

Variatie in bekkenbodempzorg door regionale verschillen in samenwerking eerste lijn en tweede lijn – november 2025

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	10
2.1.	Achtergrond project	10
3.	Methode	13
3.1.	Data	13
3.1.1.	Huisartsenzorg	13
3.1.2.	Fysiotherapie	15
3.1.3.	Verstrekingen pessaria	15
3.1.4.	Ziekenhuiszorg	16
3.2.	Indicatoren	17
3.3.	Regiobeelden	17
3.4.	Geaggregeerde indicatoren	17
4.	Resultaten	19
4.1.	Indicatoren	19
4.1.1.	Huisartsenzorg	19
4.1.2.	Fysiotherapie	20
4.1.3.	Verstrekingen Pessaria	21
4.1.4.	Ziekenhuiszorg	21
4.2.	Geaggregeerde indicatoren	21
4.2.1.	Prolaps	21
4.2.2.	Urine-incontinentie	24
5.	Discussie	26
6.	Conclusie	28
7.	Literatuurlijst	29
8.	Bijlage 3: Leeswijzer Regiobeelden	30

1. SAMENVATTING

Achtergrond van het project

a. Doel project

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

b. Variatie in bekkenbodempzorg

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

c. Onderdelen project

Dit project wil regionale variatie in bekkenbodempzorg beter begrijpen en verklaren. Dit gebeurt aan de hand van 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 ondervertegenwoordiging van duo- en niet-stedelijke praktijken, maar beperkte representativiteit op regioniveau. Patiënten zijn geselecteerd op geslacht (vrouw), leeftijd (>18 jaar) en ICDPC-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 behandelapproach. Toekomstig onderzoek moet zich richten op correcties voor patiënt- en zorgaanbodkenmerken en diepere analyses naar regionale afspraken in de zorg.

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

a. Doel

Dit onderzoek heeft als doel te bepalen in hoeverre variatie in zorg binnen de huisartsenpraktijk wordt veroorzaakt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in de richtlijnen. Specifiek wordt gekeken naar de toepassing van zorgactiviteiten bij bekkenbodempzorg, 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 bekkenbodemp Zorg 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 bekkenbodemp Zorg. 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 geïdentificeerd, is gekeken naar het volume van de interventies. Zorgactiviteiten met een hoog volume (minimaal 500 per jaar) zijn kansrijk voor landelijke de-implementatie, terwijl interventies met een volume tussen 50 en 500 vooral lokaal aangepakt kunnen worden. Daarnaast is monitoring met spiegelgesprekken aanbevolen voor zorgactiviteiten waarbij de behandelvariatie hoog is (meer dan een factor 10 verschil tussen ziekenhuizen) en waarbij het om meer dan 500 behandelingen per jaar gaat.

d. Aanbevelingen verbeteren bekken bodemzorg

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

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

Er zijn wel een aantal randvoorwaarden

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

e. Bruikbaarheid van de ontwikkelde methode voor andere aandoeningen

Het ontwikkelde instrument maakt het mogelijk om op systematische wijze praktijkvariatie in de 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 plaatsvindt, en gericht is op gezondheid [1]. Het gevolg van dit kader is dat de zorg voor patiënten met dezelfde klachten kan verschillen. Dat zorg verschilt tussen patiënten met vergelijkbare klachten is bekend, maar door dit normenkader is het niet eenvoudig te bepalen of verschillen het gevolg zijn van toepassing van dat kader, of het gevolg is van ongewenste factoren [2]. Deze factoren kunnen bestaan uit behandelvoorkeuren van zorgprofessionals of bijvoorbeeld verschillen in samenwerking tussen eerste lijn en tweede lijn, waardoor er verschillen zijn in de populaties, die in het ziekenhuis terecht komen.

In dit pilotproject, dat is geïnitieerd vanuit 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, richtlijnen en hun samenhang. Uiteindelijk doel is om deze variatie nader te ontleden, om vervolgens tot verbetermaatregelen te komen. Er is gekozen voor de analyse van bekkenbodempzorg in Nederland, welke wordt verricht door huisartsen, bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen en urologen.

- 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 bij stress urine -incontinentie en prolaps veel variatie is in de behandeling, als gevolg van verschillen in regionale samenwerking tussen eerste en tweede lijn enerzijds en verschillen in behandelaanpak in eerste en tweede lijn anderzijds [1].

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.

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

Urine-incontinentie komt voor bij ongeveer een kwart tot de helft van de volwassen vrouwen in Nederland [6]. Er zijn verschillende varianten van urine-incontinentie te onderscheiden, namelijk

aandring (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, continentie tampons of bekkenfysiotherapie) of operatief. Onderzoek heeft aangetoond dat bij matig tot ernstige stressincontinentie de operatieve behandeling het meest effectief is [7].

Er zijn dus verschillende behandelingen mogelijk bij stress- en urge-incontinentie en bij prolaps. Het belangrijkste verschil is allereerst conservatief vs. operatief. Binnen prolapschirurgie kan vervolgens ook onderscheid gemaakt worden in een tweetal grove categorieën: (1) uterus (baarmoeder) sparend versus niet uterus sparende operaties voor prolaps van het middelste compartiment (baarmoeder); (2) vaginale chirurgie versus laparoscopische chirurgie (met mesh/implantaat). Van beide categorieën behandelvarianten ontbreekt een actueel overzicht. Ook is onduidelijk welke diagnostiek en behandeling in lijn met de richtlijnen zijn en welk deel daarvan afwijkt.

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 bekkenbodembodemzorg" is het ontwikkelen van indicatoren, die de zorgpaden voor prolaps en stress-urge-incontinentie op een zodanige manier inzichtelijk maken, dat daarmee duidelijk wordt wat de reden is van gewenste of 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), Heelkunde, MDL-artsen, NVVS en Zorgverzekeraars Nederland. Marian Engberts (voorzitter van de WBB) is voorzitter van de begeleidingscommissie. In de fase van de interpretatie zijn een aantal deskundigen buiten de begeleidingscommissie geraadpleegd.

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

Vraag	Aanpak
1) Welk deel van de variatie in zorg komt door verschillen in regionale samenwerking?	In kaart brengen van de variatie in de eerste en tweedelijnszorg met indicatoren op niveau zorgkantoorregio en een analyse van de mate waarin deze variatie het gevolg kan zijn van verschillen in samenwerking.
2) Welk deel van de variatie in zorg komt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in richtlijnen?	In kaart brengen van de variatie tussen ziekenhuizen/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 vervolgvactiteiten te ontplooiën, waar zij dat noodzakelijk achten.

Dit deelrapport betreft vraag 1. Er zijn daarnaast nog twee andere rapporten over vraag 2: één specifiek voor de huisartsenzorg, en één voor de MSZ. 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

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 ZIN, 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.*

In dit onderzoek kijken we naar drie soorten praktijkvariatie

- 1) Variatie in het behandelgedrag van de huisarts, bekkenfysiotherapeut en voorschrijven van pessarium in de eerste lijn.
- 2) Variatie in de mate waarin vrouwen tweedelijnszorg gebruiken
- 3) Variatie in de aard van de tweedelijnszorg.

In de methodesectie is de ontwikkeling en berekening van de indicatoren weergegeven. Deze beschrijven de zorgpaden in zowel de eerste als de tweede lijn. De indicatoren hebben als doel om inzicht te krijgen in de mate waarin regio's verschillen: vindt de behandeling van bekkenbodemplachten in de eerste lijn plaats of juist in de tweede lijn? Ook geeft het inzicht in de mate waarin de tweede lijn conservatief of juist invasief behandelt en hoe zich dat verhoudt tot behandeling in de eerste lijn. De resultaten zijn besproken tijdens verschillende bijeenkomsten met de werkgroep.

3. METHODE

3.1. DATA

Vanuit verschillende bronnen is data aangevraagd om inzicht te krijgen in de variatie tussen eerstelijns en tweedelijns bekkenbodempzorg. Elke databron is hieronder apart beschreven.

3.1.1. HUISARTSENZORG

De huisartsenzorgdata zijn via het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) verkregen vanuit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Deze dataset bevat ongeveer 10% van de Nederlandse huisartsenpraktijken. De opbouw van deze steekproef naar leeftijd en geslacht is representatief voor de totale populatie van patiënten in het gehele land [8, 9]. Qua huisartsenpraktijken is er een lichte ondervertegenwoordiging van duo praktijken. Ook is er enigszins een ondervertegenwoordiging van praktijken in zeer sterk stedelijke en niet stedelijke gebieden, en een lichte oververtegenwoordiging van praktijken in sterk stedelijke gebieden [8]. Voor dit onderzoek waren data beschikbaar van de jaren 2015 tot en met 2020. De aangeleverde dataset omvatte gegevens over verrichtingen, metingen en journaalregistraties op patiëntniveau en patiënten aantallen op praktijkniveau.

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).

Selectie populatie

Nivel voerde een eerste kwaliteitscontrole uit op de dataset, deze is beschreven in Kader 1. Vervolgens zijn de patiënten geselecteerd op basis van geslacht (vrouw), leeftijd (>18 jaar) en de voor hen geregistreerde ICPC-codes (International Classification of Primary Care), X87 voor prolaps en U04 voor urine-incontinentie. In deze laatste categorie was het niet mogelijk om verder onderscheid te maken tussen stressincontinentie en urge-incontinentie, dus deze groep omvat beide diagnoses.

