Richtlijnadaptatie 'Urine-Incontinentie bij Ouderen'

- Verwijscriteria
- Stress- en gemengde incontinentie
- Incontinentiematerialen

Maaike de Graag, Universiteit Antwerpen

In samenwerking met Wouter Umans, Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor dokter Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: dokter Frank Heyvaert

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Richtlijnadaptatie ‘urine-incontinentie bij ouderen’

Inleiding en doel
In deze masterproef wordt de Duodecim richtlijn: “urine-incontinentie bij ouderen” aangepast aan de huidige evidentie en Belgische zorgcontext. Op deze manier heeft de Belgische huisarts een geschikt instrument in handen om de oudere patiënt met urine-incontinentie te begeleiden.
Urine-incontinentie is een belangrijk gezondheidsprobleem. De prevalentie van urine-incontinentie is hoog, en neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Afhankelijk van de gebruikte definitie varieert de prevalentie bij ouderen tussen de 20-40%. De problematiek kan van belangrijke invloed zijn op de levenskwaliteit van deze patiënten.

Methodologie
De Duodecim richtlijn ‘urine-incontinentie bij ouderen’ wordt aangepast volgens een vaste, stapsgewijze methodiek met behulp van het draaiboek van EBMPracticeNet. De focus van deze herziening werd gelegd op het beleid bij urine-incontinentie in de eerste lijn. De klinische vragen die in deze masterproef werden beantwoord zijn:
Klinische vraag 1: Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk?
Klinische vraag 2: Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?
Klinische vraag 3: Welke incontinentiematerialen bestaan er, wat is de werkzaamheid en tolerantie?

Relevante richtlijnen en literatuur werden geselecteerd. Het AGREE-instrument werd gebruikt om kwalitatieve richtlijnen te selecteren. Relevante aanbevelingen werden uit deze richtlijnen geselecteerd. Indien nodig werden de aanbevelingen van de oorspronkelijke richtlijn geadapteerd. Vervolgens werd de GRADE-methode op deze aanbevelingen toegepast. In een tweede luik vond toetsing plaats door middel van peer review en een praktijkproject.

Resultaten
Een belangrijke adaptatie van de oorspronkelijke richtlijn diende plaats te vinden. De aanbevelingen betreffende de behandeling van stress- en gemengde incontinentie en incontinentiematerialen werden in grote mate aangepast. De aanbevelingen over verwijscriteria werden in mindere mate aangepast. Vrijwel de meeste aanbevelingen werden als toepasbaar beschouwd tijdens het peer review. Het praktijkproject leverde enkele handige instrumenten op om de implementatie van de richtlijn te vergemakkelijken.

Conclusie
Het resultaat van deze adaptatie vormt samen met het werk van Wouter Umans een aangepaste en gevalideerde richtlijn over “urine-incontinentie bij ouderen” voor de Belgische huisarts.

Inhoudsopgave

Abstract 2
Inleiding 4
Methodologie 5
Algemeen 5
Fase 1: Screeningsfase 5
Fase 2: Adaptatiefase 19
Fase 3: Implementatiefase 22
Resultaten 24
Resultaten richtlijn 24
Resultaten peer review 30
Resultaten praktijkproject en consensus 34
Discussie 36
Dankwoord 39
Referenties 40
Bijlagen 42
Fiche urine-incontinentie bij ouderen: beleid in de eerstelijn
Brochure incontinentiematerialen voor de huisarts
Brochure incontinentiematerialen voor de patiënt
Aangepaste Duodecim-richtlijn 'Urine-incontinentie bij ouderen'
Goedgekeurd protocol Ethisch Comité
Gunstig advies Ethisch Comité

Inleiding

In deze masterproef wordt de Duodecim richtlijn: ‘urine-incontinentie bij ouderen’ aangepast aan de huidige evidentie en Belgische zorgcontext.

Urine-incontinentie bij ouderen

Urine-incontinentie bij ouderen is een belangrijk gezondheidsprobleem. De prevalentie van urine-incontinentie is hoog, en neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Afhankelijk van de gebruikte definitie varieert de prevalentie bij ouderen tussen de 20-40%.(1) Bij oudere vrouwen wordt met name gemengde incontinentie gezien, gevolgd door urge-incontinentie en stressincontinentie.(2) Bij oudere mannen ziet men voornamelijk urge-incontinentie en komt stressincontinentie zelden voor.(3) Deze problematiek kan van grote impact zijn op de levenskwaliteit van de patiënt. Theunissen et al.(4) beschrijven dat urine-incontinentie van belangrijke invloed is op het emotioneel welzijn van bijna 50% van de patiënten. Er is vaak sprake van angst of het vermijden van publieke activiteiten. Bij mannen is deze impact groter dan bij vrouwen.

Het is daarom belangrijk om het probleem te herkennen en te erkennen, en de juiste zorgen of behandelmethoden aan te bieden aan de patiënt. Urine-incontinentie is niet zonder meer een normaal ouderdomsverschijnsel: steeds treedt een dysfunctie op van een of meerdere onderdelen van het urologisch systeem. Dit resulteert in urge-, stress- of gemengde incontinentie. Adequate aanpak van deze onderliggende dysfunctie kan voor de patiënt een belangrijke gezondheidswinst opleveren. Men dient hierbij rekening te houden met de kwetsbaarheid of ‘frailty’ van deze populatie: het is belangrijk om een oog te hebben voor het verhoogd risico op nevenwerkingen en het frequent voorkomen van comorbiditeiten. Ook de begeleiding naar de juiste opvangmaterialen kan erg belangrijk zijn voor het welbevinden van de patiënt indien geen volledige continentie kan worden bereikt.

De Duodecim richtlijnen en adaptatie

De Duodecim richtlijnen vormen de meest uitgebreide verzameling richtlijnen voor de eerstelijnszorg.(5) Via EBMPracticeNet kunnen deze richtlijnen eenvoudig geraadpleegd worden en door koppeling met het elektronisch medisch dossier (EMD) is deze informatie voor de huisarts snel en gemakkelijk bereikbaar. De Finse Duodecim richtlijn ‘urine-incontinentie bij ouderen’ kreeg door de redactie van EMBPracticeNet een negatieve beoordeling voor directe toepassing in onze Belgische zorgcontext. Adaptatie van de richtlijn diende daarom plaats te vinden.

Deze adaptatie gebeurde volgens een vaste methodiek met behulp van het draaiboek van EBMPracticeNet. Voor het adaptatieproces hebben mijn richtlijnpartner Wouter Umans en ik nauw samengewerkt. Samen hebben wij getracht het beleid rond urine-incontinentie binnen de richtlijn te herzien. Ieder van ons heeft gewerkt rond een aparte focus betreffende dit beleid. De focus van mijn masterproef lag op de onderdelen: de behandeling van stress- en gemengde-incontinentie, verwijscriteria en incontinentiematerialen. Bij Wouter Umans lag de focus op: behandeling van urge- en overloopincontinentie en de algemene niet-medicamenteuze maatregelen bij urine-incontinentie. Het resultaat van deze samenwerking is een aangepaste richtlijn waardoor de Belgische huisarts een duidelijk overzicht beschikbaar heeft voor de begeleiding van de oudere patiënt met urine-incontinentie in de eerste lijn. Op deze manier hopen wij dat de zorg voor deze patiënten op een nog betere manier kan verlopen.

Methodologie

Algemeen

De Duodecim richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' wordt aangepast volgens een vaste methodiek met behulp van het draaiboek van EBMPracticeNet. (6) Hierbij wordt de Finse Duodecim richtlijn, die een negatieve beoordeling kreeg door de redactie van EBMPracticeNet herzien.

Fase 1: Screeningsfase

De allereerste stap is het selecteren van een richtlijn voor adaptatie. Deze keuze wordt gemaakt uit een lijst van Duodecim-richtlijnen waarvan EBMPracticeNet heeft geoordeeld dat deze moeten worden herzien. Er werd gekozen voor het onderwerp 'Urine-incontinentie bij ouderen'. Dit werd gedaan in overleg met de opleidingspraktijk. De praktijk voelde, net als ik, de nood om over dit onderwerp over een kwaliteitsvolle richtlijn te beschikken.

Stap 1: Definiëren van scope te screenen aanbevelingen en opstellen klinische vragen (PIPOH)

Door de begeleiding van EBMPracticeNet werd, om de haalbaarheid te garanderen, aangeraden dat iedere HAIO 2 à 3 klinische vragen binnen de richtlijn uitwerkte voor de adaptatie. De Duodecim richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' is een uitgebreide richtlijn. De focus voor de herziening werd gelegd op het beleid in de eerste lijn. Op deze manier kan een duidelijk overzicht ter beschikking worden gesteld aan de Belgische huisarts voor de begeleiding van de oudere patiënt met urine-incontinentie. In deze masterproef ligt de focus op de behandeling van stress- en gemengde-incontinentie, verwijscriteria en incontinentiematerialen. De complementaire masterproef van de richtlijnpartner focust zich op de behandeling van urge- en overloopincontinentie en de algemene niet-medicamenteuze maatregelen bij urine-incontinentie.

Hieronder volgen de onderzoeksvragen van deze master-na-masterthesis. Eerst wordt de 'background question' genoemd, vervolgens de verwerking van deze vraag naar een PIPOH-model.

Klinische vraag 1: *Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk?*

> PIPOH vraag 1: Welke anamnestische of klinische elementen van urine-incontinentie bij ouderen (>=65j) voorspellen een gecompliceerd verloop?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	de oudere patiënt (>65j) met incontinentie	
Interventions	aan- of afwezigheid anamnestische/klinische kenmerken	
Professionals	huisarts	
Outcomes	gecompliceerd verloop (nood aan specialistische zorg, heelkundige zorg, opname in het ziekenhuis)	
Healthcare Setting	huisartsenpraktijk	

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?*

> PIPOH vraag 2 (A): Welke medicamenteuze eerstelijnsbehandelingen zorgen bij de oudere vrouwelijke patiënt (>65j) die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met stressincontinentie of gemengde urinaire-incontinentie voor minder ongecontroleerd urineverlies of een toegenomen QOL ('quality of life') ?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	de oudere (>65j) vrouwelijke patiënte met stress/gemengde urinaire incontinentie	
Interventions	behandeling medicamenteus	
Professionals	huisarts	
Outcomes	Minder ongecontroleerd urineverlies OF toegenomen QOL	
Healthcare Setting	huisartsenpraktijk	

PIPOH vraag 2 (B): Welke niet-medicamenteuze eerstelijnsbehandelingen zorgen bij de oudere vrouwelijke patiënt (>65j) die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met stressincontinentie of gemengde urine-incontinentie voor minder ongecontroleerd urineverlies of een toegenomen QOL ('quality of life')?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	de oudere vrouwelijke patiënte met stress/gemengde urinaire incontinentie	
Interventions	behandeling niet-medicamenteus	
Professionals	huisarts	
Outcomes	Minder ongecontroleerd urineverlies OF toegenomen QOL	
Healthcare Setting	huisartsenpraktijk	

Klinische vraag 3: *Welke incontinentiematerialen bestaan er, wat is de werkzaamheid en tolerantie?*

PIPOH vraag 3: Welke incontinentiematerialen zijn aan te bevelen bij een oudere patiënt die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met urine-incontinentie voor een verbetering van de QOL ('quality of life')?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	de oudere patiënt (>65j) met urine-incontinentie	
Interventions	diverse incontinentiematerialen	
Professionals	huisarts	
Outcomes	toegenomen QOL	
Healthcare Setting	0e/1e lijn	

Stap 2: Zoeken naar relevante richtlijnen

Het zoeken van relevante richtlijnen gebeurde in samenwerking met mijn richtlijnpartner. Na het definiëren van de klinische vragen werd er in februari 2015 op systematische wijze gezocht naar relevante, al bestaande richtlijnen. Er werd gestart met het zoeken binnen de GIN-database (http://www.g-i-n.net).
Als inclusiecriteria werden gebruikt: language Dutch + English, published >2009. In eerste instantie werden de zoektermen "urinary incontinence + (eldery OR frail)"gebruikt, er werd gezocht binnen de richtlijnen + guideline clearing reports. Hierbij werd slechts 1 resultaat gevonden. Hierop werd besloten de scope te verbreden met de zoekterm "urinary incontinence". Dit leverde 24 resultaten op. Een groot aantal richtlijnen werd tijdens de ruwe selectie uitgesloten om de volgende redenen: andere doelgroep (verpleegkundigen, kinesitherapeuten), populatie (pediatrie), ander onderwerp (MRI-beeldvorming, stroke-management urogenitale problemen).

