bij wie blaastaining en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren		Uitgangspunten Verwijs naar een uroloog of naar een gynaecoloog die ervaring en affiniteit heeft met urineincontinentie (zie Details). Bij complexe problematiek (bijvoorbeeld gecombineerde incontinentie voor urine en feces of incontinentie in combinatie met ernstige aanhoudende seksuele problematiek) heeft verwijzing naar een multidisciplinair team mogelijk meerwaarde. Lever bij verwijzing een recent mictiedagboek aan indien dit beschikbaar is. Vrouwen met stressincontinentie bij wie bekkenbodempieroefeningen en/of een pessarium na 3 maanden onvoldoende resultaat oplevert Vrouwen met ernstige stressincontinentie (meerdere keren per week urineverlies met veel hinder) en de wens om geopereerd te worden Vrouwen die na een eerdere operatie wegens stressincontinentie opnieuw of nog steeds last hebben van stress- of urgency-incontinentie (zie Verwijs criteria)	niet beschreven / onderbouwd met literatuur	2015

Volume en variatie van zorg in de praktijk

Uit de data blijkt dat in totaal bijna 19% van de vrouwen die zich bij de huisarts meldt met urine incontinentieklachten verwezen wordt naar de tweede lijn. De variatie in de verwijzing naar de tweede lijn is aanzienlijk, de tien praktijken die het meest verwijzen, deden dit bij 39% van de patiënten, tegenover 5% gemiddeld bij de tien praktijken die het minst verwezen.

Conclusie

De richtlijnen zijn helder en beschrijven stepped care. De variatie in verwijzing is echter aanzienlijk en het is de vraag of deze alleen aan verschillen in patiëntenpopulatie is toe te schrijven. Dat betekent dat hier mogelijk sprake is van ongewenste praktijkvariatie.

5. DISCUSSIE

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 eerstelijnszorg.

5.2. PROLAPS

In totaal zijn voor de diagnose, behandeling en verwijzing van prolaps zes zorgactiviteiten geëvalueerd. Vanuit de geldende richtlijnen werd er voor twee activiteiten aanbevelingen gevonden, namelijk over het gebruik van een pessarium en verwijzing naar de bekkenfysiotherapeut. Voor alle andere zorgactiviteiten waren er geen aanbevelingen. Voor alle activiteiten, met uitzondering van het

urineonderzoek en verwijzing naar de bekkenfysiotherapeut, werd door de huisartsen verwacht dat de praktijkvariatie hoog is. Uit de huisartsendata blijkt dat er verschillen bestaan in de mate waarin er behandeld wordt in de eerste lijn (gedefinieerd als de duur van de episode en het aantal consulten tijdens een episode), en de verwijzingen naar de tweede lijn. De variatie is aanzienlijk en mogelijk groter dan alleen verklaard kan worden aan de hand van verschillen in populatie. Dat betekent dat hier mogelijk sprake is van ongewenste praktijkvariatie.

Mogelijk draagt het ontbreken van een richtlijn specifiek voor huisartsen bij aan de geobserveerde variatie. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de NVOG richtlijn dat een pessarium wel wordt aanbevolen als primaire behandeling voor prolaps, maar niet waar deze behandeling moet worden geïnitieerd: is dat de eerste lijn of de tweede lijn? Ook ontbreken nu aanbevelingen of criteria voor verwijzing naar de tweede lijn.

In een rapport over vrouwspecifieke aandoeningen, schrijft het Nivel als aanbeveling dat vrouwen met prolaps relatief veel worden verwezen, maar dat een pessarium bij de huisarts mogelijk ook uitkomst kan bieden [12]. Ook in het verbeter signalement bekkenbodemplachten van het Zorginstituut Nederland wordt vermeld dat het plaatsen van het pessarium in principe eerstelijnszorg is, maar dat blijkt dat plaatsing vooral in de ziekenhuizen gebeurt [1]. In de reactie van de NHG op dat signalement wordt gesteld, dat een betaaltitel voor het plaatsen van een pessarium in de eerste lijn bij kan dragen aan het vaker uitvoeren van die zorg in de eerste lijn. Daarnaast moeten patiënten zelf voor het pessarium betalen wanneer deze in de eerste lijn wordt geplaatst, terwijl dit in de DBC prijs is opgenomen bij plaatsing in de tweede lijn.