De volgende selectieprocedure wordt gehanteerd:

Per praktijk wordt de kwaliteit van registratie over een periode van maximaal 3 jaar (rapportagejaar en de twee jaren ervoor) bepaald. Per jaar kan een praktijk maximaal 2 punten scoren:

- 1 punt voor minimaal 46 weken registratie, en
- 1 punt voor het minimaal in 70% van alle zorgepisodes / contacten met de huisartsenpraktijk registreren van een ICPC-code.

Praktijken moeten voor inclusie voldoen aan de volgende drie criteria:

- 1a) 3 jaar registratie met minimaal 4 van de 6 kwaliteitspunten, of
- 1b) 2 jaar registratie (in het rapportagejaar en het jaar ervoor) met minimaal 3 van de 4 kwaliteitspunten
- 2) een volledig geregistreerd eerste kwartaal in het rapportagejaar
- 3) minimaal gegevens van 500 patiënten in het rapportagejaar

Kader 1: Beschrijving kwaliteitscontrole Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn,

Omdat beide ziektebeelden door het Nivel worden bestempeld als langdurig, zijn alleen huisartspraktijken geïnccludeerd waarvan minimaal 3 opeenvolgende jaren data beschikbaar waren in de dataset om ervoor te zorgen dat er voldoende informatie is over de voorgeschiedenis van de patiënt [9]. Om alleen de groep nieuwe patiënten mee te nemen in de analyse, zijn ten slotte alleen patiënten geïnccludeerd, die in het voorgaande jaar niet bij de huisarts zijn geweest voor deze klachten. Qua absolute aantallen is dat dus een onderschatting van het totaal aantal patiënten dat in de huisartsenpraktijk behandeld wordt voor deze klachten. De resultaten geven dus een beeld van de nieuwe patiënten die zich bij de huisarts presenteren met prolaps of urine-incontinentie klachten.

Constructie episodes

Om weer te geven welke zorg is geleverd in de huisartsenpraktijk, zijn voor elke patiënt de zorgactiviteiten onderverdeeld in zogenaamde ziekte-episodes, aan de hand van een vastgestelde klachtenvrije periode van één jaar. Het volledige proces van het construeren van de episodes wordt beschreven door het Nivel [9]. In deze methode wordt per patiënt het aantal contacten met de huisarts achter elkaar gezet. Als er meer dan een jaar tussen deze contacten zat, wordt dit gezien als twee verschillende episodes. Een patiënt kan dus meerdere episodes hebben voor dezelfde klacht. Het totaal aantal geïnccludeerde praktijken en patiënten is per jaar weergegeven in tabel 1.

Per jaar kan de data van de geïnccludeerde praktijken, en daarmee patiënten, verschillen, omdat niet van alle praktijken voor elk jaar volledige data beschikbaar is. Daarmee kan dus ook de follow-up tijd per patiënt verschillen. Omdat de gemiddelde episodeduur respectievelijk 110 dagen en 66 dagen betreft voor prolaps en urine-incontinentie, is een follow-up van een jaar voldoende om voor het grootste gedeelte van de patiënten het volledige zorgproces in kaart te brengen. Omdat 2020 het laatste jaar is waarin data beschikbaar was, hebben de patiënten die zich in dat jaar bij de huisartsenpraktijk presenteerden met klachten, een beperkte follow-up. Daarnaast kan een praktijk bijvoorbeeld wel verwijsgegevens aanleveren, maar geen data over laboratoriummetingen. Om een zo compleet mogelijk beeld te genereren is besloten om geen praktijken te excluderen, maar per indicator alle praktijken mee te nemen die daarvoor de relevante data hebben aangeleverd.

Tabel 1: Beschrijving dataset huisartsenzorg

Ziektebeeld (Code)	2016	2017	2018	2019	2020
Prolaps (X87)					
Aantal patiënten	2579	3145	3450	3281	2386
Aantal praktijken	266	288	321	295	258
Urine-incontinentie (U04*)					
Aantal patiënten	3935	4900	5137	4577	
Aantal praktijken	273	289	322	296	261

* In de dataset kan geen onderscheid worden gemaakt tussen stressincontinentie en urge-incontinentie; deze groep bevat dus beide diagnoses.

3.1.2. BEKKENFYSIOTHERAPIE

Data over fysiotherapiebehandelingen zijn afkomstig van de LDF (Landelijke Database Fysiotherapie). Deze dataset is samengesteld uit behandeldata, die fysiotherapeuten vrijwillig maandelijks aanleveren aan de landelijke database. De dataset bevat gegevens over behandel episodes, verrichtingen en praktijkgegevens. Data waren beschikbaar voor behandel episodes die gestart zijn in 2016 tot en met 2020. Het totaal aantal geïnccludeerde praktijken en patiënten die bekkenfysiotherapie ondergingen, is per jaar weergegeven in Tabel 2. Over de jaren heen is het aantal praktijken, en daarmee het aantal patiënten, fors toegenomen. Bij de interpretatie van de resultaten over de jaren heen dient hier rekening mee worden gehouden.

Selectie populatie

Informatie over patiënten is aangeleverd op basis van de DCSPH (Diagnose Codering Systeem Paramedische Hulp)-codes 6489 en 6486 voor prolaps en urine-incontinentie, respectievelijk. In deze laatste groep was het niet mogelijk om verder onderscheid te maken naar het type incontinentie; deze groep bevat dus beide diagnoses. Vervolgens zijn alleen vrouwen ouder dan 18 jaar (bij aanvang van de behandeling) geselecteerd.

Missende waarden

De dataset bevatte veel missende waarden in bepaalde variabelen. Een deel hiervan werd veroorzaakt door een probleem met een bepaalde softwareleverancier, waardoor niet alle variabelen zijn overgenomen. Voor het overige deel van de missende waarden zien we dat deze vooral op praktijkniveau ontbraken. Praktijken hebben dus ofwel bijna volledige data aangeleverd, ofwel data met waarden die compleet ontbreken. Daarom is besloten om episodes met een missende waarde die relevant is voor een bepaalde indicator, te excluseren voor de berekening van die indicator.

Tabel 2: Beschrijving dataset bekkenfysiotherapie

Ziektebeeld (Code)	2016	2017	2018	2019	2020
Prolaps (6489)					
Aantal patiënten	1987	2806	4256	5166	5312
Aantal praktijken	201	254	279	318	346
Urine-incontinentie (6486)					
Aantal patiënten	1431	1981	3008	3638	3068
Aantal praktijken	210	247	309	330	319

3.1.3. VERSTREKKINGEN PESSARIA

Gegevens over verstrekkingen van pessaria zijn opgevraagd via SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen). Deze dataset bevat gegevens van verstrekkingen van geneesmiddelen via openbare apotheken. Bijna alle openbare apotheken (98%) leveren data aan SFK.

Desondanks levert deze dataset geen compleet beeld van het landelijk gebruik van pessaria, omdat gegevens van ziekenhuisapotheken en instellingen, die bekostigd worden vanuit de Wet langdurige zorg, niet zijn meegenomen. Daarnaast zijn pessaria die door de patiënten zelf worden gekocht, ook niet meegenomen in deze cijfers. De aangeleverde data omvatten alle verstrekkingen van artikelen die vallen onder de G-standaard: productgroep PE – Pessaria (behalve de artikelen die vallen onder ATC5-code: G02BA02 (koperspiraal)) tussen 2015 en 2020 per zorgkantoorregio. Dat was noodzakelijk in verband met de eventuele herleidbaarheid van de data.

3.1.4. ZIEKENHUISZORG

De data van ziekenhuiszorg zijn afkomstig van VEKTIS. Deze dataset omvat bijna alle (~98%) declaraties van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De data waren beschikbaar voor de jaren 2016 tot en met 2020 via het CBS-microdata portaal. De dataset bevat op patiëntniveau gegevens over het zorggebruik in de tweede lijn.

Selectie populatie

Voor elk van de jaren in de dataset is vanuit de GBA (Gemeentelijke Basis Administratie) dataset bepaald welke personen in Nederland ouder dan 18 jaar en vrouw zijn. Voor deze personen zijn alle gegevens van de zorgproducten en -activiteiten binnen de relevante zorgpaden in de eerste en tweede lijn (gynaecologie: DOT prolaps/incontinentie: G25, urologie: DOT stressincontinentie/prolaps: 034 en urge-incontinentie/OAB: 035) verzameld.

Constructie episodes

Voor de ziekenhuiszorgdata zijn ook episodes geconstrueerd om het zorgpad in de eerste en tweede lijn van nieuwe patiënten in kaart te brengen. De start van de episodes is gebaseerd op de declaratiecodes 190060 (eerste polikliniekbezoek), 190162 (belconsult ter vervanging van eerste polikliniekbezoek) en 190167 (schriftelijke consultatie ter vervanging van eerste polikliniekbezoek). Bij patiënten die meer dan één eerste polikliniekbezoek hadden, is het eerste geregistreerde bezoek als start van de episode genomen. Het totaal aantal geïnccludeerde instellingen en patiënten is per jaar weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Beschrijving dataset ziekenhuiszorg

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

Datakoppeling

De datasets die verkregen zijn via het Nivel en VEKTIS bevatten het (gepseudoniemiseerde) burgerservicenummer (BSN) van elk individu. Voor deze datasets was het hierdoor mogelijk om deze met behulp van een trusted third party aan elkaar te koppelen. De overige datasets (KNGF, SFK) bevatten deze informatie niet en zijn dus niet gekoppeld. Deze data zijn op zorgkantoorregio geanalyseerd.