Gezien de gevonden richtlijnen vooral de vrouwelijke populatie betroffen, werd de volgende strategie gehanteerd om ook de mannelijke populatie binnen de richtlijnen beter te vertegenwoordigen: een

nieuwe zoektocht werd uitgevoerd met de zoektermen: “LUTS OR mict* OR urin* tract sympt*”. Dit gebeurde met dezelfde inclusiecriteria en leverde 4 resultaten op.

Vervolgens werden ook de guideline.gov, evidence.nhs.uk, Trip Database en KCE doorzocht met dezelfde zoektermen. Na ruwe selectie werden hieruit geen extra richtlijnen weerhouden (dubbele resultaten, op basis van titel, doelgroep (kinesisten, fysische geneeskunde)).

De laatste stap in het zoeken naar relevante evidentie was het nagaan van de Belgische EBM-informatie (22-05-2015). Opnieuw werden dezelfde zoektermen gebruikt. Er werd gezocht binnen de publicaties van HGR-CSS-6, Minerva-13, Farmaka-2, RIZIV-8, BCFI (4 folia/3 transparantiefiches) en FOD volksgezondheid-89. Na ruwe selectie op titel werden behouden: 5 artikels van Minerva, 2 presentaties van Farmaka en 1 transparantiefiche van BCFI.

Tijdens het begeleidingsmoment van EBMPracticeNet (24/03/2015) werd ons de ongepubliceerde NHG-richtlijn “incontinentie voor urine bij vrouwen 2014” overhandigd. Op deze manier konden wij deze belangrijke richtlijn opnemen in onze literatuur. De update is op het moment van schrijven reeds gepubliceerd op de website van NHG.(7)

De volgende relevante richtlijnen werden gevonden:

1. Guidelines on Urinary Incontinence. (EAU) 2013.
2. Urinary Incontinence in women (NICE) 2013.
3. Guideline for the Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence: Update (AUA) 2009.
4. Urinary incontinence in neurological disease (NICE) 2012.
5. Urinary incontinence in the long term care setting (AMDA) 2012.
6. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians (ACP) 2014.
7. Urinary incontinence. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition. (Royal Australian College of General Practitioners) 2012.
8. Urogenital health In: Menopause and osteoporosis update 2009. (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) 2009
9. Guidelines for the evaluation and treatment of recurrent urinary incontinence following pelvic surgery. (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) 2010.
10. Lower urinary tract symptoms. (NICE) 2010.
11. Mictieklachten bij mannen. (NHG) 2013.
12. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. (EAU) 2011.
13. Guidelines on the treatment of non-neurogenic male LUTS (EAU) 2011.
14. Ongepubliceerde NHG-richtlijn: incontinentie voor urine bij vrouwen - 2e herziening oktober 2014 (NHG) 2014.

De volgende relevante en Belgische EBM-publicaties werden gevonden:

1. Drie vragen om urge- van stressincontinentie te onderscheiden.(Minerva) 2007.
2. Urge-incontinentie: wat is het nut van urinaire spasmolytica? (Minerva) 2012.
3. Oestrogenen voor de behandeling van urine-incontinentie bij postmenopauzale vrouwen. (Minerva) - update 2014.
4. Hormonale substitutie: niet effectief bij urinaire incontinentie? (Minerva) 2005.
5. Preventie van incontinentie: is training van de bekkenbodemspieren effectief? (Minerva) 2013.
6. Urine-incontinentie. (Farmaka) 2011.
7. Aanpak van urine-incontinentie. (BCFI) 2011.

Stap 3: Screenen gevonden richtlijnen

In deze stap werden de gevonden richtlijnen gescreend om een kleinere selectie te bekomen waarop de AGREE(Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) II (8) waardering zou worden toegepast. Hierbij werd allereerst de tekst van de richtlijn en de inhoud ervan overlopen. Er werd gekeken of de betreffende richtlijn antwoord zou geven op (een of meerdere van) onze klinische vragen.

Vervolgens werd ook een korte screening naar kwaliteit uitgevoerd. Hierbij werd de richtlijn getoetst aan de onderdelen 7, 9 en 23 van AGREE II:

- Onderdeel 7: Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal
- Onderdeel 9: De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven
- Onderdeel 23: Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.

8 richtlijnen werden afgekeurd wegens: scope (populatie bevatte geen/onvoldoende ouderen, neurogene problematiek), gedateerde evidentie, doelgebruiker (enkel 2^{e} lijn of fysiotherapeuten), kostprijs. Er werden 2 EBM-publicaties afgekeurd (populatie bevatte geen ouderen, gedateerde evidentie).

De weerhouden richtlijnen na screening:

1. Guidelines on Urinary Incontinence. (EAU) 2013.
2. Urinary Incontinence in women (NICE) 2013.
3. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline from the American College of Physicians (ACP) 2014.
4. Lower urinary tract symptoms. (NICE) 2010.
5. Mictieklachten bij mannen. (NHG) 2013.
6. Ongepubliceerde NHG-richtlijn: incontinentie voor urine bij vrouwen - 2e herziening oktober 2014 (NHG) 2014.

De weerhouden EBM-informatie na screening:

1. Drie vragen om urge- van stressincontinentie te onderscheiden.(Minerva) 2007.
2. Urge-incontinentie: wat is het nut van urinaire spasmolytica? (Minerva) 2012.
3. Oestrogenen voor de behandeling van urine-incontinentie bij postmenopauzale vrouwen. (Minerva) - update 2014.
4. Urine-incontinentie. (Farmaka) 2011.
5. Aanpak van urine-incontinentie. (BCFI) 2011.

Stap 4: Waarderen van geselecteerde richtlijnen

Stap 4.1: Evalueren van richtlijnen met AGREE II (8)

Om de kwaliteit van de richtlijnen te beoordelen werd gebruikt gemaakt van het instrument AGREE II. De Nederlandse versie van dit instrument werd gebruikt. Elke richtlijn werd uitgebreid bekeken. Telkens werd er een score gegeven op 23 onderdelen, dit in 6 verschillende domeinen. De domeinen betreffen:

1. Onderwerp en doel (onderdelen 1-3)
    1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven
    2. De vraag/vragen die in de richtlijn aan orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven
    3. De populatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.
2. Betrokkenheid van belanghebbenden (onderdelen 4-6)
    4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen
    5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie zijn nagegaan
    6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd
3. Methodologie (onderdelen 7-14)
    7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal
    8. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven
    9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven
    10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven
    11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen
    12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal
    13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld
    14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld
4. Helderheid en presentatie (onderdelen 15-17)
    15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig
    16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld
    17. De kernaanbevelingen wijn gemakkelijk te herkennen
5. Toepassing (onderdelen 18-21)
    18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn
    19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddel voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk
    20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen
    21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd
6. Onafhankelijkheid van de opstellers (onderdelen 22-23)
    22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn
    23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.

Voor elke aspect binnen deze domeinen werd door zowel mijn richtlijnpartner (evaluator 2) als door de onderzoeker (evaluator 1) onafhankelijk een score gegeven van 1-7. Hierbij staat de score 1 voor "zeer oneens": de beschikbare, relevante informatie is zeer slecht gerapporteerd. Score 7 staat hierbij voor "zeer eens": de beschikbare, relevante informatie is uitzonderlijk goed gerapporteerd en voldoet aan alle criteria en overwegingen die bij de toelichting in het AGREE-instrument worden beschreven. De scores 2-6 geven het spectrum weer tussen deze 2 uiterste waarden. Vervolgens werden de 2 scores per onderdeel steeds met elkaar vergeleken. Indien er geen gelijke score werd gegeven, werd er na overleg een consensus bereikt over de definitieve score. Deze definitieve score is geen gemiddelde score, maar een score resulterend uit de gezamenlijke reflectie.

Hieruit volgt voor ieder onderdeel, ieder domein en voor iedere richtlijn een definitieve (totaal)score. Deze scores geven een beeld over de kwaliteit van de desbetreffende richtlijn. Dit resultaat werd vervolgens gebruikt om een richtlijn al dan niet te behouden voor de richtlijnadaptatie. Voor AGREE II bestaat er geen minimumscore voor het behouden van een richtlijn. Wij, als beoordelaars, hebben met behulp van de scores een gemotiveerd besluit genomen.

RICHTLIJN TITEL:	EAU: Guidelines on urinary incontinence				
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Concensus**	**major remarks**
Scope and purpose	1	4	5	**4**	goed beschreven, evenwel vaag over doelen en verwachtingen alsook doelgroep
	2	5	5	**5**	vragen zichtbaar, maar niet in samenvatting, niet steeds als volledige pico, context niet goed beschreven
	3	4	5	**4**	doelpopulatie niet beschreven, wel exclusie geen inclusie geen definitie van ziekte, in inleiding, kan beknopter
TOTAAL /21		13	15	**13**	
Stakeholder involvement	4	2	1	**2**	enkel urologen, chair/member, plaats van tewerkstelling, geen beschrijving specifiek van rol
	5	1	1	**1**	niet beschreven
	6	6	4	**5**	duidelijk over doelgroep urologen, vaag voor anderen,wel duidelijk op welke manier hulp
TOTAAL /21		9	6	**8**	
Rigour of development	7	3	2	**2**	geen exacte zoekstrategie bijgesloten, pragmatische keuze beschreven ivm zoekdata, vage beschrijving van methode en updates
	8	5	1	**4**	PICO, studieontwerpen worden niet geheel duidelijk omschreven
	9	7	6	**7**	volgens grade, alsook woordvertaling
	10	2	2	**2**	koppeling aan grade, geen uitleg over systeem, wel consensus bij aabevelingen gezet in info
	11	7	4	**6**	voor/nadelen meegenomen, echter niet overal even duidelijk vermeld alsook geen specifiek overlopen van gegevens
	12	7	5	**7**	duidelijk schema van gradering, literatuurlijst, niet steeds samenvatting van verschillende literatuur, aangegeven wanneer update door consensus zonder verslag evenwel
	13	1	2	**2**	statement:this document was peer reviewed
	14	1	1	**1**	gezien updates, blijkbaar jaarlijks, maar geen systematiek
TOTAAL /56		33	23	**31**	
Clarity and presentation	15	7	5	**5**	vaak ondubbelzinnig, soms eenduidige moeilijk toe te passen aanbeveling zonder verder te ploeteren
	16	7	5	**6**	Alles staat er, maar niet als mooie lijst
	17	7	4	**5**	aanbevelingen duidelijk zichtbaar door kleur in kader, geen kernaanbevelingen, geen samenvatting van aanbevelingen
TOTAAL /21		21	14	**16**	
Applicability	18	1	1	**1**	enkel vermelding van niet voldoende info voor bepaalde gebruikers
	19	5	2	**4**	pocket guideline, algoritmen, geen samenvatting, summary of changes
	20	2	1	**1**	specifiek vermeld dat dit niet is meegenomen
	21	1	2	**1**	pad test, niet specifiek
TOTAAL /28		9	6	**7**	
Editorial independence	22	7	7	**7**	geen externe funding
	23	4	2	**3**	samenvatting van conflicts of interest, zonder bespreking of conclusies
TOTAAL /14		11	9	**10**	
OVERALL ASSESSMENT		4	3	4	**REMARKS**
Strongly recommend					
Recommend (with provisos / alterations)		**X**	X	X	voor de volledigheid, maar niet als hoofd
Would not recommend					
Unsure					