De geraadpleegde huisartsen in dit project geven tot slot nog een aantal andere verklaringen voor de gevonden praktijkvariatie: verschil in affiniteit en kennis, ontbreken van laagdrempelige verwijzingsmogelijkheden in de eerste lijn en de mogelijkheid tot verwijzen naar de tweede lijn. Het is de vraag of een specifieke eerstelijns richtlijn, deze aspecten voldoende adresseert.

Bij een proef met 75 huisartsen van de Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken (Zorroo), bleek dat de inzet van een kaderhuisarts urogynaecologie leidde tot minder verwijzingen naar de tweede lijn bij patiënten met prolaps. Deze proef laat zien dat vormen van lokale samenwerking kunnen bijdragen aan meer passende zorg [13]. Echter, de impact van dit soort initiatieven kunnen waarschijnlijk niet met de huidige dataverzameling onderzocht of beschreven worden, vanwege het ontbreken van volledige data per regio.

5.3. URINE-INCONTINENTIE

Bij de diagnose urine-incontinentie zijn in totaal zeven zorgactiviteiten geanalyseerd die uitgevoerd kunnen worden op de huisartsenpraktijk op voor de diagnose, behandeling en verwijzing. Voor elk van deze activiteiten is geanalyseerd wat de richtlijn aanbeveelt voor stressincontinentie en voor urge-incontinentie.

Bij de behandeling van vrouwen met urine-incontinentie bij de huisarts vinden we ook verschillen in de behandeling tussen de verschillende huisartsenpraktijken. Het precies in kaart brengen van verschillen is echter lastig omdat er in de patiëntendossiers niet altijd is vastgelegd van welk type incontinentie sprake is. Omdat er voor de verschillende typen incontinentie, verschillende behandelopties zijn, is het noodzakelijk dit onderscheid wel te maken. Het is dus mogelijk dat de gevonden verschillen tussen de praktijken, veroorzaakt worden door de verschillen in verhouding tussen stress- en urge-incontinentie bij de huisartsenpraktijken.

Voor zowel stress- als urge-incontinentie is in de richtlijnen vastgelegd welke behandeling er bij de huisarts kan plaatsvinden. Op basis hiervan zou de verwachting zijn dat er meerdere consulten nodig zijn in de eerste lijn: verwijzing vindt immers pas plaats als de aanpak in de eerste lijn niet heeft geholpen. Het gemiddelde aantal consulten voor deze diagnose bedraagt 1.9, en in de 10 praktijken met de minste consulten was dit gemiddeld 1.3. Dit sluit aan bij eerder onderzoek dat is uitgevoerd op basis van volledige patiëntendossiers [14]. Uit deze studie bleek dat er niet altijd behandeling wordt gestart door de huisarts en dat er veel patiënten direct worden doorgestuurd. De richtlijnen voor urine incontinentie bij vrouwen zijn dus wel duidelijk in hun aanbeveling maar lijken in de praktijk niet optimaal gebruikt te worden.

Ook hier geven de geraadpleegde huisartsen in dit project geven tot slot nog een aantal andere verklaringen voor de gevonden praktijkvariatie: verschil in affiniteit en kennis, ontbreken van laagdrempelige verwijzingsmogelijkheden in de eerste lijn en de mogelijkheid tot verwijzen naar de tweede lijn.