3.2. INDICATOREN

In samenwerking met de werkgroep zijn procesindicatoren opgesteld, apart voor prolaps en urine-incontinentie, die het gebruik van zorg(activiteiten) meten binnen het volledige zorgtraject in de eerste en tweede lijn. Voor elke indicator is er een theoretisch geschikte teller en noemer bepaald. De indicatoren die betrekking hebben op de diagnostische en operatieve zorgactiviteiten in de tweede lijn zijn afgezet tegen twee verschillende noemers: het totaal aantal vrouwen in de regio en het aantal vrouwen met een eerste policontract. Hierdoor kan per zorgactiviteit worden bekeken hoe vaak een bepaalde verrichting voorkomt, zowel in absolute zin (gerelateerd aan het totaal aantal vrouwen in de regio) als in relatieve zin (gerelateerd aan het aantal nieuwe patiënten dat in de tweede lijn werd behandeld). Deze waarden zijn ruw en dus niet gecorrigeerd voor de verschillen in populatie tussen de verschillende regio's. In dit rapport zijn de landelijke waarden van de indicatoren uit 2019 (meest recente jaar in de dataset waarbij COVID-19 geen invloed had) gerapporteerd en weergegeven per type zorg (huisartsenzorg, bekkenfysiotherapie en ziekenhuiszorg). De indicatoren die in elke regio voldoende waarnemingen hadden, bevatten naast de landelijke waarden ook de waarden van de zorgkantoorregio's met de hoogste en de laagste waarden. Dit is gedaan om ook een beeld van de spreiding te geven. Alle indicatoren uitgesplitst per zorgkantoorregio zijn in een aparte bijlage gerapporteerd (Bijlage 2). De indicatoren zijn gebaseerd op de ruwe waarden omwille van transparantie en het eenvoudig interpreteren van de resultaten. Daarbij zou correctie van de indicatoren de schijn wekken, dat het voor alle relevante factoren gelukt is om te kunnen corrigeren. Echter ontbreken data over relevante patiëntkenmerken voor deze ziektebeelden, zoals pariteit en gewicht, en aanbod factoren, zoals wachtlijsten en afstand tot de zorgverlener.

3.3. REGIOBEELDEN

Om per regio een beeld te krijgen welke zorg wordt geleverd, zijn alle indicatoren per zorgkantoorregio weergegeven. Dit is analoog aan de regiobeelden in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Deze indeling is gebaseerd op de uitvoering van de Wet langdurige zorg door de zorgkantoren. In onze dataset vindt 77% van de verwijzingen tussen de eerste en tweede lijn plaats binnen deze regio's. Patiënten zijn toegewezen aan een specifieke zorgkantoorregio op basis van het adres waar zij woonden ten tijde van de behandeling.

3.4. GEAGGREGEEERDE INDICATOREN

De indicatoren geven inzicht in geleverde zorg op het niveau van een zorgactiviteit. Om inzicht te krijgen in het behandelpatroon in bepaalde regio's, zijn diverse zorgactiviteiten geclusterd volgens onderstaand schema. De gepresenteerde data zijn afkomstig uit 2019, het meest recente jaar in de dataset waarin COVID-19 geen invloed had.

Voor alle clusters zijn de waarden weergegeven ten opzichte van twee maten: het totaal aantal vrouwen, dat in de regio woont, en het totaal aantal patiënten, dat voor het eerst in de tweede lijn werd behandeld voor prolaps. Hierdoor kan per cluster van geleverde zorg worden bekeken hoe vaak dat type zorg in een regio voorkomt, zowel in absolute zin (gerelateerd aan het totaal aantal vrouwen in de regio) als in relatieve zin (gerelateerd aan het aantal nieuwe patiënten dat in de tweede lijn werd behandeld). Deze waarden zijn ruw en dus niet gecorrigeerd voor de verschillen in populatie tussen de verschillende regio's.

Naam	Zorgactiviteiten
Prolaps	
Vrouwen met een eerste policonsult	190060, 190164, 190167
Vrouwen met een diagnostische verrichting	39492, 39870, 39876, 87097
Vrouwen met een operatieve verrichting	37347, 37263, 37264, 37268, 37269, 37370, 37380, 37381, 37382, 37383, 37384, 37385, 37386, 37111, 37113, 37131, 37265, 37266
Vrouwen met een hysterectomie	37111, 37113, 37131, 37265, 37266
Urine-incontinentie	
Vrouwen met een eerste policonsult	190060, 190164 of 190167
Vrouwen met een diagnostische verrichting	39492, 39859, 39870, 39876, 87097, 39865
Vrouwen met een operatieve verrichting voor stressincontinentie (SUI)	37346, 37347, 37348, , 36461
Vrouwen met een operatieve verrichting voor urge incontinentie (UUI)	36259, 36260, 36264, 39445, 39446, 39887, 38840, 38842, 190374, 39885

4. RESULTATEN

4.1. INDICATOREN

De lijst met indicatoren is weergegeven in Bijlage 1. Van de 139 conceptindicatoren die vooraf zijn opgesteld, was het mogelijk om er 96 te berekenen: 48 voor prolaps en 48 voor urine-incontinentie. Redenen voor het niet kunnen berekenen van indicatoren waren het ontbreken van zorgactiviteiten of declaratiecodes en het ontbreken of niet kunnen koppelen van data. Deze bijlage bevat twee tabbladen, één genaamd 'Prolaps' voor de indicatoren voor prolaps en één genaamd 'UI' voor de indicatoren voor urine-incontinentie. Voor beide ziektebeelden is voor elke indicator een uitleg weergegeven en de manier waarop deze berekend is (met de gebruikte teller en noemer) en eventuele extra bewerkingen, onder 'Extra'.

In Bijlage 2 zijn alle uitgerekende indicatoren weergegeven per zorgkantoorregio. Bijlage 2 bevat twee tabbladen, één genaamd 'Prolaps' voor de indicatoren voor prolaps en één genaamd 'UI' voor de indicatoren voor urine-incontinentie. In deze twee tabbladen kan rechtsboven (Excel-cel C2) de indicator gekozen worden. Vervolgens verschijnt de uitleg van de indicator en hoe deze berekend is, met bijbehorende teller en noemer. Daaronder staan vervolgens nog twee tabellen. In de linker tabel staat per zorgkantoorregio de waarde van elke indicator weergegeven, waarbij de noemer. In de laatste regel van beide tabellen staan de landelijke gemiddeldes over de jaren heen (Excel-rij 42).

Voorbeeld indicator eerste lijn

Een voorbeeld van een indicator van de eerstelijnszorg is p11, die weergeeft welk deel van de patiënten dat met prolapsklachten bij de huisarts komt, verwezen wordt naar de gynaecoloog. In de zorgkantoorregio 'Amstelland en de Meerlanden' was dit in 2016 45% (Excel-cel C10).

Voorbeeld indicator tweede lijn

Volgens indicator p32, als voorbeeld van een indicator uit de tweede lijn, kreeg in zorgkantoorregio Utrecht gemiddeld 3,06 van de 1000 vrouwen met prolaps een (bekkenbodem)echografie in 2016 (Excel-cel C30). In de rechter tabel is, van de vrouwen die in de tweede lijn terechtkomen, bepaald wat het aandeel is van vrouwen met prolaps dat jaarlijks (bekkenbodem)echografie krijgt. Bijvoorbeeld, volgens indicator p32 kreeg in zorgkantoorregio Utrecht gemiddeld 73% van de vrouwen dat in 2016 in tweede lijn terecht kwam een (bekkenbodem)echografie (Excel-cel J30).

Regiobeelden

In het tabblad 'Regiobeeld' zijn de waarden van de indicatoren weergegeven voor elke zorgkantoorregio apart, met daarbij ook de landelijk gemiddeldes. Links bovenaan in dit tabblad kunnen de zorgkantoorregio en het jaar worden geselecteerd. Daaronder staan in de linker tabel de indicatoren voor prolaps en in de rechtertabel de indicatoren voor urine-incontinentie. Verder bevat dit tabblad voor zowel prolaps als urine-incontinentie diverse grafische weergaven van de indicatoren. Deze worden in Bijlage 3 met een voorbeeld van de interpretatie van de regiobeelden nader toegelicht.

4.1.1. HUISARTSENZORG

Prolaps

In totaal omvatte de dataset in 2019 informatie van 2993 vrouwen die de huisarts bezochten voor klachten gerelateerd aan prolaps. Gemiddeld was dit 2,4 per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk.

De duur van een ziekte-episode bedroeg gemiddeld 110 dagen, waarin vrouwen gemiddeld 2,3 consulten hadden. Bij 7%¹ van de vrouwen werd urineonderzoek geregistreerd. Ongeveer de helft van de vrouwen werd uiteindelijk verwezen naar de tweede lijn, waarvan de meerderheid naar de gynaecoloog (44,5%).

Urine-incontinentie

In de dataset was in 2019 informatie beschikbaar van 4913 vrouwen die de huisarts bezochten voor urine-incontinentie, hierin zijn zowel stressincontinentie als urge-incontinentie meegenomen. Per 1000 ingeschreven patiënten waren dat er gemiddeld 3,4. Een episode duurde gemiddeld 66 dagen en in deze periode hadden vrouwen gemiddeld 1,9 consulten. Bij 8%¹ van de vrouwen werd urineonderzoek uitgevoerd. 9% van de vrouwen werd doorverwezen naar de gynaecoloog en 11% naar de uroloog.