RICHTLIJN TITEL:	NICE: The management of urinary incontinence in women				
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Concensus**	**major remarks**
Scope and purpose	1	6	7	**7**	perfecte beschrijving van doel, populatie, geen te verw achten voordeel maar moeilijk bij dit onderw erp
	2	6	6	**6**	in appendix, geen context
	3	7	7	**7**	specifiek met definities
TOTAAL /21		19	20	**20**	
Stakeholder involvement	4	6	6	**6**	w erkzaamheden niet in originele richtlijn, geen taakbeschrijving
	5	4	2	**3**	w el patientenvertegenw oordiging, verder niets
	6	7	7	**7**	zeer duidelijke paragraaf voor w ie geschikt en met w elk doel
TOTAAL /21		17	15	**16**	
Rigour of development	7	7	7	**7**	aan alle criteria w ordt voldaan, volledige zoekstrategie
	8	7	7	**7**	goed terug te vinden, steeds besproken
	9	7	7	**7**	volledige bespreking van problemen binnen studies, GRADE
	10	6	6	**6**	methode beschreven en geschikt doch niet specifiek, niet per recommendation
	11	7	7	**7**	steeds meegenomen, specifieke zoekstrategie
	12	7	5	**5**	steeds goed meegenomen, echter geen gemakkelijke referentielijst, geen LE per recommendation
	13	3	2	**3**	gebeurd, maar geen beschrijving
	14	3	6	**6**	volgens NICE schema
TOTAAL /56		47	47	**48**	
Clarity and presentation	15	7	7	**7**	duidelijk gespecifieerd, negatieve effecten, bedenkingen zijn meegenomen
	16	7	7	**7**	ondanks brede scope zeer duidelijk
	17	7	5	**7**	key recommendations, einde paragraaf samengevat kader
TOTAAL /21		21	19	**21**	
Applicability	18	6	2	**5**	into practice guide beschikbaar
	19	7	5	**7**	vragenlijsten, algoritmes, online learning tool, lijst van sleutelaanbevelingen, tabblad om snel te kunnen w erken, implementatiegids
	20	6	5	**6**	steeds goed meegenomen, aparte zoekstrategie, geen kostenberekening voor implementatie, specifieke aankoopkosten vermeld
	21	4	4	**4**	w el concrete handvaten
TOTAAL /28		23	16	**22**	
Editorial independence	22	1	7	**7**	geen externe funding
	23	6	2	**5**	samenvatting, geen bespreking of conclusies, via declaration forms met uitgebreide beschrijving van belangen
TOTAAL /14		7	9	**12**	
OVERALL ASSESSMENT		6	6	6	**REMARKS**
Strongly recommend		**X**	**X**	**X**	
Recommend (w ith provisos / alterations)					
Would not recommend					
Unsure					

RICHTLIJN TITEL:	NICE: The management of lower urinary tract symptoms in men				
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Concensus**	**major remarks**
Scope and purpose	1	6	7	**7**	geen te verw achten voordeel
	2	7	6	**6**	geen context, verder specifiek en duidelijk
	3	7	6	**7**	goede beschrijving inclusie/exclusie, specifieke aandacht voor ouderen
TOTAAL /21		20	19	**20**	
Stakeholder involvement	4	6	6	**6**	w erkzaamheden niet in originele richtlijn, geen taakbeschrijving
	5	4	6	**5**	specifieke literatuurzoektocht, geen focusgroepen, geen beschrijving van gebruik in ontw ikkeling
	6	5	2	**5**	1e-2e-3e lijn, impliciet duidelijk w ie w elke rol heeft
TOTAAL /21		15	14	**16**	
Rigour of development	7	7	7	**7**	volledige zoekstrategie bijgesloten
	8	7	7	**7**	steeds in literature search + kw aliteitskenmerken voor w el of niet meenemen van literatuur
	9	7	7	**7**	zeer goed volledige bespreking van problemen binnne studies + grade
	10	6	6	**6**	methode beschreven zonder evenw el specificaties (w el geschikte methode), ook resultaat van individuele aanbevelingen, evenw el zonder specifieke stemmingsresultaten
	11	7	7	**7**	bij elke aanbeveling, ook specifieke literatuurzoektocht
	12	7	7	**7**	perfecte koppeling met discussie en tabellen
	13	5	2	**3**	externe review door guideline review panel, geen experts, geen beschrijving
	14	6	6	**6**	om de 3 jaar herziening, vroeger indien nodig (vaag), volgens uitgeschreven NICE methodologie
TOTAAL /56		52	49	**50**	
Clarity and presentation	15	7	6	**6**	niet steeds 100% specifiek w at betreft tijdsduur en stappenplan
	16	7	7	**7**	zeer duidelijk, zelfs in samenvatting
	17	7	7	**7**	eerst belangrijkste aanbevelingen, nadien volledige samenvatting duidelijk, stroomdiagrammen, nadien ook uitgeklapt met evidence
TOTAAL /21		21	20	**20**	
Applicability	18	6	3	**5**	korte samenvatting over kernaanbevelingen en w at er dient veranderd te w orden om het uit te voeren, niet specifiek in aanbevelingen zelf, into practice guide
	19	7	5	**7**	algoritmes en IPSS vragenlijst, quick reference guide, handige site, gids over implementatie, tools
	20	6	5	**6**	kosten baten steeds meegenomen in aanbevelingen, geen kosten-baten over praktijkveranderingen voor toepassen richtlijn, experten GDC
	21	6	2	**6**	concreet getallen in aanbevelingen
TOTAAL /28		25	15	**24**	
Editorial independence	22	1	3	**3**	financieringsbron vermeld, geen disclaimer
	23	6	7	**7**	vermelding, discussie, vermelding w anneer invloed
TOTAAL /14		7	10	**10**	
OVERALL ASSESSMENT		6	6	6	**REMARKS**
Strongly recommend		**X**	**X**	**X**	
Recommend (w ith provisos / alterations)					
Would not recommend					
Unsure					

RICHTLIJN TITEL:	ACP: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women				
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Concensus**	**major remarks**
Scope and purpose	1	6	6	**6**	populatie/doelgroep ok, doel, verw achtingen later in richtlijn
	2	6	6	**6**	context pas later vernoemd, w el doelgroep algemeen, verder specifiek en duidelijk
	3	7	4	**6**	geen vermelding leeftijd of andere uitsluitingscriteria maar ook niet specifiek vermeld, w el specifiek alle vrouw en
TOTAAL /21		19	16	**18**	
Stakeholder involvement	4	1	2	**1**	geen beschrijving leden w erkgroep behalve titels
	5	1	4	**3**	aandacht voor, vermelding in gevolgde richtlijn over richtlijnontw ikkeling, hier niet specifiek vermeld, niet makkelijk te vinden
	6	6	5	**6**	in full report uitgebreider, in richtlijn zelf vaag voor alle clinici
TOTAAL /21		8	11	**10**	
Rigour of development	7	5	7	**5**	correct en volledig beschreven in volledig report, geen juiste strategie, volledige zoekstrategie bijgesloten, update in ander bestand maar niet volledig
	8	5	6	**5**	criteria voor selectie beschreven in full report, in richtlijn niet genoemd
	9	5	6	**5**	via ACP/grade, met samenvatting in richtlijn
	10	1	3	**2**	via 2/3 meerderheid, evenw el niet specifiek beschreven en verduidelijkt, nieuw ere data niet vermeld
	11	5	6	**5**	genoteerd in appendix, afw eging + -, in guideline zelf niet uitgebreid beschreven
	12	5	7	**6**	APC, in guideline te w einig info
	13	4	2	**4**	ja, peer review ers genoemd met naam instelling maar geen verdere informatie over opmerkingen
	14	1	4	**1**	w el continue herbekijken en na 5j sow ieso verouderd voor report, geen vermelding voor richtlijn
TOTAAL /56		31	41	**33**	
Clarity and presentation	15	5	3	**3**	soms onduidelijk, geen specifieke w aardes of startdata
	16	7	7	**7**	goed ingegaan op verschillende opties binnen scope guideline
	17	7	7	**7**	samenvatting in beginkader
TOTAAL /21		19	17	**17**	
Applicability	18	1	2	**2**	korte bemerking over treatment discontinuation, verder niets
	19	3	1	**3**	samenvatting en tabellen
	20	2	5	**3**	intensieve aandacht, alsook vermeldingen maar niet duidelijk zichtbaar
	21	3	4	**3**	w el voorbeelden inzake QOL en metingen voor UI, maar bevelen niets aan
TOTAAL /28		9	12	**11**	
Editorial independence	22	6	7	**6**	geen externe financiering, geen statement
	23	6	6	**6**	vastgelegd, kort besproken, geen aanduiding hoe deze belangen van invloed kunnen zijn
TOTAAL /14		12	13	**12**	
OVERALL ASSESSMENT		5	5	5	**REMARKS**
Strongly recommend					
Recommend (w ith provisos / alterations)		**X**	X	X	**aanbevelingen niet praktisch te gebruiken**
Would not recommend					
Unsure					

RICHTLIJN TITEL:	NHG: incontinentie voor urine bij vrouwen (ongepubliceerd, 2e herz. oktober 2014)				
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Concensus**	**major remarks**
Scope and purpose	1	6	7	**6**	populatie, focus, te verw achten uitkomsten niet tgv breed onderw erp
	2	1	5	**2**	w el zoekstrategie, geen vragen, moeilijk te vinden, w el vermelding dat het is gebeurd
	3	7	7	**7**	specifiek beschreven, alsook definitie van termen
TOTAAL /21		14	19	**15**	
Stakeholder involvement	4	4	5	**5**	enkel namen, verder niets. In procedureboek evenw el richtlijnen samenstelling
	5	7	7	**7**	procedureboek, specifieke vermelding oriënterend literatuuronderzoek
	6	6	5	**6**	niet specifiek vermeld, evenw el duidelijk in alles
TOTAAL /21		17	17	**18**	
Rigour of development	7	7	7	**7**	zoekstrategie bijgesloten, procedureboek
	8	2	5	**2**	procedureboek vage beschrijving, niet specifiek voor richtlijn, vage informatie in zoekstrategie bij zeer goed zoeken
	9	5	6	**5**	in noten moeilijk te vinden, w el discussie. Procedureboek vermelding grade. Zou optioneel te vinden zijn in appendix, niet te vinden, ondanks mails aan NHG
	10	4	6	**4**	procedureboek, niet uitgebreid, geen vermelding hoe consensus gebeurt.
	11	7	6	**6**	in noten, moeilijk te vinden, duidelijk en coherent. In procedureboek systematiek duidelijk
	12	7	6	**7**	in noten, moeilijk te vinden, duidelijk en coherent
	13	5	6	**5**	Relevante experts, evenw el niet duidelijk hoe info w ordt gebruikt, vage vermelding in procedureboek
	14	1	4	**4**	geen geldigheidsduur, procedure w el duidelijk beschreven in procedureboek
TOTAAL /56		38	46	**40**	
Clarity and presentation	15	7	7	**7**	duidelijke ondubbelzinnige aanbevelingen, genuanceerd
	16	7	7	**7**	diverse behandelopties duidelijk beschreven
	17	7	7	**7**	kader aan begin met kernaanbevelingen
TOTAAL /21		21	21	**21**	
Applicability	18	1	5	**3**	moeilijk te vinden, evenw el discussie over scholing en toepassen van richtlijn, uitbesteden
	19	-	-	**-**	niet beoordeelbaar huidige versie
	20	2	5	**3**	rekening gehouden en vermelding van kostenplaatje, evenw el geen uitw erking per aanbeveling
	21	5	5	**5**	evaluatietijden, alsook dagboek (eventueel)
TOTAAL /28		nvt	nvt	**nvt**	
Editorial independence	22	7	7	**7**	procedureboek
	23	-	-	**-**	niet beoordeelbaar huidige versie
TOTAAL /14		nvt	nvt	**nvt**	