5.4. LIMITATIES

De data zijn afkomstig uit patiëntendossiers, welke in eerste instantie dienen als ondersteuning voor de huisarts, en bekend is dat dergelijke data niet altijd een volledig beeld geven. Voor zowel prolaps als urine incontinentie kan er oefentherapie of bekkenfysiotherapie ingezet worden als behandeling in de eerste lijn. Dit kan worden uitgevoerd door de huisarts of door een bekkenfysiotherapeut. Omdat we geen inzicht hebben in de mate van verwijzing naar de bekkenfysiotherapeut is het op basis van deze data niet te bepalen bij welk deel van de patiënten deze behandeling mogelijk is ingezet. We kunnen alleen uitspraken doen over de mate van behandeling door de huisarts zelf.

6. CONCLUSIE

Prolaps

Momenteel is er geen specifieke richtlijn voor huisartsen ten aanzien van de behandeling van prolaps. De huidige richtlijn die gebruikt wordt (Multidisciplinaire RL op initiatief van de NVOG), laat op sommige punten nog ruimte voor interpretatie, of geeft geen aanbevelingen. De data uit de praktijk laat zien dat er verschillen bestaan tussen de huisartsenpraktijken in het aantal consulten, de behandelduur, en de verwijzingen naar de tweede lijn. Mogelijk speelt het gebrek aan een specifieke richtlijn een rol in de praktijkvariatie van de behandeling van prolaps in de huisartsenzorg. In welke mate kennisgevingen een rol spelen voor de afwezigheid van een richtlijn voor prolaps, is onbekend.

Urine-incontinentie

Het onderzoeken van praktijkvariatie van bekkenbodempzorg in de eerste lijn in samenhang met de richtlijnen is in lastig gebleken. De gebruikte data is in eerste instantie niet verzameld voor (dit type) onderzoek, maar voor administratieve doeleinden. Als gevolg bevatte de data in het geval van urine-incontinentie bijvoorbeeld niet altijd de juiste informatie over het type urine-incontinentie. Omdat voor de verschillende typen, verschillende behandelopties zijn, is het wel noodzakelijk dit onderscheid te maken.

7. LITERATUURLIJST

1. Nederland, Z., *Verbetersignalement Zinnige Zorg bij vrouwen met bekken- bodemklachten*. 2020, 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. Gibbons, D.C., et al., *Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery?* Journal of the Royal Society of Medicine, 2012. **105**(10): p. 422-8.
5. Wong, J.W., B.E. Kaneshiro, and I.A. Oyama, *Primary Care Physician Perceptions of Female Pelvic Floor Disorders*. Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health, 2019. **78**(4): p. 132-136.
6. 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.
7. 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.
8. Teunissen, D., et al., *NHG-standaard: Incontinentie voor urine bij vrouwen*. 2015, Nederlands Huisartsen Genootschap.
9. Labrie, J., et al., *Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence*. The New England journal of medicine, 2013. **369**(12): p. 1124-33.
10. L. Verberne, R.V., L.F. Interma, *Huisartsenzorg aan patiënten met urineweginfecties: diagnostiek en behandeling*. 2020, Nivel: Utrecht.
11. Mark Nielen, R.D., Martin Gommer, René Poos, Robert Verheij, *Berekening morbiditeitscijfers op basis van Nivel Zorgregistraties eerste lijn*. 2016, Nivel: Utrecht.
12. Heins, M. and B. Knottnerus, *Kennisvraag: Komt een vrouw bij de huisarts. Vrouwspecifieke aandoeningen in de huisartsenpraktijk*. 2024, Nivel: Utrecht.
13. Nouwens, J., et al., *Een kaderhuisarts urogynaecologie in de eerste lijn*. Huisarts en wetenschap, 2019. **62**(5): p. 47-50.
14. Schreuder, M.C., et al., *Primary care diagnostic and treatment pathways in Dutch women with urinary incontinence*. Scandinavian journal of primary health care, 2022. **40**(1): p. 87-94.

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.

Zonder de schriftelijke toestemming van de NVOG is het niet toegestaan de inhoud te kopiëren; contact kwaliteit@nvog.nl.

De NVOG staat 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: kwaliteit@nvog.nl).

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

I: www.nvog.nl

E: kwaliteit@nvog.nl