Tabel 4: Overzicht indicatoren huisartsenzorg landelijk (2019), (minimum – maximum)

Indicator	Prolaps	Urine-incontinentie	
Aantal vrouwen dat de huisarts bezoekt	2,4 (0,9 - 3,2)	3,4 (2,2 - 4,8)	Per 1000 patiënten
Gemiddelde episode duur	110 (18 – 227)	66 (11 – 106)	Dagen
Gemiddeld aantal consulten tijdens episodes	2,3 (1,2 – 3,0)	1,9 (1,4 – 2,4)	Consulten
Urineonderzoek	7% ¹	8% ¹	Percentage
Verwijzing gynaecoloog	45% (25% - 61%)	9%	Percentage
Verwijzing uroloog	4%	11%	Percentage
Verwijzing totaal (uroloog + gynaecoloog)	45% (25% - 65%)	17%	Percentage

4.1.2. BEKKENFYSIOTHERAPIE

Prolaps

In 2019 waren er 5166 vrouwen uit 318 praktijken, die een behandeling kregen voor prolaps bij de bekkenfysiotherapeut. Ongeveer de helft van hen (51%) startte een behandeling zonder een verwijzing. Van de vrouwen die wel werden verwezen, kreeg het grootste gedeelte (71%) een verwijzing van de huisarts. Bijna alle zittingen (99%) werden niet vergoed vanuit de basisverzekering en kwamen dus voor de rekening van de aanvullende verzekering of van de patiënt zelf.

Urine-incontinentie

In de dataset bevonden zich in 2019 3638 vrouwen uit 330 praktijken, die bij de bekkenfysiotherapeut behandeld werden met urine-incontinentie klachten. De meerderheid van de vrouwen (85%) kwam bij de bekkenfysiotherapeut na een verwijzing. Bij 70% van de episodes kwam de verwijzing vanuit de huisarts, en in 29% kwam de verwijzing vanuit het ziekenhuis. Van alle zittingen werd 69% vergoed vanuit de basisverzekering, de overige 31% werd vergoed vanuit de aanvullende verzekering of kwam voor de rekening van de patiënt zelf.

Tabel 5: Overzicht indicatoren bekkenfysiotherapie landelijk (2019), (minimum – maximum)

Indicator	Prolaps	Urine-incontinentie	
Zonder verwijzing (DTF)	51% (13% - 71%)	15% (4% - 35%)	Per 100 episodes
Met verwijzing	49% (87% - 29%)	85% (96% - 65%)	Per 100 episodes
Verwijzing door de huisarts	71% (13% - 96%)	70% (46% - 94%)	Per 100 episodes
Verwijzing door ziekenhuis	27% (5% - 88%)	29% (6% - 55%)	Per 100 episodes
Verwijzing overig	1%	1%	Per 100 episodes
Vergoed vanuit ZWV	1%	69%	Per 100 zittingen
Niet vergoed vanuit ZWV	99%	31%	Per 100 zittingen
Aantal zittingen per behandel-episode	6,2 (3,4 – 17,0)	6,9 (3,9 – 9,4)	Zittingen

¹ Deze waarden zijn mogelijk sterk onderschat, zie 3.5 Discussie

4.1.3. VERSTREKKINGEN PESSARIA

Van de verstrekkingen van de pessaria waren geen gegevens over de diagnoses beschikbaar, deze omvatten dus alle uitgiftes van de openbare basisapotheek. In 2019 zijn er landelijk per 1000 vrouwen 0,7 pessaria verstrekt. Gegevens over verstrekking direct vanuit het ziekenhuis ontbreken.

Tabel 6: Overzicht indicatoren verstrekkingen pessaria landelijk (2019), (minimum – maximum)

Indicator		
Verstrekkingen Pessaria	0,7 (0,2 – 2,1)	Per 1000 vrouwen

4.1.4. ZIEKENHUISZORG

Een kort overzicht van de geaggregeerde indicatoren is weergegeven in Tabel 7. Van de vrouwen die in de tweede lijn terechtkwamen met prolapsklachten onderging 21% een operatieve verrichting (alle operatieve activiteiten, inclusief hysterectomie) en 3% een hysterectomie. Bij vrouwen met urine-incontinentie onderging 7% een operatieve verrichting voor SUI en 6% operatieve verrichting voor UUI. De waarden van alle indicatoren van de individuele zorgactiviteiten zijn gepresenteerd in Bijlage 2.

Tabel 7: Overzicht indicatoren ziekenhuiszorg landelijk (2019), (minimum – maximum)

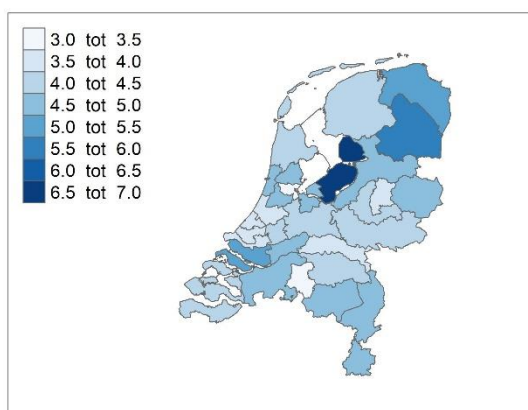
Indicator	Prolaps	Urine-incontinentie	
Diagnostische verrichting	75% (44% - 88%)	80% (55% - 90%)	Per 100 patiënten
Operatieve verrichting (SUI)	N.V.T.	7% (3% - 9%)	Per 100 patiënten
Operatieve verrichting (UUI)	N.V.T.	6% (1% - 17%)	Per 100 patiënten
Operatieve verrichting (Prolaps)	24% (13% - 31%)	N.V.T.	Per 100 patiënten
Hysterectomie	3% (1% - 9%)	N.V.T.	Per 100 patiënten

4.2. GEAGGREGEERDE INDICATOREN

4.2.1. PROLAPS

Vrouwen in de tweede lijn

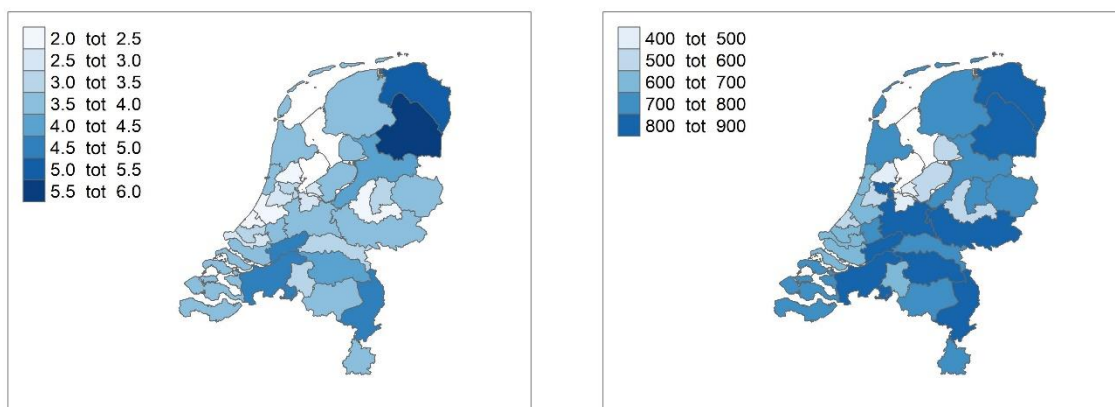
In 2019 hadden landelijk gemiddeld 4,34 per 1.000 vrouwen een eerste polikliniekbezoek in de tweede lijn voor prolaps. Dit aantal is iets hoger dan de jaren ervoor, respectievelijk 4,13 en 4,25 voor 2017 en 2018. Vrouwen uit de regio's 'Flevoland' en 'Drenthe' bezochten relatief het vaakst de tweede lijn, met respectievelijk 6,67 en 5,52 per 1.000 vrouwen. Het aantal vrouwen dat in 'Flevoland' terechtkwam in de tweede lijn was fors hoger in 2019 dan in de jaren ervoor, toen dit aantal lag op respectievelijk 4,41 en 4,73 voor 2017 en 2018.



Figuur 1: Aantal vrouwen dat in de tweede lijn terechtkomt, per 1000 vrouwen

Diagnostische verrichtingen

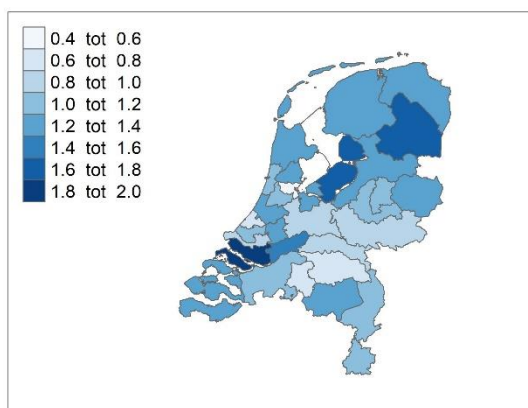
Landelijk kregen 3,65 vrouwen per 1.000 vrouwen een diagnostische verrichting voor prolaps, ofwel 75% van het aantal vrouwen dat in de tweede lijn terechtkwam. De meeste vrouwen kregen een (bekkenbodem)echografie (98,9%) gevolgd door urodynamisch onderzoek (2,7%), dynamisch MRI-onderzoek (0,4%) en anorectaal functieonderzoek (0,1%). Zowel in absolute als relatieve zin zijn er meer vrouwen in de regio's 'Waardenland', 'West-Brabant', 'Noordoost-Brabant', 'Groningen' en 'Drenthe' met een diagnostische verrichting in vergelijking met de andere regio's.