OVERALL ASSESSMENT		6	6	6	**REMARKS**
Strongly recommend		**X**	**X**	**X**	
Recommend (w ith provisos / alterations)					
Would not recommend					
Unsure					

RICHTLIJN TITEL:	NHG: Mictieklachten bij mannen				
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Concensus**	**major remarks**
Scope and purpose	1	6	7	6	populatie, focus, te verw achten uitkomsten niet tgv breed onderw erp
	2	1	5	2	w el zoekstrategie, maar geen specifieke vragen, moeilijk te vinden, w el vermelding dat het is gebeurd
	3	7	5	6	inclusie/exclusie, door grootte thema evenw el niet verder specifiek
TOTAAL /21		14	17	14	
Stakeholder involvement	4	7	6	6	geen uroloog, w el huisartsen met spec. urologie, epidemioloog
	5	7	7	7	procedureboek, specifieke vermelding orienterend literatuuronderzoek
	6	6	5	6	niet specifiek vermeld, evenw el meerdere vermeldingen naar 'de huisarts …'
TOTAAL /21		20	18	19	
Rigour of development	7	7	7	7	zoekstrategie bijgesloten, procedureboek
	8	2	5	5	procedureboek vage beschrijving, niet specifiek voor richtlijn, vage informatie in zoekstrategie bij zeer goed zoeken
	9	5	6	5	in noten moeilijk te vinden, w el discussie. Procedureboek vermelding grade. Zou optioneel te vinden zijn in appendix, niet te vinden, ondanks mails aan NHG
	10	4	6	4	procedureboek, niet uitgebreid, geen vermelding hoe consensus gebeurt.
	11	7	6	6	in noten, moeilijk te vinden, duidelijk en coherent. In procedureboek systematiek duidelijk
	12	7	6	7	in noten, moeilijk te vinden, duidelijk en coherent
	13	5	7	5	Relevante experts, evenw el niet duidelijk hoe info w ordt gebruikt, vage vermelding in procedureboek
	14	1	4	4	geen geldigheidsduur, procedure w el duidelijk beschreven in procedureboek
TOTAAL /56		38	47	43	
Clarity and presentation	15	7	7	7	duidelijke ondubbelzinnige aanbevelingen, genuanceerd
	16	7	7	7	diverse behandelopties duidelijk beschreven
	17	7	7	7	kader aan begin met kernaanbevelingen
TOTAAL /21		21	21	21	
Applicability	18	1	1	1	geen vermelding over toepassing binnen sociale kaart
	19	5	7	6	samenvatting - uitgebreide hulpmiddelen - keuzehulp - leermodules, geen belemmerende/bevorderende factoren
	20	2	5	3	rekening gehouden en vermelding van kostenplaatje, evenw el geen uitw erking per aanbeveling
	21	6	6	6	bespreking w anneer effect te verw achten, w at anders, vage verw ijzing plasdagboek, verder subjectief
TOTAAL /28		14	19	16	
Editorial independence	22	7	7	7	procedureboek
	23	6	6	6	genoteerd, niet besproken/conclusies
TOTAAL /14		13	13	13	

OVERALL ASSESSMENT	6	6	6	**REMARKS**
Strongly recommend	**X**	**X**	**X**	
Recommend (w ith provisos / alterations)				
Would not recommend				
Unsure				

Na het waarderen van de richtlijnen met behulp van AGREE II werden 4 richtlijnen behouden met een zeer goede algemene score (6 op 7) zonder verdere opmerkingen:

1. Urinary Incontinence in women (NICE) 2013
2. Lower urinary tract symptoms. (NICE) 2010
3. Mictieklachten bij mannen. (NHG) 2013
4. Ongepubliceerde richtlijn: incontinentie voor urine bij vrouwen - 2e herziening oktober 2014 (NHG) 2014

Tevens werden ook 2 andere richtlijnen behouden met een eerder matige score, respectievelijk 4 en 5 op 7:

5. Guidelines on Urinary Incontinence. (EAU) 2013
6. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians (ACP) 2014.

Deze richtlijnen werden gebruikt met onderlinge overeenstemming dat, indien de aanbevelingen niet strookten met de eerste 4 richtlijnen (NICE en NHG), deze enkel mochten worden overgenomen na diepteanalyse en discussie tussen beide richtlijnpartners.

Stap 4.2 Inventariseren van de inhoud van de aanbevelingen

In deze stap lijstte de onderzoeker de verschillende aanbevelingen per richtlijn per klinische vraag op. Hierdoor werd een goed overzicht over de verschillende aanbevelingen, het niveau van bewijskracht en de gebruikte bewoording verkregen. Steeds werd namelijk, indien de oorspronkelijke richtlijn dit toelaat, het niveau van bewijskracht vermeld. Ideaal gezien wordt GRADE gebruikt om het niveau van bewijskracht weer te geven. Vaak echter, zoals in de NICE richtlijnen, werd er een eigen manier van noteren gebruikt. In de matrix werd daarbij de methode toegelicht. Op deze manier konden de aanbevelingen van de verschillende richtlijnen goed worden vergeleken en wordt het makkelijker de sterke aanbevelingen te identificeren.

Stap 4.3 Waarderen van de aanbevelingen op actueel zijn

Vervolgens werden de aanbevelingen gewaardeerd op het vlak van actueel zijn. Dit is een belangrijke stap gezien richtlijnen van goede kwaliteit ook snel gedateerd kunnen zijn. Vooral de publicatiedata van de gebruikte evidentie in de richtlijnen zijn hiervoor van belang. Er werd gekeken binnen welke periode de richtlijnmakers naar literatuur hadden gezocht. Telkens werd bekeken of er reeds nieuwe evidentie rond dit onderwerp bestond. Deze informatie werd door de onderzoeker gezocht door gebruik te maken van de watervalmethode. Er werd gestart met het zoeken binnen de Cochrane database (www.cochrane.org) om na te gaan of er nieuwe systemische reviews waren gepubliceerd. Vervolgens werd ook binnen de MEDLINE database (www.pubmed.com) gezocht, via de elementen die in stap 1 (PIPOH) waren gedefinieerd. Deze termen werden omgezet in MESH-termen.

Er werd eerst een algemene zoekterm genoteerd:

((("Frail Elderly"[Mesh] OR "Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Urinary Incontinence"[Mesh]) AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2010/05/21"[PDat] : "2015/05/19"[PDat] AND English[lang])

Vervolgens werd per klinische vraag een/meerdere extra zoekterm(en) toegevoegd. Hieronder staan de toegevoegde MESH-termen en de resultaten op korte wijze weergegeven.

Klinische vraag 1: *Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk?*

AND ("Referral and Consultation"[Mesh])
Aantal gevonden systemische reviews:0

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?*

AND "Urinary Incontinence, Stress"[Mesh]
AND "mixed"

Aantal gevonden systemische reviews betreffende stressincontinentie: 5. Weerhouden na titel en abstract: 1. Voor mixed-incontinentie werd geen van de 6 gevonden systemische reviews weerhouden.

1. Bø K, Hilde G. Does it work in the long term?--A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. Neurourol Urodyn. 2013 Mar;32(3):215-23.

Klinische vraag 3: *Welke incontinentiematerialen bestaan er, wat is de werkzaamheid en tolerantie?*

AND (("Absorbent Pads"[Mesh] OR "Incontinence Pads"[Mesh] OR "Diapers, Adult"[Mesh]) OR "Pessaries"[Mesh])
Aantal gevonden systemische reviews: 3. Weerhouden:1.

1. Lipp A et al. Mechanical devices for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 17;12.

Stap 4.4: Waarderen van de aanbevelingen op samenhang

In deze stap werden de gevolgde zoekstrategieën van de diverse richtlijnen bekeken. Vervolgens werd er een evaluatie gemaakt over de samenhang tussen de geselecteerde evidentie en de interpretatie daarvan naar de uiteindelijk geformuleerde aanbevelingen door de auteurs.

De zoekstrategie werd beoordeeld. Er werd gekeken naar de zoekperiode, de inclusie/exclusiecriteria, de onderzochte databases en de gebruikte zoektermen. Voor de richtlijnen van NHG (7,9), NICE (10,11) en de richtlijn van ACP (12) werden hierbij geen belangrijke opmerkingen genoteerd. Bij de richtlijn van de EAU (13) werd de zoekstrategie niet bijgesloten, waardoor evaluatie niet mogelijk was. Het missen van belangrijke studies kon hier niet worden uitgesloten.

Voor de beoordeling van de samenhang van de aanbevelingen werd allereerst bekeken of de samenvatting en interpretatie van de evidentie op correcte wijze was gebeurd. Over het algemeen gebeurde dit op correcte wijze Voor de richtlijn van de EAU was er echter regelmatig sprake van inconsistentie. De opmerkingen hieromtrent werden zorgvuldig in de matrix genoteerd.

Stap 4.5: Waarderen van de aanbevelingen op toepasbaarheid

De aanbevelingen werden bekeken op hun toepasbaarheid in de Belgische context. Hierbij viel op dat in sommige RCT's die gebruikt werden om de aanbevelingen op te stellen geen/weinig (hoog)bejaarden werden meegenomen in de onderzochte patiëntenpopulatie. Dit werd genoteerd in de matrix, zodat er rekening kon worden gehouden met de beperkte toepasbaarheid voor de patiëntengroep van de desbetreffende aanbevelingen.

Voor het gebruik van incontinentiematerialen werd genoteerd dat er slechts een beperkt forfait beschikbaar is voor de terugbetaling van deze materialen. Het gebruik van duloxetine werd in de meeste aanbevelingen afgeraden (de EAU beveelt het gebruik in uitzonderlijke omstandigheden aan),

de kostprijs werd opgezocht (kostprijs per dag 2,06 euro) en er werd gevonden dat er geen terugbetaling in deze indicatie is geregeld.

Stap 5: Selecteren van de aanbevelingen voor verdere adaptatie

In deze stap werden alle vorige stappen herbekeken. De aanbevelingen van de Duodecim richtlijn werden vergeleken met de aanbevelingen van de andere richtlijnen, de Belgische EBM-informatie en eigen klinische ervaring. Op deze manier werd er besloten of de oorspronkelijke aanbevelingen moesten worden behouden of worden aangepast. Deze stap was niet eenvoudig: zeer veel informatie moest worden vergeleken en op waarde geschat. De samenwerking met mijn richtlijnpartner was daarom van het grootste belang om bij twijfel discussie te kunnen voeren en tot een correcte beslissing te komen. Iedere stap in de besluitvorming werd zeer nauwkeurig genoteerd in de matrix. De meeste oorspronkelijke aanbevelingen dienden te worden aangepast.

Klinische vraag 1: *Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk?*

Het formuleren van de aanbevelingen in deze stap was niet eenvoudig. Alle aanbevelingen waren gebaseerd op 'expert opinions'. In de matrix werd een extra tabblad gecreëerd waarbij de verschillende aanbevelingen werden bekeken en, indien mogelijk, onder een zelfde noemer geplaatst. Daaruit bleek dat de verschillende richtlijnen frequent tot dezelfde doorverwijscriteria kwamen als de Duodecim richtlijn. De NICE-richtlijnen (10,11) voerden als enige 2 richtlijnen ook het argument 'suspected cancer' op. Gezien dit vanuit klinische ervaring een belangrijk argument is voor doorverwijzing werd deze aanbeveling toegevoegd.

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?*

Hierbij was er veel overeenstemming binnen de verschillende richtlijnen betreffende de niet-medicamenteuze behandelingen voor stressincontinentie. De aanbevelingen in de Duodecim richtlijn waren zeer beperkt t.o.v. de aanbevelingen in de andere richtlijnen, waardoor belangrijke adaptatie noodzakelijk was.

Patiënten met gemengde incontinentie vormen een belangrijke groep van de vrouwen met urine-incontinentie. Hierdoor werden deze vrouwen voor de onderzoeken betreffende de niet-medicamenteuze behandeling zowel voor stress- als voor urge-incontinentie in de meeste RCT's mee geïncludeerd. De aanbevelingen voor beide groepen gelden daarom ook voor de patiënten met gemengde incontinentie. Onderstaande aanbeveling uit de NHG-richtlijn (7) werd toegevoegd als praktisch handvat voor de lezer:

"Bij gemengde incontinentie wordt de aanpak bepaald door de klachten die het meest op de voorgrond staan. Bij onvoldoende effect van deze aanpak na 6 weken voegt men hieraan behandeling van het andere type incontinentie toe"

De aanbevelingen rond medicamenteuze behandeling over het gebruik van duloxetine, waren in mindere mate eenduidig. De meeste richtlijnen echter, zeker wanneer de aanbeveling het gebruik in de eerste lijn betrof, raden het gebruik af. Vandaar dat de aanbeveling in deze richting werd geadapteerd.

Klinische vraag 3: *Welke incontinentiematerialen bestaan er, wat is de werkzaamheid en tolerantie?*

Zoals bij de eerste klinische vraag, waren er op dit gebied hier ook veel aanbevelingen in de verschillende richtlijnen. Deze aanbevelingen waren zelden gestoeld op evidentie. Opnieuw werd de strategie gevolgd waarbij de verschillende aanbevelingen zoveel mogelijk onder dezelfde noemers werden geplaatst. Enkel de NICE-richtlijnen deden uitgebreide aanbevelingen over het toepassen van

katheterisatie. (10,11) Na overleg met richtlijnpartner en promotor werden ook deze aanbevelingen geselecteerd.

Voor de uiteindelijk geselecteerde aanbevelingen wordt verwezen naar de hoofdstukken ‘stap 7’ en ‘resultaten’.

Stap 6: Nazicht leescommissie

De matrix werd tot en met stap 4.5 voorgelegd aan de promotor, prof. Johan Wens. Na zijn goedkeuring, werd de matrix overhandigd aan EBMPracticeNet, waarbij Prof. Paul Van Royen als lid van de leescommissie werd aangesteld om de matrix te controleren. Prof. Paul van Royen oordeelde ook dat een majeure adaptatie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn noodzakelijk was. Verder maakte hij de opmerking dat stap 4.3-4.5 nog niet werd ingevuld voor de Duodecim richtlijn. Dit werd aangepast. Gezien de weinige informatie die hieromtrent echter beschikbaar was, konden veel onderdelen van de Duodecim richtlijn niet verder worden ingevuld.

Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: opmaken van eerste versie – toepassen van GRADE

In deze stap werd de richtlijn herschreven waarbij de geadapteerde aanbevelingen werden verwerkt. Deze aanbevelingen dienden eerst nog gewaardeerd te worden. Dit gebeurde door het toekennen van een GRADE-score. GRADE helpt de lezer op een overzichtelijke, korte en uniforme wijze een inzicht te geven over de sterkte van de aanbeveling en over de kwaliteit van de achterliggende evidentie (5).

Kwaliteit van bewijs

A= hoge kwaliteit van bewijs: verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen

B = matige kwaliteit van bewijs: verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen

C= Laag tot zeer lage kwaliteit van bewijs: verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker

Graad van aanbeveling

1 = sterke aanbeveling: gebaseerd op beschikbaar bewijs. Indien men erg zeker is dat de voordelen de nadelen niet/wel waard zijn. Woordkeuze: “we bevelen aan/af”.

2 = zwakke aanbeveling: gebaseerd op beschikbaar bewijs. Indien men gelooft dat de voordelen en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar. Een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor-en nadelen Formulering: “we suggereren om iets wel/niet te doen”

Een overzicht van de verschillende graden van aanbeveling: (14)

Graden van aanbeveling		Voordelen vs nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1 A	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1 B	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	
1 C	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht		Observationele studies of case studies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2 A	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2 B	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies	
2 C	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of case studies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

GPP staat voor 'good practice point', bij deze aanbevelingen is er een gebrek aan evidentie. De GPP's zijn gebaseerd op 'expert opnions'.

Dit leverde de volgende aanbevelingen op, met een bijbehorende GRADE:

Klinische vraag 1: *Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk?*

- Verdenking op urinaire obstructie
  - waarbij men kan vermoeden dat conservatieve behandeling onvoldoende resultaat zal opleveren **(GPP)**
- Ernstige symptomen **(GPP)**
- Geen resultaat van conservatieve behandeling **(GPP)**
- Verdenking op urologische maligniteit **(GPP)**
- Postoperatieve complicaties **(GPP)**

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?*

Niet medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

- Bied vrouwen met stressincontinentie een proef aan van (gesuperviseerde) bekkenbodemtraining (ten minste 3 maanden) als eerstelijnsbehandeling. **(1A)**
- Bekkenbodemtraining programma's moeten bestaan uit ten minste 8 contracties 3 maal per dag. **(1C)**
- Gebruik biofeedbacktraining door middel van perineometrie of bekkenbodemelektromyografie niet als routine onderdeel van de bekkenbodemtraining. **(2B)**

- Bespreek als alternatief de optie om een pessarium te gebruiken bij vrouwen met stressincontinentie. **(2B)**

Medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

- Bij de behandeling van stressincontinentie is er geen plaats voor duloxetine **(1A)**

Beleid bij gemengde incontinentie

- Bij gemengde incontinentie wordt de aanpak bepaald door de klachten die het meest op de voorgrond staan. Bij onvoldoende effect van deze aanpak na 6 weken voegt men hieraan behandeling van het andere type incontinentie toe**. (GPP)**
    - Bied voor ten minste 6 weken blaastraining aan als eerstelijnsbehandeling voor vrouwen met gemengde-incontinentie **(1A)**
    - Bied vrouwen met gemengde incontinentie een proef aan van (gesuperviseerde) bekkenbodemtraining (ten minste 3 maanden) als eerstelijnsbehandeling **(1A)**

Klinische vraag 3: *Welke incontinentiematerialen bestaan er, wat is de werkzaamheid en tolerantie?*

Algemeen:

- Informeer de oudere patiënt met urine-incontinentie en/of zijn verzorgers over de verschillende behandelopties, voordat wordt besloten om enkel incontinentiematerialen te gebruiken. **(GPP)**
- De huisarts verwijst patiënten die opvangmateriaal willen gebruiken naar de apotheek, thuiszorgwinkel of een deskundige verpleegkundige, die hen in de keuze voor (en het gebruik van) een bepaald product kunnen begeleiden. (**GPP)**
- Het kan moeilijker zijn voor oudere mannen om het gebruik van incontinentieverbanden te aanvaarden, zij zouden bijzondere aandacht moeten krijgen tijdens de begeleiding en de educatie **(GPP)**

Katheterisatie bij vrouwen:

- Blaaskatheterisatie (intermittent, verblijfskatheter urethraal of suprapubisch) moet worden overwogen bij vrouwen bij wie persisterende urineretentie incontinentie veroorzaakt, en bij wie dit op geen andere manier kan gecorrigeerd worden. **(GPP)**
- Bied aan vrouwen met urineretentie intermittente urethrale katheterisatie aan wanneer zelfkatheterisatie kan worden aangeleerd, of wanneer de techniek kan worden toegepast door de verzorger. **(GPP)**
- Wees bewust van de gevolgen op lange termijn bij urethrale verblijfskatheters. Indicaties voor langdurig gebruik van urethrale verblijfskatheters voor vrouwen met urine-incontinentie zijn:
    - Chronische urineretentie bij vrouwen die geen intermittente zelfkatheterisatie kunnen toepassen.
    - Wonden, drukulcera of huidirritaties die gecontamineerd zijn door urine
    - Pijn of ongemak tijdens verkleden of verbedden
    - Wanneer de vrouw de voorkeur voor deze methode heeft. **(GPP)**

Katheterisatie bij mannen:

- Bied mannen met LUTS met urine-incontinentie externe opvangsystemen aan, voordat verblijfskatheterisatie wordt overwogen. **(GPP)**
- Bied mannen met LUTS intermittente blaaskatheterisatie aan voordat verblijfskatheterisatie urethraal of suprapubisch wordt overwogen **(GPP)**
- Overweeg het aanbieden van langdurige urethrale katheterisatie aan mannen met LUTS:

- Bij wie andere behandelopties ontoereikend zijn en bij wie chirurgie niet van toepassing is
- Die geen intermittente zelfkatheterisatie kunnen toepassen
- Met wonden, drukulcera of huidirritaties die gecontamineerd zijn door urine
- Met pijn of ongemak tijdens verkleden of verbedden **(GPP)**

Fase 3: Implementatiefase

Stap 8: Peer review

In deze stap werd de richtlijn voorgelegd aan de gebruikersgroep, namelijk de huisartsen. De toetsing bij de gebruikers vond plaats in februari 2016. Wij legden onze richtlijn voor aan zowel startende- als ervaren artsen. De groepen artsen betroffen de LOK-groep van groepspraktijken Fruithof en Eliaerts (9 artsen) en een seminariegroep (10 huisartsen-in opleiding) onder leiding van Riet Breesch (1 arts).

In beide groepen vond de peer review op gelijke manier plaats. Alle documenten en de presentatie werden samengesteld door beide richtlijnpartners, zodat toetsing van de gehele richtlijn kon gebeuren. Allereerst werd er middels een PowerPointpresentatie een inleiding gegeven en werd het doel van de review uitgelegd. Daarna kregen de artsen de 1e vragenlijst (vragen + resultaten: hoofdstuk resultaten) voorgelegd en kregen zij voldoende tijd om deze rustig te kunnen invullen. Het doel van deze 1e vragenlijst was 2-ledig: allereerst om de interesse te wekken en de artsen alvast te doen nadenken over het onderwerp, ten tweede kon hiermee ook interessant cijfermateriaal worden verkregen.