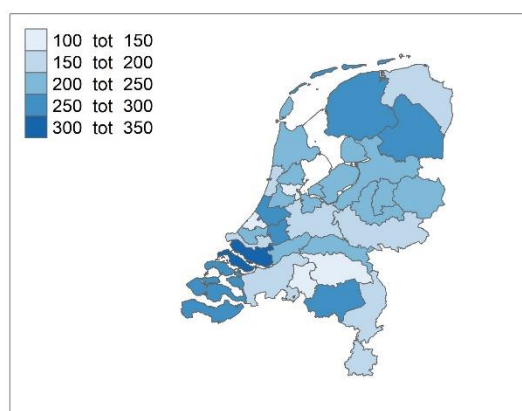
Figuur 2: Aantal vrouwen met een diagnostische verrichting, per 1000 vrouwen (links) en per 1000 vrouwen die in de tweede lijn kwamen (rechts)

Operatieve verrichtingen

Het landelijk gemiddelde aantal vrouwen dat een operatieve verrichting onderging voor prolaps bedroeg 1,11 per 1.000 vrouwen. In 2019 waren de regio's 'Zuid-Hollandse Eilanden' (1,93 per 1.000 vrouwen) en 'Drenthe' (1,79 per 1.000 vrouwen). Daarentegen werden in de regio's 'Amsterdam' en 'Midden-Brabant' de laagste aantallen geregistreerd, respectievelijk 0,57 en 0,76 per 1.000 vrouwen. Van de vrouwen met een operatieve verrichting kreeg de meerderheid een normale prolapsoperatie met voor- en achterwandplastiek (39,9%), gevolgd door de vagina sacrospinale fixatie inclusief voor- en/of achterwandplastiek (28,7%). Het landelijk gemiddelde van het aandeel patiënten dat in de tweede lijn een operatieve verrichting kreeg, lag in 2019 op 21%. Dit is lager dan in 2018 en 2017, toen dit aandeel lag op 27% en 24%.

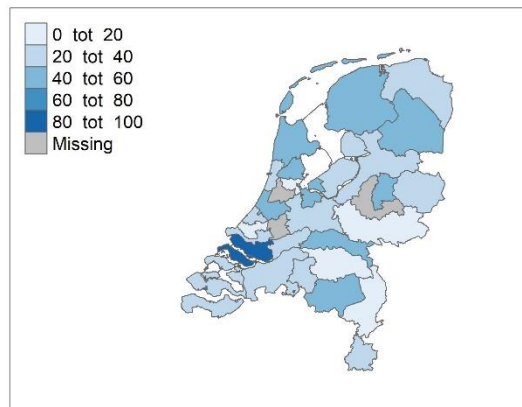
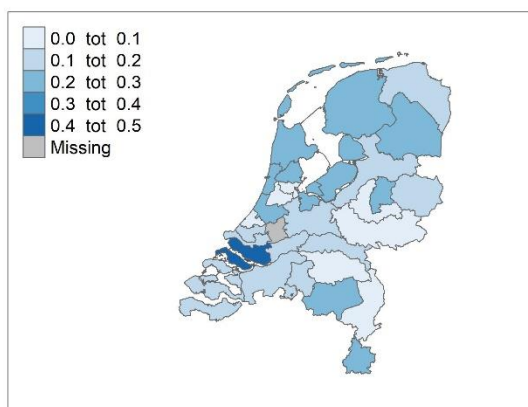


Figuur 3: Aantal vrouwen met een operatieve verrichting, per 1000 vrouwen (links) en per 1000 vrouwen die in de tweede lijn kwamen (rechts)



Hysterectomieën

In 2019 kregen gemiddeld 0,16 per 1000 vrouwen een hysterectomie, ofwel 3,08% van de vrouwen die zich in de tweede lijn presenteerden met prolapsklachten en 14% van de vrouwen met een operatieve verrichting. Dit is lager dan het aandeel in 2017 en 2018, toen het percentage hysterectomieën op 5% en 4% lag. De meest uitgevoerde procedure was in 2019 de prolapsoperatie met voor- en achterwandplastiek en vaginale uterusextirpatie, die bij 79,3% van de vrouwen werd uitgevoerd. In de regio 'Zuid-Hollandse Eilanden' vonden zowel absoluut als relatief de meeste hysterectomieën plaats, respectievelijk 0,46 per 1.000 vrouwen en 8,54% van het aantal patiënten in de tweede lijn.

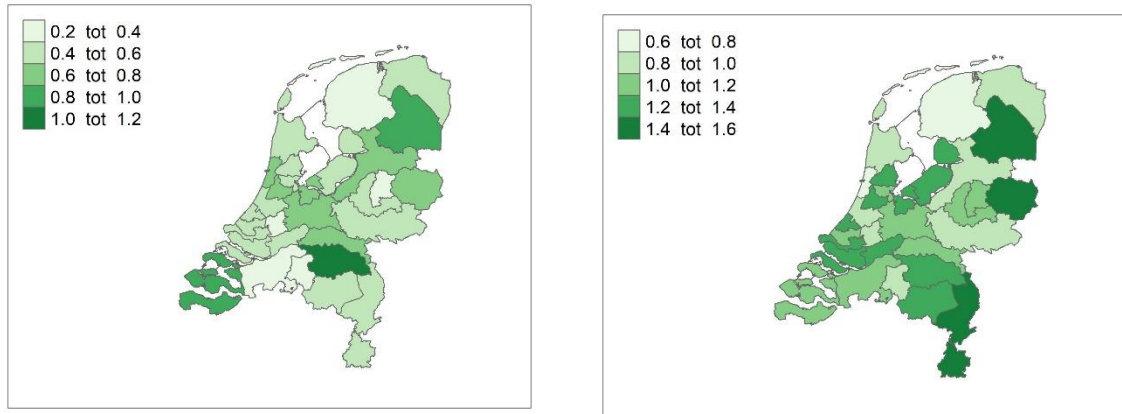


Figuur 4: Aantal vrouwen met een hysterectomie, per 1000 vrouwen (links) en per 100 vrouwen die in de tweede lijn kwamen (rechts)

4.2.2. URINE-INCONTINENTIE

Vrouwen in de tweede lijn

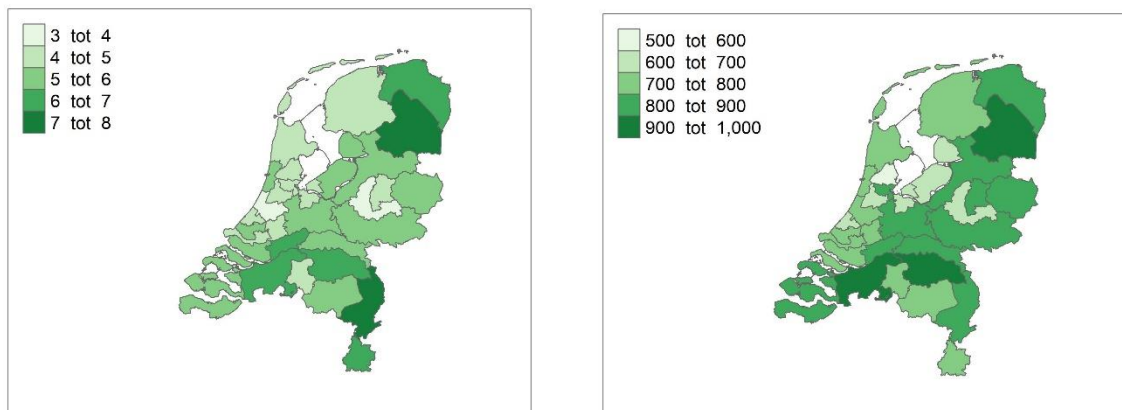
Voor stressincontinentie en urge-incontinentie kwamen in 2019 gemiddeld respectievelijk 0,56 en 1,13 per 1000 vrouwen terecht in de tweede lijn. Voor beide diagnoses is dit aantal vergelijkbaar met de aantallen in 2017 en 2018.



Figuur 5: Aantal vrouwen dat in de tweede lijn terecht komt, per 1000 vrouwen voor stressincontinentie (links) en urge-incontinentie (rechts)

Diagnostische verrichtingen

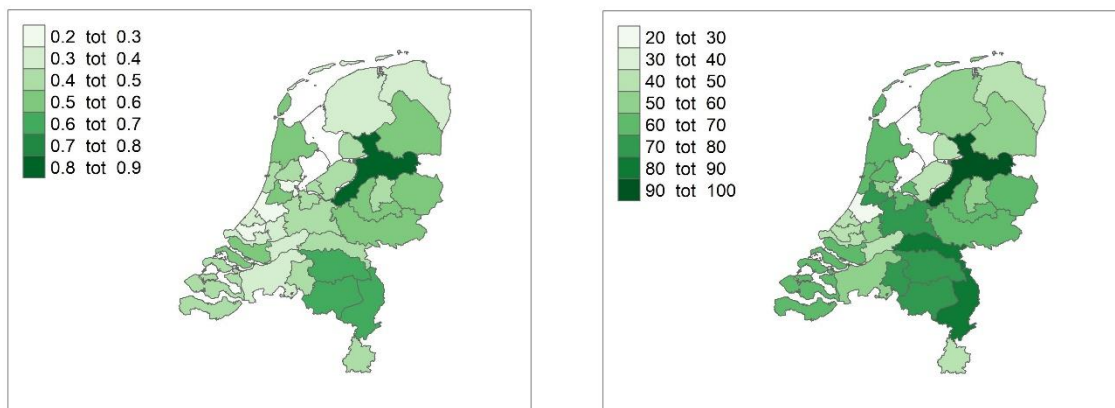
In 2019 kregen landelijk gemiddeld 5.34 per 1000 vrouwen een diagnostische verrichting voor urine-incontinentie. Gemiddeld was dit 80% van het aantal patiënten dat in de tweede lijn terecht kwam. Dit percentage is consistent over de jaren 2017 en 2018. De meest uitgevoerde diagnostische verrichting was de (bekkenbodem)echografie, die bij 87,2% van de vrouwen werd uitgevoerd, gevolgd door uroflowmetrie (28,3%) en cytoscopie (22,9%).



Figuur 6: Aantal vrouwen met een diagnostische verrichting, per 1000 vrouwen (links) en per 1000 vrouwen die in de tweede lijn kwamen (rechts)

Operatieve verrichtingen (SUI)

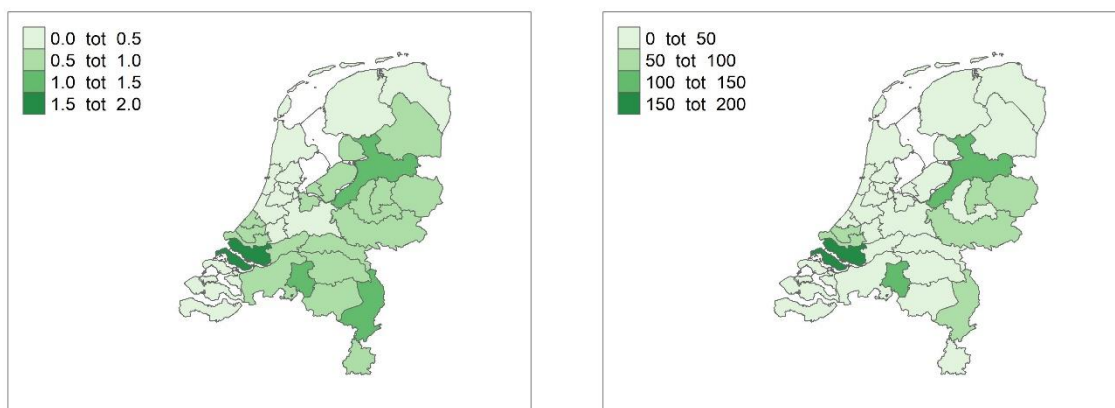
In 2019 kregen landelijk 0,46 per 1.000 vrouwen een operatieve ingreep voor urine-incontinentie. De meest uitgevoerde ingreep was de midurethrale sling (zoals TVT en TOT), exclusief voor- en/of achterwandplastiek. Deze ingreep werd bij 80,2% van de vrouwen met een operatieve behandeling uitgevoerd. Van de vrouwen die in de tweede lijn terechtkwamen, onderging 6% een operatieve ingreep voor stress incontinentie. Dit percentage is licht gedaald ten opzichte van voorgaande jaren. Relatief gezien ontvingen vrouwen in de regio 'Zwolle' een operatieve verrichting, namelijk 9% van de vrouwen die in de tweede lijn terecht kwamen.



Figuur 7: Aantal vrouwen met een operatieve verrichting (SUI), per 1000 vrouwen (links) en per 1000 vrouwen die in de tweede lijn kwamen (rechts)

Operatieve verrichtingen (UUI)

Landelijk kregen in 2019 0.60 per 1000 vrouwen een operatieve verrichting voor urine-incontinentie. Van het aantal vrouwen dat in de tweede lijn terechtkwam was dit 5%, dit is iets lager dan in de voorgaande jaren. Relatief kregen de vrouwen in de regio's 'Zuid-Hollandse Eilanden' en 'Midden-Brabant' het vaakst een operatieve verrichting met respectievelijk 17% en 11%.



Figuur 8: Aantal vrouwen met een operatieve verrichting (UUI), per 1000 vrouwen (links) en per 1000 vrouwen die in de tweede lijn kwamen (rechts)

5. DISCUSSIE

Het ZIN heeft een verbeter signalement afgeroepen omwille van een rapportage die concludeert dat er bij stress urine -incontinentie en prolaps veel variatie is in de behandeling als gevolg van verschillen in regionale samenwerking tussen eerste en tweede lijn enerzijds en verschillen in behandelingsaanpak in eerste en tweede lijn anderzijds. Om dit te bestuderen hebben wij de volgende onderzoeksvraag afgebakend: Welk deel van de variatie in zorg komt door verschillen in regionale samenwerking?

Voor de behandeling van zowel prolaps als stress- en urge-incontinentie zijn er verschillende opties bij verschillende zorgverleners in zowel de eerste als tweede lijn. De richtlijnen voor deze ziektebeelden bevelen een stepped care benadering aan, waarbij eerst conservatievere methoden worden ingezet, alvorens invasieve behandelingen worden ingezet.² De belangrijkste resultaten met de sterke en zwakke punten zijn hieronder per zorgtype weergegeven.

Huisartsenzorg

De uitkomsten van de indicatoren die betrekking hebben op door de huisarts geleverde zorg laten zien dat er zowel tussen de regio's, als over de jaren heen, grote verschillen zijn in onder andere de proporties vrouwen dat de huisarts bezoekt (mogelijk het gevolg van verschil in hulpzoekgedrag), het aantal consulten en de episodeduur. Dit kan een gevolg zijn van de verschillen in het aantal huisartsenpraktijken waarvan data beschikbaar is in elke regio. Daarnaast kunnen we niet vaststellen of deze praktijken dan representatief zijn voor de huisartspraktijken en de geleverde zorg in die regio. De mogelijke consequentie is dat de verschillen tussen de praktijken binnen de regio's groter dan zijn tussen de regio's onderling. De resultaten van deze eerstelijns indicatoren zijn dus alleen een indicatie voor de praktijken die dat jaar data hebben aangeleverd. Op landelijk niveau geven de indicatoren mogelijk wel een goed beeld van de huisartsenzorg, omdat de patiënten in Nivel-dataset qua leeftijd en geslacht wel representatief zijn voor de Nederlandse bevolking [9]. De verschillen tussen de huisartspraktijken komen verder aan bod in het rapport over de richtlijnen in de huisartsenzorg.

In een eerder onderzoek naar de huisartsenzorg voor vrouwen met urine-incontinentie zijn patiëntendossiers geanalyseerd om inzicht te krijgen in de diagnose en behandeling in de huisartsenpraktijk [10]. Deze studie vond dat bij 42,5% van de patiënten urinetests worden uitgevoerd. Dit is fors hoger dan de 7,9% (2019), die uit onze data naar voren komt. Het Nivel publiceerde eerder een rapport over de huisartsenzorg aan patiënten met urineweginfecties en vond grote verschillen in de registratie van urinetests, omdat alleen de bepalingen worden meegeteld die zijn vastgelegd als diagnostische bepaling in het patiëntendossier [11]. Uitslagen die op andere plekken in het dossier zijn genoteerd, worden daardoor niet meegeteld. De waarden die uit ons onderzoek naar voren komen, zijn dus waarschijnlijk een onderschatting. De waargenomen variatie is waarschijnlijk een verschil in registratie dan praktijkvariatie.

Uit eerdergenoemde studie bleek dat van de patiënten die met urine-incontinentie klachten naar de huisartsenpraktijk kwamen, 21,7% verwezen werd naar tweedelijnszorg (uroloog en gynaecoloog) [11]. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde waarde van 16,9% uit dit rapport, maar de verschillen tussen regio's en over de jaren blijken groot te zijn. Deze variatie in verwijzpercentages kan eveneens een gevolg zijn van de jaarlijks wisselende verschillen in het aantal huisartsenpraktijken waarvan data beschikbaar is in elke regio.

² De richtlijnen die golden tijdens de periode waarvan de zorgdata zijn geanalyseerd zijn:

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

Bekkenfysiotherapie

De resultaten van de indicatoren over bekkenfysiotherapie tonen aanzienlijke verschillen, zowel tussen regio's als binnen regio's over de jaren heen, in het aandeel patiënten dat de bekkenfysiotherapeut bezoekt via directe toegang (DTF) en het type verwijzer. Uit intern onderzoek van het Zorginstituut bleek dat voor urge-incontinentie en prolaps ongeveer 40% van de patiënten bekkenfysiotherapie ontving na verwijzing naar het ziekenhuis [1]. Uit hetzelfde rapport bleek uit extern uitgevoerd onderzoek dat bij stressincontinentie ongeveer 60% van de patiënten bekkenfysiotherapie ontving na verwijzing naar het ziekenhuis. De dataset over de bekkenfysiotherapie bevat een groot aantal fysiopraktijken die vrijwillig data aanleveren over de zorg die zij leveren. Omdat de aantallen praktijken per regio en per jaar verschillen, is het onduidelijk in hoeverre de praktijken die data hebben aangeleverd representatief zijn voor de zorg die in de regio's wordt verleend. Daarnaast waren er signalen dat er in de jaren die in deze studie gebruikt zijn, patiënten mogelijk verkeerd geclassificeerd zijn. Patiënten met een aanvullende verzekering en urine-incontinentie zijn mogelijk geregistreerd onder de diagnose prolaps, om zo vergoeding vanuit het basispakket (en daarmee het eigen risico) te voorkomen. Vanaf 2020 heeft de beroepsverenging ingezet op het informeren van haar leden. Omdat we niet beschikken over data na 2020, kunnen we geen inschatting maken in hoeverre dit invloed heeft op onze uitkomsten.

De grote variatie in de waarden van de indicatoren in de eerste lijn (huisartsenzorg en bekkenfysiotherapie) per zorgkantoorregio, is dus mogelijk het gevolg van de wisselende steekproef van het aantal praktijken per jaar dat zich in de dataset bevindt, zie Tabel 2. Dat waarden van de indicatoren verschillen door de wisselende samenstelling van de praktijken, die data aanleveren, kan een indicatie zijn dat er binnen regio's verschillen zijn tussen de huisartsen- en fysiotherapiepraktijken. Het lijkt er dus op dat de uitsplitsing van deze data geen goed beeld geeft van de manier waarop er behandeld wordt in de eerste lijn in de verschillende regio's. Daarbij was het, door het niet kunnen koppelen van data (pessarium uitgifte en bekkenfysiotherapie data bevatten geen persoonlijke koppelsleutel), niet mogelijk voor elke individuele patiënt het volledige zorgtraject in de eerste lijn in kaart te brengen.