Vervolgens werden de aanbevelingen over de verschillende onderwerpen doorlopen met de PowerPointpresentatie. Telkens werd hierbij ruimte gelaten voor discussie, de opmerkingen werden genoteerd. Indien mogelijk beantwoordden de onderzoekers ook de vragen van de artsen. Tijdens dit proces vulden de artsen ook een 2e vragenlijst in. In deze vragenlijst konden de artsen per aanbeveling invullen hoe toepasbaar zij de aanbeveling vonden in hun dagelijkse praktijk. Men kon dit invullen aan de hand van de volgende cijfercode: 1: Niet toepasbaar, 2: Eerder niet toepasbaar, 3: Eerder wel toepasbaar 4: Wel toepasbaar.

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

De laatste stap van de implementatiefase was een toetsing in de eigen praktijk. Deze stap heeft 2 doeleinden: het in de praktijk brengen van de richtlijn op kleine schaal en het opzetten van een klein praktijk verbeterend project. Gezien eerst alle andere stappen doorlopen dienden te zijn in het tijdvenster van de masterproef binnen de 2-jarige opleiding tot huisarts, was er voor dit deel van het project slechts een beperkte tijdspanne.

De peerreview en nadien de bespreking hiervan binnen de praktijk vormde de basis voor dit onderdeel van de implementatie. Hieruit was gebleken dat artsen zichzelf zeer weinig kennis toeschreven over de incontinentiematerialen. Zij vonden dat zij de patiënt onvoldoende konden voorlichten hierover. De richtlijn geeft aan om dan door te verwijzen naar anderen (bijv. verpleegkundige of apotheker) zodat de patiënt hier verder informatie kan krijgen. De artsen vonden enige kennis bij de arts zelf echter ook wel wenselijk. Zo kan de arts het onderwerp gemakkelijker bespreekbaar maken, de gêne bij sommige patiënten wat wegnemen, en de patiënt alvast een beetje op weg helpen met zijn/haar keuze. Dit komt de zorg voor de patiënt ten goede. In overleg met de promotor en de collega's van mijn praktijk werd besloten een overzicht van de verschillende incontinentiematerialen toe te voegen. De verschillende grote mutualiteiten werden hiervoor gecontacteerd: de CM, LM, OZ en Voorzorg. Dit proces verliep niet voorspoedig, veel telefoontjes en e-mails werden verstuurd. Vaak werd door de verschillende mutualiteiten beloofd terug contact op te nemen, maar vervolgens werd dit niet meer gedaan. Ook herhalingstelefoons en e-mails konden hier geen verbetering meer inbrengen. De thuiszorgwinkel van de CM echter, wilde zich graag engageren voor dit project.

- Er werd in onze praktijk een presentatie verzorgd door Nico Belmans om onze artsen een overzicht te geven over de verschillende incontinentiematerialen, hun mogelijkheden en hun beperkingen. De prijscategorie werd in grote lijnen ook besproken. Tevens werd ook uitleg gegeven over hoe men de patiënt met incontinentie begeleidt in de thuiszorgwinkel.
- Vervolgens werd een praktijkkoffer met incontinentiematerialen samengesteld. Indien nodig kan de arts deze gebruiken om de verschillende materialen te bespreken samen met de patiënt.
- De onderzoeker maakte ook een overzichtsfiche van de materialen, naar aanleiding van de verkregen informatie en een korte literatuursearch op pubmed.com met de zoekterm "incontinence product*". Dit werd gedaan met het doel om voor onze artsen en andere richtlijngebruikers dit deel van de zorg voor de patiënt met urine-incontinentie te vergemakkelijken en te verbeteren.
- De kostprijs van de verschillende incontinentiematerialen werd opgezocht. Van elke categorie binnen de incontinentiematerialen werd de prijs van 3-6 materialen (afhankelijk van de hoeveelheid aangeboden producten) opgezocht bij de verschillende mutualiteiten (CM, Voorzorg en OZ). De prijs van elk product bij elke mutualiteit werd omgerekend naar een prijs voor 10 producten. Vervolgens werd een gemiddelde prijs uitgerekend. Zo kon een prijscategorie aan de informatiefiche worden toegevoegd.
- Er werd ook informatie opgezocht over de terugbetalingsmodaliteiten. Deze informatie werd toegevoegd, net als het aanvraagformulier voor het incontinentieforfait dat de huisarts kan invullen.
- Alle informatie werd bovendien vertaald naar een patiëntenfolder voor onze praktijk. Op deze manier kan de arts niet alleen mondeling informatie geven, maar deze informatie ook schriftelijk meegeven. Deze folder werd tevens geëvalueerd door enkele patiënten. Hun opmerkingen werden meegenomen voor de finale versie.

Een ander aspect dat uit de peer review naar voren kwam, was dat er bij vele artsen toch een duidelijke weerstand was tot het voorschrijven en dus ook inbrengen van het pessarium. Een bijlage bij de overzichtsfiche (stroomdiagram, zie infra) over het gebruik van het pessarium werd toegevoegd. Het doel hiervan is de implementatie van de aanbeveling te verbeteren door op deze manier de drempel tot het bespreken hiervan te verminderen of weg te nemen.

Tevens werd ook een stappenschema in de vorm van een stroomdiagram toegevoegd aan de richtlijn. Hierin werden kort de belangrijkste aspecten van anamnese en klinisch onderzoek weergegeven, alsook de verwijscriteria. De arts kan vervolgens het schema verder volgen naar de aanbevelingen betreffende de behandeling van urine-incontinentie bij ouderen. Dit stroomdiagram werd gemaakt in samenwerking met mijn richtlijnpartner Wouter Umans om zo een goed en volledig overzicht te kunnen geven betreffende het beleid in de 1^{e} lijn. Ook dit instrument heeft tot doel de implementatie van de richtlijn te vergemakkelijken.

De instrumenten betreffende het pessarium en het stroomdiagram werden in de periode februari – maart 2016 (2 maanden) ter beschikking gesteld aan de artsen van mijn praktijk. Nadien werd de bruikbaarheid hiervan geëvalueerd. Ook de overige aanbevelingen werden doorgesproken met de artsen van de praktijk. Aan de hand van deze evaluatie werd de praktijkconsensus opgesteld.

Resultaten

Resultaten richtlijn

Klinische vraag 1: *Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk?*

Kernboodschap

- Verdenking op urinaire obstructie
  - waarbij men kan vermoeden dat conservatieve behandeling onvoldoende resultaat zal opleveren **(GPP)**
- Ernstige symptomen **(GPP)**
- Geen resultaat van conservatieve behandeling **(GPP)**
- Verdenking op urologische maligniteit **(GPP)**
- Postoperatieve complicaties **(GPP)**

Toelichting

Bij verdenking op urinaire obstructie, dient te worden nagegaan of conservatieve behandeling nog voldoende resultaat kan opleveren. Indien men verwacht dat dit niet zo is kan men de patiënt direct doorverwijzen. Redenen om de patiënt direct door te verwijzen zijn bijvoorbeeld ernstige prostaatproblemen bij mannen of een prolaps voorbij de hymenring bij vrouwen. (7) Indien bijvoorbeeld een veel geringere prolaps aanwezig is, kan eerst de tussenstap met een pessarium worden overwogen.

Het doorverwijzen bij ernstige symptomen blijft een zeer subjectief gegeven. De NHG-richtlijn (7) geeft voor stressincontinentie hier, in de mate van het mogelijke, een meer specifieke definitie van: ‘meerdere keren per week urineverlies met veel hinder’. Het blijft belangrijk om dit met de patiënt te bespreken, uiteindelijk blijft die zelf de expert om de mate van hinder te evalueren.

Alle richtlijnen bevelen aan om door te verwijzen bij uitblijvend resultaat van conservatieve behandeling. Men specificeert meestal niet hoelang men mag wachten op dit resultaat. De NHG-richtlijn specificeert hier een periode van 3 maanden bij behandeling van vrouwen met stressincontinentie (bekkenbodemtraining of gebruik pessarium). Dit komt overeen met de aanbeveling betreffende het aanbieden van bekkenbodemtraining om deze training ten minste 3 maanden vol te houden (zie niet-medicamenteuze behandeling bij stressincontinentie).

Bij verdenking op urologische maligniteit of bij postoperatieve complicaties dient te worden doorverwezen. De bovenstaande aanbevelingen zijn allen ‘good practice points’, er bestaat met andere woorden geen evidentie voor deze aanbevelingen. De arts kan beslissen om, vanuit het eigen klinisch redeneren, ook buiten deze criteria om de patiënt door te verwijzen.

Basis voor de aanbevelingen

Als basis voor bovenstaande aanbevelingen werd de Finse Duodecim richtlijn ‘urine-incontinentie bij ouderen’ gebruikt. Deze aanbevelingen werden vergeleken met de richtlijnen van NICE: ‘management of urinary incontinence in women’ en ‘the management of lower urinary tract symptoms in men’ en NHG: ‘incontinentie voor urine bij vrouwen’ en ‘mictieklachten bij mannen’. De aanbevelingen van deze richtlijnen (allen gebaseerd op expert opinies) kwamen in grote lijnen overeen met de aanbevelingen van de Duodecim richtlijn. De aanbeveling ‘verdenking op urologische maligniteit’ werd toegevoegd. Vanuit klinisch oogpunt en in de lijn van de aanbeveling in de NHG-richtlijn (7) werd de aanbeveling ‘verdenking op urinaire obstructie’ uitgebreid met de opmerking ‘waarbij men kan

vermoeden dat conservatieve behandeling onvoldoende resultaat zal opleveren'. De onderzoeken betreffende de effectiviteit van conservatieve methoden excludeerden vrijwel altijd vrouwen met een prolaps voorbij de hymenring. Hierdoor ontbreekt de evidentie om deze methoden toe te passen, en kan directe verwijzing worden overwogen.

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?*

Kernboodschap

Niet medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

- Bied vrouwen met stressincontinentie een proef aan van (gesuperviseerde) bekkenbodemtraining (ten minste 3 maanden) als eerstelijnsbehandeling. **(1A)**
- Bekkenbodemtraining programma's moeten bestaan uit ten minste 8 contracties 3 maal per dag. **(1C)**
- Gebruik biofeedbacktraining door middel van perineometrie of bekkenbodemelektromyografie niet als routine onderdeel van de bekkenbodemtraining. **(2B)**
- Bespreek als alternatief de optie om een pessarium te gebruiken bij vrouwen met stressincontinentie. **(2B)**

Medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

- Bij de behandeling van stressincontinentie is er geen plaats voor duloxetine **(1A)**

Beleid bij gemengde incontinentie

- Bij gemengde incontinentie wordt de aanpak bepaald door de klachten die het meest op de voorgrond staan. Bij onvoldoende effect van deze aanpak na 6 weken voegt men hieraan behandeling van het andere type incontinentie toe**. (GPP)**
    - Bied voor ten minste 6 weken blaastraining aan als eerstelijnsbehandeling voor vrouwen met gemengde-incontinentie **(1A)**
    - Bied vrouwen met gemengde incontinentie een proef aan van (gesuperviseerde) bekkenbodemtraining (ten minste 3 maanden) als eerstelijnsbehandeling **(1A)**

Toelichting:

Niet medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

Bekkenbodemtraining
De eerste keuze behandeling bij vrouwen met stressincontinentie is bekkenbodemtraining. Het effect staat duidelijk vast, en is in alle studies positief. Zo werd in de recente 'systemic review' van Dumoulin in 2014 (15) een kans op subjectieve genezing vastgesteld van 56% in de interventiegroep ten opzichte van 6% in de controlegroep (RR8,38; 95% BI 3,68 tot 19,07). De kans op subjectieve verbetering was respectievelijk gemiddeld 55% ten opzichte van 3% (RR 17,33; BI 4,31 tot 69,64). Tevens was het aantal incontinentie-episodes per 24 uur in de interventiegroepen significant lager dan in de controlegroepen: gemiddelde -1.21 episode (95% BI -1,52 tot -0.89). De balans tussen voor- en nadelen is duidelijk positief. Slechts in 1 RCT vermeldt men als bijwerking van de bekkenbodemspieroefeningen een onaangenaam gevoel. Geen enkele andere bijwerking werd gerapporteerd. Men beveelt aan om ten minste 3*8 contracties per dag uit te voeren. Dit is de minimale hoeveelheid die in de verschillende RCT's werd onderzocht, en waarvan de effectiviteit dus is aangetoond. Er is nog onzekerheid over het effect op lange termijn, dit effect hangt vermoedelijk

samen met de mate waarin de vrouw de oefeningen blijft volhouden. (16) Het lijkt daarom aangeraden de vrouw te adviseren de oefeningen dagelijks te blijven uitvoeren.