Ziekenhuiszorg

De indicatoren die betrekking hebben op zorg geleverd in de tweede lijn omvatten data van alle patiënten (~98%) en geven dus een volledig beeld van de zorg die in elke regio geleverd wordt. Daarnaast laten de indicatoren van de tweede lijn ook een stabiel beeld zien over de jaren heen. Dit betekent dat de data van de tweede lijn voldoet om vergelijkingen tussen regio's en jaren te maken. Onze bevindingen suggereren dat er regionale verschillen bestaan in de mate waarin patiënten met prolaps en urine-incontinentie in de tweede lijn terechtkomen. Of dit een gevolg is van de regionale verwijspatronen vanuit de eerste lijn, is echter met de huidige data en analyses niet te bepalen. Immers, de huisartsendata geeft geen eenduidig beeld over de mate van verwijzing in de regio, en is ook niet volledig dekkend.

In de tweede lijn zijn er verschillen in de mate waarin patiënten diagnostische verrichtingen ondergaan en (operatief) behandeld worden. Zo varieert het aandeel vrouwen met een operatieve activiteit voor prolaps van 13% tot 31%. Het aantal vrouwen dat in de tweede lijn een baarmoeder verwijderende operatie ondergaat voor de diagnose prolaps varieerde tussen 1% en 9%. De resultaten zijn echter niet gecorrigeerd voor case-mix, dus een deel van deze variatie kan mogelijk worden verklaard door verschillen in populatie. Verder zien we dat er in regio's met een relatief hoge instroom van patiënten in de tweede lijn, niet altijd meer (operatief) behandeld wordt. Dit wijst erop dat deze kansen dus los van elkaar lijken te staan, wat verder duidt op verschillen in behandelaanpak in de tweede lijn.

Onze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek naar operatieve verrichtingen voor prolaps en urine incontinentie, dat aantoonde dat er grote regionale verschillen zijn in de mate waarin operaties plaatsvinden na correctie voor sociaaleconomische status en leeftijd [4]. Dezelfde studie vond dat die verschillen waarschijnlijk worden veroorzaakt door specifieke ziekenhuizen in de regio. In het derde deelrapport van dit project wordt verder ingegaan op de verschillen

tussen de ziekenhuizen in de implementatie van de richtlijnen. Een andere studie, specifiek naar operatieve activiteiten bij prolaps, vond dat in 2017 28% van de patiënten in de tweede lijn een operatieve activiteit kreeg, waarvan 19% een hysterectomie onderging [5]. Dit is vergelijkbaar met onze resultaten uit 2017, waaruit blijkt dat 27% van de vrouwen een operatieve activiteit had en 20% een hysterectomie kreeg.

Implicaties

Om nog preciezer te bepalen waardoor de variatie wordt veroorzaakt, zou vervolgonderzoek de gegevens moeten corrigeren voor verschillen in patiënten (leeftijd, pariteit, overgewicht) en aanbodkenmerken (praktijkgrootte, bereikbaarheid/beschikbaarheid van paramedische/tweedelijnszorg). Daarbij zouden multilevel analyses inzicht kunnen geven in welke stap van het zorgtraject de variatie ontstaat (hulpzoekgedrag patiënten, verwijsgedrag huisartsen of in de tweede lijn). Een dergelijke aanpak is vergelijkbaar met de onderzoeks aanpak in een studie naar variatie bij spataderen [12].

6. CONCLUSIE

Aan de hand van de indicatoren is er een beeld ontstaan welke zorg patiënten met prolaps en urine-incontinentie krijgen bij de verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn. De uitsplitsing van de eerstelijns indicatoren naar de regio's laat grote verschillen zien tussen de regio's, maar ook binnen regio's over de tijd heen. De representativiteit van de huisartsendata naar de regio's is te beperkt om hierover uitspraken te doen in termen van de omvang van de regionale verschillen. Omdat de gegevens uit de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, representatief zijn voor Nederland, hebben we de gegevens naar nationaal niveau geaggregeerd en gerapporteerd [8]. Op die manier geven de indicatoren wel een landelijk beeld van de gemiddelde zorg die patiënten met deze ziektebeelden ontvangen in de huisartsen- en fysiotherapiepraktijk. De geobserveerde verschillen in de huisartsenzorg maken het aannemelijk dat er verschillen zijn op praktijkniveau in het klinische beleid t.a.v. bekkenbodenzorg. Dit komt ook nog verder aan bod in het deelrapport van dit project dat de tweede onderzoeksvraag bekijkt: de rol van richtlijnen bij praktijkvariatie.

De tweedelijnsindicatoren daarentegen omvatten data van alle verzekerden in Nederland, waardoor deze een representatief beeld geven van de verschillen in behandeling tussen de regio's. De verschillen tussen de regio's in de mate waarin vrouwen in de tweede lijn terechtkomen, zouden kunnen wijzen op een andere regionale invulling van de bekkenbodenzorg (bijvoorbeeld meer nadruk op behandeling in de eerste lijn), maar dat is aan de hand van deze data niet met zekerheid vast te stellen. Het was dus niet mogelijk te bepalen welk deel van de variatie komt door verschillen in regionale samenwerking. Dit vraagt om nader onderzoek naar de feitelijke regionale afspraken. Uit een ander onderdeel van dit project zijn indicaties dat er expliciete samenwerkingen/afspraken zijn in de regio: bijvoorbeeld alleen verwijzing tweede lijn na verwijzing bekkenfysiotherapie (zie deelrapport 2 onderdeel huisartsenzorg).

Uit onze analyse voor de huisartsenzorg en bekkenfysiotherapie volgt dat op basis van de data niet kan worden vastgesteld welk deel van de variatie in de eerstelijnszorg door verschillen in regionale behandelpatronen ontstaat. Hiermee is een deel van de eerste onderzoeksvraag weliswaar beantwoord (nl. de mate van variatie is aan de hand van deze data in beeld gebracht), maar voor een ander deel blijft die onbeantwoord (de rol van regionale samenwerking daarbij blijft voor wat betreft de eerstelijnszorg daarmee onbepaald). Met behulp van de data van de ziekenhuiszorg is in dit onderzoek bepaald welk deel van de variatie in de tweedelijnszorg door verschillen in regionale behandelpatronen ontstaat. Daarmee is wat betreft de tweedelijnszorg antwoord op de onderzoeksvraag gegeven. Duidelijk is dat deze variatie omvangrijk is. In het deelrapport 2 t.a.v. de MSZ zorg wordt inzichtelijk welke rol richtlijnen spelen bij deze variatie.

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. van IJsselmuiden, M.N., et al., *Practice pattern variation in surgical management of pelvic organ prolapse and urinary incontinence in The Netherlands*. *Int Urogynecol J*, 2015. **26**(11): p. 1649-56.
5. Enklaar, R.A., et al., *Practice pattern variation: treatment of pelvic organ prolapse in The Netherlands*. *Int Urogynecol J*, 2022. **33**(7): p. 1973-1980.
6. Teunissen, D., et al., *NHG-standaard: Incontinentie voor urine bij vrouwen*. 2015, Nederlands Huisartsen Genootschap.
7. Labrie, J., et al., *Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence*. *The New England journal of medicine*, 2013. **369**(12): p. 1124-33.
8. Bes, J., et al., *Zorg door de huisarts: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023*. : Utrecht.
9. Mark Nielen, R.D., Martin Gommer, René Poos, Robert Verheij, *Berekening morbiditeitscijfers op basis van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn*. 2016, NIVEL: Utrecht.
10. 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.
11. L. Verberne, R.V., LFlinterman, *Huisartsenzorg aan patiënten met urineweginfecties: diagnostiek en behandeling*. : Utrecht.
12. Schippa, L., et al., *Attributing practice variation by its sources: the case of varicose veins treatments in the Netherlands*. *BMC health services research*, 2023. **23**(1): p. 1329.