De fysiologie van de bekkenbodem verandert met de leeftijd. Bij het ouder worden, kan er een verzwakking optreden van de spieren, vermoedelijk mede als gevolg van de lage oestrogeenspiegels in de postmenopauze. De effectiviteit van de bekkenbodemtherapie lijkt echter niet te verminderen met het stijgen van de leeftijd. (7, 13 18,19) Uitkomstmaten in de onderzoeken waren: urineverlies bij 'cough stress test', vermindering van de subjectieve symptoombeleving en hinder, "health related quality of life" en lekepisodes genoteerd in een dagboek. Deze bleken vergelijkbaar met onderzoeken waarbij de focus op jongere vrouwen lag.

Biofeedbacktraining wordt niet routinematig aanbevolen bij bekkenbodemtraining. De effectiviteit, en vooral ook de kosteneffectiviteit hiervan is onvoldoende bewezen. (10) Deze biofeedbacktraining onder de vorm van bijvoorbeeld perineometrie of bekkenbodemelektromyografie kan nuttig zijn, wanneer bij de bekkenbodemtraining blijkt dat de vrouw op onjuiste wijze de bekkenbodemspieren blijft aanspannen en wanneer hierdoor resultaat uitblijft. Tevens kan biofeedbacktraining dienen als een vorm van motivatie.

Pessarium
Een alternatief voor bekkenbodemtherapie kan het gebruik van een pessarium zijn. Het pessarium wordt in de schede geplaatst en geeft vervolgens steun aan de urethra. Zo wordt een weerstand gevormd, en kan de urethra afgesloten worden bij toename van de intra-abdominale druk. Het pessarium versterkt op deze manier de werking van de bekkenbodemspieren. Het is daarom ook een misvatting dat het pessarium enkel nuttig is voor vrouwen met incontinentie en een prolaps. Ook bij vrouwen met stressincontinentie zonder prolaps kan op basis van dit mechanisme een goed resultaat worden bereikt.
Er is geen significant verschil in effectiviteit vastgesteld tussen bekkenbodemspieroefeningen en het gebruik van een pessarium. De incontinentie episodes verminderden minimaal met 75% bij respectievelijk 40% en 35% van de gebruikers (RR pessariumgebruiksters 0,93; 95%BI 0,68 tot 1,26) Er is ook geen significant verschil in de mate van subjectieve tevredenheid (RR pessariumgebruiksters 0,97; 95%BI 0,78 tot 1,21). (19) Regelmatig wordt een onprettig gevoel of pijn als bijwerking van een pessarium door de patiënten aangegeven. Verder komen fluor (17%) en drukulcera (17%) voor. (20) Belangrijk is ook dat men het pessarium regelmatig schoongemaakt. Dit kan door de huisarts worden gedaan, of door de patiënt zelf. Een handig overzicht betreffende het gebruik van het pessarium is aanwezig in bijlage bij de fiche.

Medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

Duloxetine is in België verkrijgbaar voor de indicatie stressincontinentie onder de merknaam Yentreve®. Voor deze indicatie is er geen terugbetalingsmodaliteit beschikbaar. Bovendien wordt het gebruik van duloxetine bij vrouwen met stressincontinentie niet aanbevolen in de eerste lijn. De werkzaamheid van duloxetine berust op het werkingsmechanisme van SNRI's (serotonine-noradrenalineheropname remmers): door toename van de neurotransmitters ter hoogte van het ruggenmerg wordt de contractiliteit van de urethrale sfincter verhoogd. (7) Ditzelfde werkingsmechanisme is echter verantwoordelijk voor een hoge frequentie aan bijwerkingen: 86% van de gebruiksters versus 58% bij placebo. Veel voorkomende bijwerkingen zijn: nausea, obstipatie, droge mond, duizeligheid, moeheid en slapeloosheid. 18% van de gebruiksters moest voortijdig stoppen met het gebruik van duloxetine (versus 4% placebo). (21). De populatie in deze studies bevat slechts in beperkte mate oudere vrouwen. Wellicht liggen de percentages bij de oudere, meer kwetsbare populatie nog hoger. Het veiligheidsprofiel op lange termijn is niet gekend en wordt in vraag gesteld door de FDA (Food and Drug Administration) (VS) wegens het vermoeden van een verhoogd suïciderisico. De FDA staat het gebruik van duloxetine voor urine-incontinentie niet toe. Het effect van duloxetine is klein: genezing trad slechts op bij 11% van de patiënten ten opzichte van 8% van de

placebogebruiksters (RR op geen genezing 0,97 95%-BI 0,93-1,00) (21). Verbetering van de symptomen trad respectievelijk op bij 54% en 39% van de patiënten. De combinatie van dit kleine effect en de hoge frequentie van bijwerkingen zorgt voor een negatieve balans.

Beleid bij gemengde incontinentie

Gemengde incontinentie wordt door veel artsen als een moeilijk probleem beschouwd. Toch is er voldoende evidentie beschikbaar voor het adviseren van bekkenbodemtraining of blaastraining. Door een goede anamnese te doen kan de arts de meest prominente klachten (stressincontinentie of urge-klachten) meestal aanduiden. Men raadt aan om de behandeling eerst op deze klachten te richten, en bij onvoldoende effect na 6 weken de behandeling van het andere type incontinentie toe te voegen.

Basis voor de aanbevelingen

Als basis voor bovenstaande aanbevelingen werd de Finse Duodecim richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' gebruikt. Belangrijke adaptatie vond plaats na vergelijking met de richtlijnen van NICE: 'management of urinary incontinence in women', NHG: 'incontinentie voor urine bij vrouwen', de EAU: 'urinary incontinence en de ACP: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women.

Niet-medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

Bekkenbodemtraining
Alle genoemde richtlijnen bevelen bekkenbodemoefeningen aan. De systemic review van Dumoulin (15) geeft aan dat het bewijs weliswaar van matige kwaliteit is. Maar alle resultaten wijzen consequent een positief resultaat aan. Er is geen twijfel over het positieve effect van de bekkenbodemspieroefeningen.
Het aantal uit te voeren contracties per dag is in de verschillende RCT's niet als onderzoeksvraag onderzocht. De minimale hoeveelheid onderzochte contracties is 3*8 per dag. De effectiviteit hiervan is duidelijk aangetoond. Op korte termijn blijkt dat bekkenbodemtherapie van hoge intensiteit bij patiënten betere subjectieve genezing of verbetering vertoont dan bekkenbodemtherapie van lage intensiteit. Op lange termijn konden deze verschillen niet worden weerhouden en blijft het effect van het verhogen van de intensiteit onduidelijk. (10) Daarom is er op dit moment nog onvoldoende evidentie om een hogere frequentie van de oefeningen aan te bevelen aan de patiëntes.

In de evidentie die onderliggend is aan de aanbeveling betreffende het aanbieden van bekkenbodemtraining, zijn telkens RCT's meegenomen waarin de gemiddelde leeftijd >65 jaar is. De overige RCT's includeerden vrijwel altijd zowel jongere vrouwen als oudere vrouwen. Bovendien zijn er tevens enkele RCT's waarbij de focus exclusief op de oudere patiënt met stressincontinentie ligt; deze tonen aan dat de effectiviteit van bekkenbodemtherapie niet lijkt te verminderen met het stijgen van de leeftijd. De meeste van de studies die zich exclusief focusten op de oudere patiënt hadden belangrijke methodologische beperkingen. (22) Gezien echter de veelvuldige onderzoeken (inclusief patiënten van de oudere leeftijdscategorie) een eenduidig positief significant resultaat geven betreffende het effect van bekkenbodemtherapie op objectieve en subjectieve parameters, wordt ook voor ouderen het effect hiervan niet in twijfel getrokken. Er wordt ook voor ouderen een GRADE 1A toegekend. Deze GRADE-score wordt verder gestaafd door de duidelijke responsgradiënt en de hoge RR-waarden. Zowel voor subjectieve genezing als voor subjectieve verbetering is er een zeer hoge RR-waarde: respectievelijk 8,38 en 17,33. (15)

Biofeedbacktraining werd geëvalueerd in 11 RCT's waarbij de vergelijking werd gemaakt tussen bekkenbodemtraining met en zonder biofeedbacktraining bij vrouwen met stress- of gemengde incontinentie. De meeste studies toonden geen significant verschil in de uitkomstmaten (subjectieve/objectieve genezing, 'quality of life'). (10)

Pessarium
4 RCT's werden gepubliceerd over het effect van intravaginale hulpmiddelen (waaronder het pessarium) bij vrouwen met stressincontinentie in de 2e lijn. (7, 19) Slechts 1 RCT van goede kwaliteit hanteerde relevante effect-uitkomstmaten. In dit onderzoek vonden de onderzoekers geen significante verschillen wat betreft subjectieve verbetering van de incontinentie tussen de vrouwen die bekkenbodemoefeningen deden en de vrouwen die een pessarium droegen. Gezien het regelmatig ervaren van pijn en het voorkomen van drukulcera en fluor (beiden 17%) (20), wordt hier een zwakke aanbeveling geformuleerd. Het niveau van bewijskracht is matig.

Medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

De NHG-richtlijn (7) en de ACP-richtlijn (12) adviseren duloxetine niet te gebruiken als behandeling voor stressincontinentie in de eerste lijn. Dit advies is in grote mate gebaseerd op een Cochrane review van Mairappan et al. (21) met 8 RCT's (dubbelblind placebogecontroleerd), dat aantoonde dat duloxetine slechts in beperkte mate effectief is. Tevens werd in deze onderzoeken de hoge frequentie van bijwerkingen aangetoond. Deze RCT's includeerden vaak geen oudere patiënten, wegens de fragiliteit van deze populatie. Men kan verwachten dat het percentage patiënten waarbij bijwerkingen optreden in een oudere populatie nog groter is. De NICE-richtlijn (10) geeft aan duloxetine niet in de eerste lijn te gebruiken. Ook wordt het niet aanbevolen duloxetine routinematig in de 2^{e} lijn te gebruiken als behandeling; enkel wanneer de vrouw een medicamenteuze behandeling boven een chirurgische behandeling verkiest, of wanneer zij niet geschikt is voor chirurgische behandeling. Bovendien raadt men in deze uitzonderingsgevallen ook aan de patiënte te informeren over de veelvuldige bijwerkingen. In de richtlijn van EAU (13) wordt aangeraden duloxetine niet te gebruiken om urine-incontinentie te genezen, het zou enkel gebruikt kunnen worden om tijdelijke verbetering van de urine-incontinentie te verkrijgen (bijv. in afwachting van operatie). Gezien alle richtlijnen aanbevelen om duloxetine niet in de eerste lijn te gebruiken, en slechts in uitzonderingsgevallen in de tweede lijn, raadt ook deze richtlijn het gebruik af. Het niveau van dit bewijs is van hoge kwaliteit en de voor- en nadelenbalans is negatief.