8. BIJLAGE 3: LEESWIJZER REGIOBEELDEN

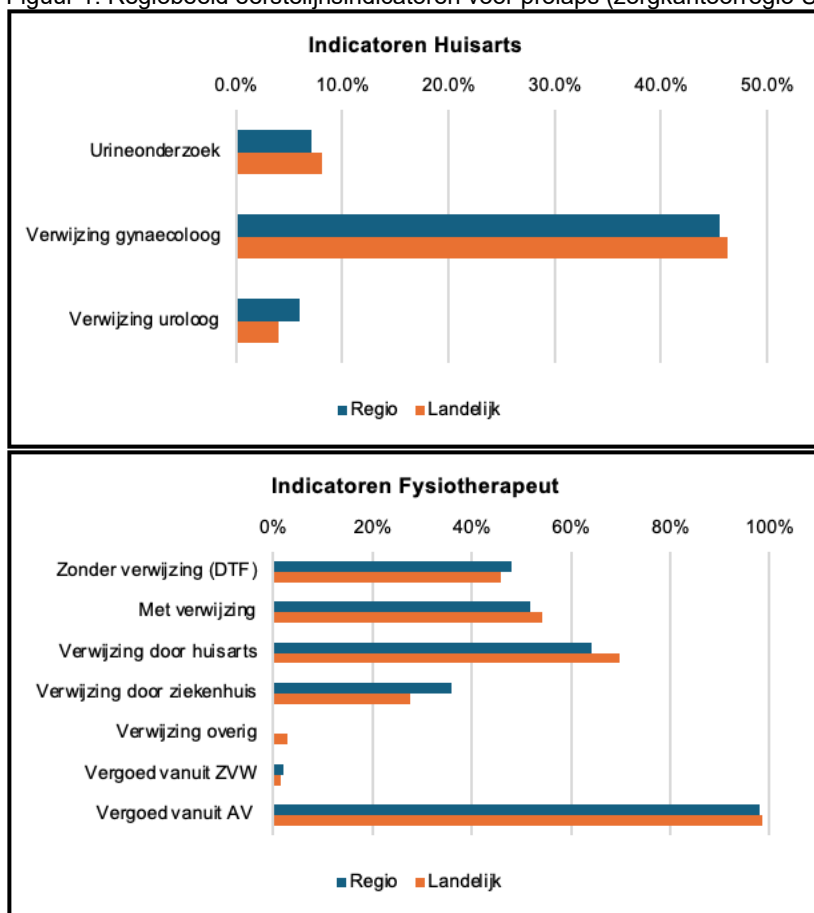
Regiobeelden

De regiobeelden zijn samengesteld aan de hand van een aantal leidende indicatoren die een beeld geven van de geleverde zorg in de desbetreffende regio en zijn weergegeven in Bijlage 2. Via het dropdown menu is het mogelijk om een regio en jaar te selecteren.

Voorbeeld zorgkantoorregio Utrecht 2019

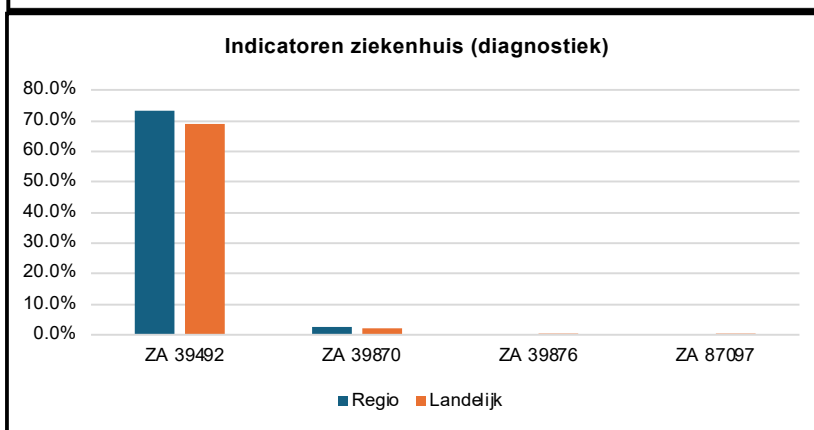
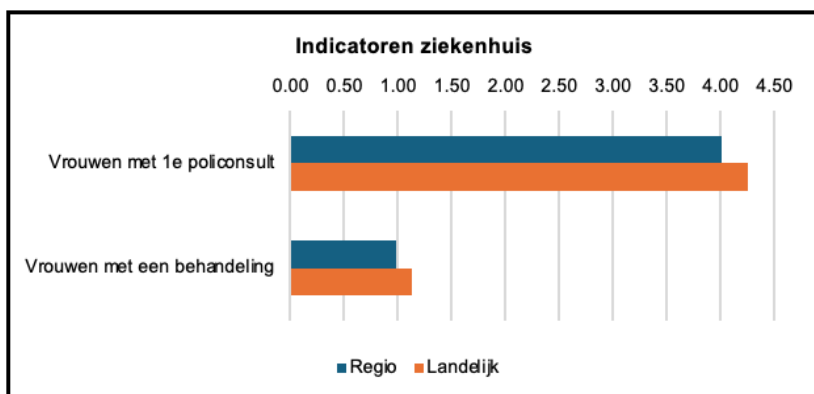
In onderstaand figuur is het beeld van prolaps zorg in zorgkantoorregio Utrecht weergegeven voor het jaar 2018.

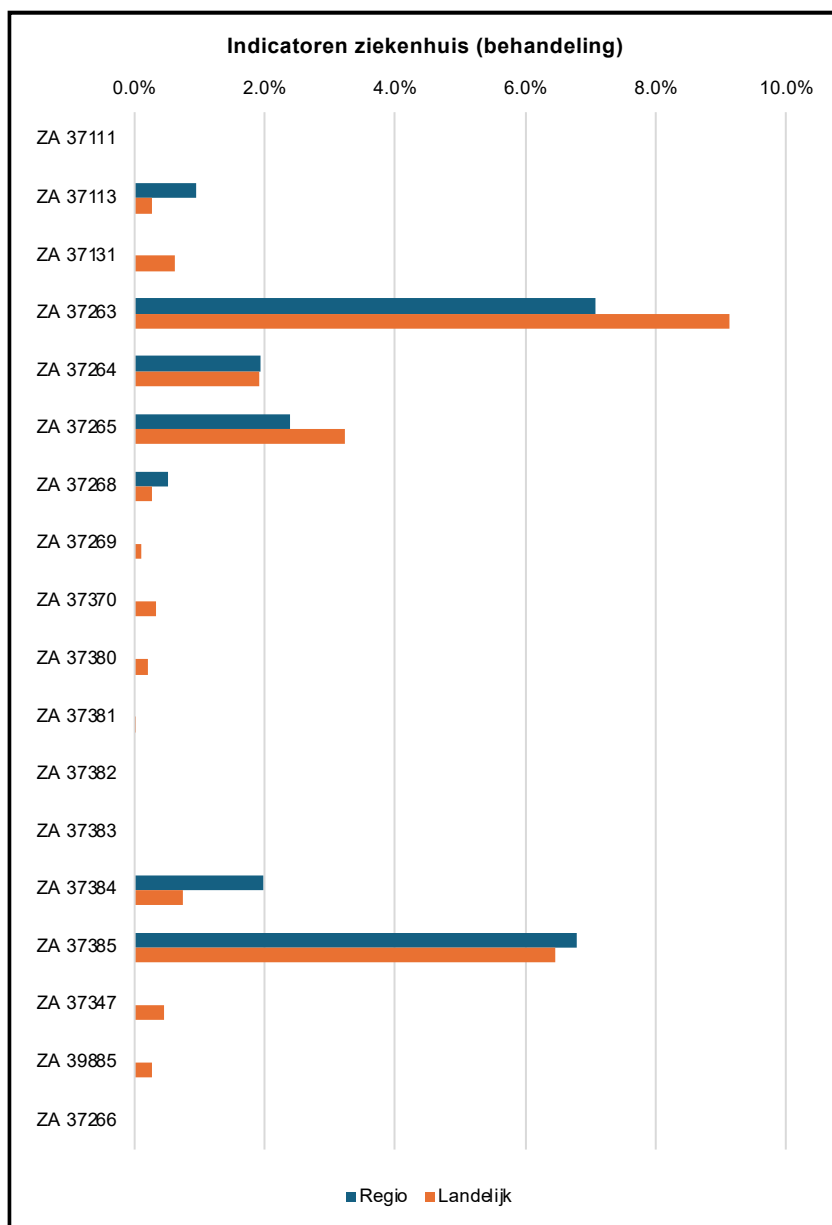
Figuur 1: Regiobeeld eerstelijnsindicatoren voor prolaps (zorgkantoorregio Utrecht, 2018)



In de regio Utrecht bedroeg de gemiddelde episodeduur bij de huisarts 158 dagen (Excel-cel C14) en vrouwen bezochten de huisarts gemiddeld 2,31 keer gedurende een episode (Excel-cel C15). Dit tegenover een episode duur van 153 dagen en gemiddeld 2,61 bezoeken landelijk (Excel-cel D14 resp. D15). In Figuur 1 zijn indicatoren voor de huisarts per 100 zorgepisodes weergegeven (gebaseerd op het blok Excel-cellen C16 t/m D18) en daaronder indicatoren voor de fysiotherapeut per 100 patiënten (gebaseerd op het blok Excel-cellen C22 t/m D28). Bijvoorbeeld, in Utrecht wordt 7.1% van de 100 zorgepisodes voor prolaps, urineonderzoek in de huisartsenpraktijk uitgevoerd (Excel-cel C16), landelijk is dat 8.1% (Excel-cel D16). En 48% van de 100 patiënten komt zonder verwijzing bij de fysiotherapeut (Excel-cel C22), tegen 46% landelijk (Excel-cel D22).

Figuur 2: Regiobeeld tweedelijnsindicatoren voor prolaps (zorgkantoorregio Utrecht, 2018)





Uit de indicatoren van het ziekenhuis van Figuur 2 blijkt, dat het deel van de vrouwen uit de regio dat in 2018 in de tweede lijn terechtkwam voor een eerste policonsult, iets lager ligt dan het landelijk gemiddelde: respectievelijk 4.01 (Excel-cel C30) en 4.25 (Excel-cel D30) per 1000 vrouwen. Ook het deel van de vrouwen dat behandeld werd lijkt iets lager te liggen, ongeveer 13% in vergelijking met het landelijke aantal (Excel-cel E31). De individuele zorgactiviteiten, indien een vrouw een eerste policonsult had, laten ook verschillen zien ten opzichte van het de landelijke waarden. In deze regio werden er namelijk relatief meer laparoscopische uterus extirpaties (LAVH/LASH, zorgactiviteit 37113) en vaginale reconstructieve prolapschirurgie met enkelvoudige mesh (zorgactiviteit 37268) verricht, respectievelijk 233% (Excel-cel E40) en 92% (Excel-cel E45) meer ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

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