Beleid bij gemengde incontinentie

Alle systematic reviews in de verschillende richtlijnen over bekkenbodemtherapie en blaastraining onderzochten RCT's die vrijwel altijd ook een groot deel patiënten met gemengde incontinentie includeerden. In de bronrichtlijnen worden daarom vaak dezelfde onderzoeken gebruikt om de aanbevelingen te doen voor vrouwen met gemengde incontinentie. Voor deze patiëntenpopulatie is er daarom ook een hoge bewijskracht voor bekkenbodemtherapie en blaastraining. De volgorde van het toepassen van de verschillende behandelmethoden is gebaseerd op een consensus van expert opinies.

Klinische vraag 3: *Welke incontinentiematerialen bestaan er, wat is de werkzaamheid en tolerantie?*

<u>Kernboodschap</u>

Algemeen:

- Informeer de oudere patiënt met urine-incontinentie en/of zijn verzorgers over de verschillende behandelopties, voordat wordt besloten om enkel incontinentiematerialen te gebruiken. **(GPP)**
- De huisarts verwijst patiënten die opvangmateriaal willen gebruiken naar de apotheek, thuiszorgwinkel of een deskundige verpleegkundige, die hen in de keuze voor (en het gebruik van) een bepaald product kunnen begeleiden. **(GPP)**
- Het kan moeilijker zijn voor oudere mannen om het gebruik van incontinentieverbanden te aanvaarden, zij zouden bijzondere aandacht moeten krijgen tijdens de begeleiding en de educatie **(GPP)**

Katheterisatie bij vrouwen:

- Blaaskatheterisatie (intermittent, verblijfskatheter urethraal of suprapubisch) moet worden overwogen bij vrouwen bij wie persisterende urineretentie incontinentie veroorzaakt, en bij wie dit op geen andere manier kan gecorrigeerd worden. **(GPP)**
- Bied vrouwen met urineretentie intermittente urethrale katheterisatie aan wanneer zelfkatheterisatie kan worden aangeleerd, of wanneer de techniek kan worden toegepast door de verzorger. **(GPP)**
- Wees bewust van de gevolgen op lange termijn bij urethrale verblijfskatheters. Indicaties voor langdurig gebruik van urethrale verblijfskatheters voor vrouwen met urine-incontinentie zijn:
    - Chronische urineretentie bij vrouwen die geen intermittente zelfkatheterisatie kunnen toepassen.
    - Wonden, drukulcera of huidirritaties die gecontamineerd zijn door urine
    - Pijn of ongemak tijdens verkleden of verbedden
    - Wanneer de vrouw de voorkeur voor deze methode heeft. **(GPP)**

Katheterisatie bij mannen:

- Bied mannen met LUTS met urine-incontinentie externe opvangsystemen aan, voordat verblijfskatheterisatie wordt overwogen. **(GPP)**
- Bied mannen met LUTS intermittente blaaskatheterisatie aan voordat verblijfskatheterisatie urethraal of suprapubisch wordt overwogen **(GPP)**
- Overweeg het aanbieden van langdurige urethrale katheterisatie aan mannen met LUTS:
    - Bij wie andere behandelopties ontoereikend zijn en bij wie chirurgie niet van toepassing is
    - Die geen intermittente zelfkatheterisatie kunnen toepassen
    - Met wonden, drukulcera of huidirritaties die gecontamineerd zijn door urine
    - Met pijn of ongemak tijdens verkleden of verbedden **(GPP)**

<u>Toelichting</u>

Incontinentiematerialen zijn er in veel verschillende soorten en maten. In het beperkte onderzoek dat er rond dit thema bestaat, is geen van de verschillende materialen superieur gebleken. Veelal wordt aanbevolen om met de patiënt de verschillende materialen te overlopen, enkele materialen uit te proberen, en het product te kiezen waarbij de patiënt zich het beste voelt. In de bijlage van deze richtlijn bevindt zich een overzicht van de beschikbare producten en hun eventuele voor- en nadelen. Het is belangrijk om eerst met de patiënt de verschillende behandelstrategieën te doorlopen en aan te bieden, vooraleer te kiezen om enkel incontinentiematerialen te gebruiken. Vaak kan door de juiste behandeling toe te passen al grote winst worden geboekt, en soms kan het incontinentiemateriaal dan zelfs volledig overbodig blijken. Uit onderzoek van Teunissen et al. (23) is gebleken dat oudere mannen het vaak moeilijker hebben met het accepteren van het gebruik van incontinentiematerialen dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten. Het lijkt dan ook belangrijk om daarvoor extra aandacht te hebben bij het begeleiden van deze populatie.

Het gebruik van katheterisatie moet zoveel mogelijk worden vermeden. Katheterisatie kan echter worden overwogen bij oudere patiënten waarbij urineretentie incontinentie veroorzaakt, en waarbij geen andere behandeling tot correctie kan leiden. Telkens zal intermittente zelfkatheterisatie (door de patiënt of door zijn/haar verzorger) geprefereerd worden boven het gebruik van een verblijfskatheter. Deze bewering steunt op ‘expert opinions’ en studies naar patiëntenvoorkeuren. Er wordt verwacht dat intermittente katheterisatie gepaard gaat met minder risico’s. Er zijn echter geen vergelijkende studies beschikbaar die deze verwachtingen bevestigen. (11) Slechts in uitzonderlijke gevallen kan men verblijfskatheterisatie toepassen om het comfort van de patiënt te verbeteren.

Basis voor de aanbevelingen

De aanbevelingen zijn allen ‘good practice points’. Zij zijn gebaseerd op expert opinies van de verschillende bronrichtlijnen. Soms is er indirecte evidentie beschikbaar, echter geen van de aanbevelingen is als onderzoeksvraag onderzocht.

Resultaten peer review

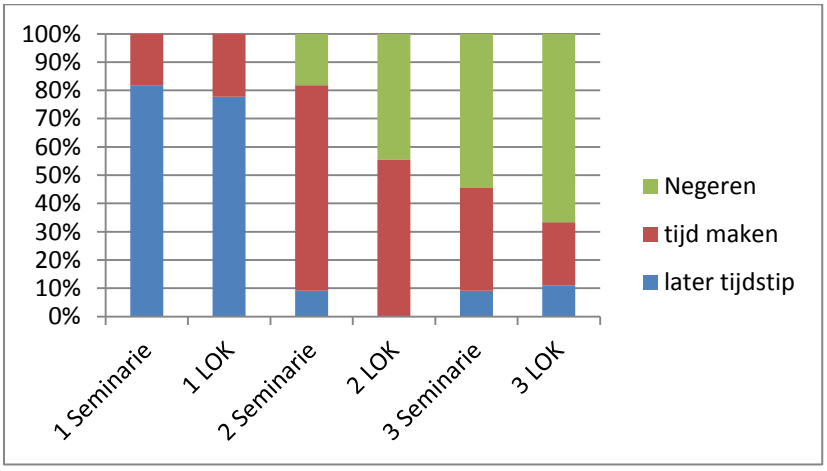
Deelnemers

In totaal namen 20 artsen deel aan de peer review, 9 artsen in de LOK-groep en 11 artsen in de seminarie groep. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 32,8 jaar (LOK-groep 40,8 jaar en seminarie-groep 27,1 jaar). 4/9 personen van de LOK-groep was man, 7/11 personen van de seminariegroep was man. De praktijkervaring verschilde erg tussen de 2 groepen. In de LOK-groep was men gemiddeld 17 jaar werkzaam als huisarts, in de seminariegroep gemiddeld 2,3 jaar (de stage-coördinator inclusief).

Resultaten algemene vragen

In de algemene bevraging werd aan de artsen gevraagd hoe zij reageren wanneer zij op verschillende manieren met urine-incontinentie bij de patiënt worden geconfronteerd.

Wat doet u in de volgende situaties:
1. De patiënt stelt een vraag in verband met zijn/haar ongewild urineverlies op het einde van een consultatie
2. U ziet bij een patiënt tijdens het klinisch onderzoek incontinentiemateriaal
3. U ruikt of ziet tekenen van urineverlies bij een patiënt



De resultaten in beide groepen waren gelijklopend. In de LOK-groep zien we dat bij het zien van incontinentiematerialen of het opmerken van urineverlies bij de patiënt, dit frequenter wordt genegeerd.

Resultaten klinische vragen

Klinische vraag 1: *Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk?*

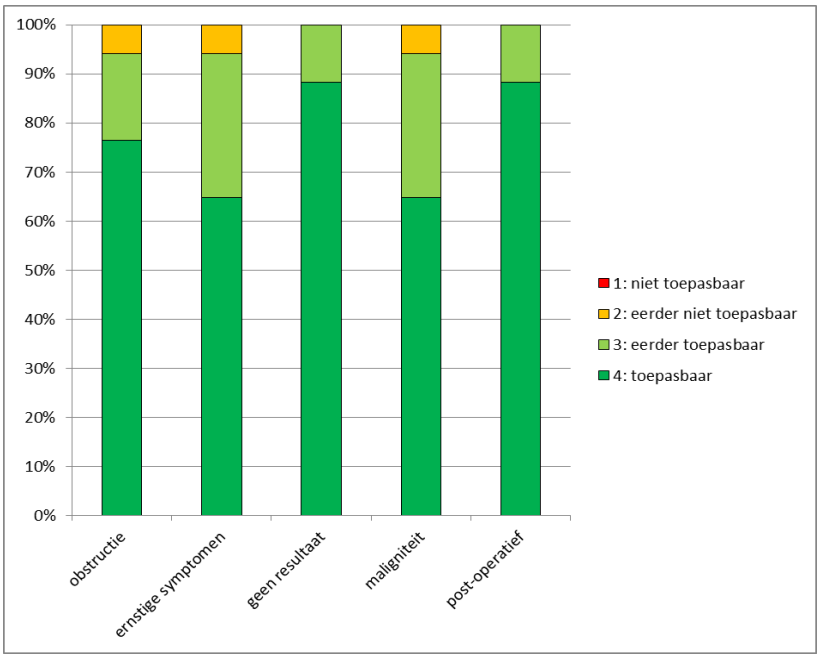
A: welke criteria hanteren de artsen?

Er werd aan de artsen in een open vraag gevraagd welke doorverwijscriteria zij hanteren.

Wat zijn voor u argumenten om een patiënt met urine-incontinentie door te verwijzen naar de tweede lijn?

Vaak terugkerende argumenten waren: geen/onvoldoende resultaat van de behandeling, jonge patiënten (met achterliggend argument: angst om fouten te maken/vermoeden onderliggende aandoening), op vraag van patiënt of bij ernstige klachten. De argumenten: “ernstige symptomen” en “geen resultaat van de behandeling” komen overeen met de aanbevelingen in de richtlijn.

B: Toepasbaarheid van de richtlijn?



Bovenstaande tabel toont dat de artsen de genoemde aanbevelingen omtrent het doorverwijzen toepasbaar vonden. Bij obstructie, ernstige symptomen en maligniteit werd slechts telkens door 1 van de artsen ‘eerder niet toepasbaar’ aangeduid.

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?*

Welke niet-medicamenteuze behandeling start u bij een oudere patiënt met stressincontinentie?

a) Blaastraining
b) Bekkenbodemtraining
c) Pessarium
d) Een combinatie, namelijk:
e) Geen van deze

16/20 artsen duiden bekkenbodemtraining aan. 3/20 artsen zouden een combinatie van bekkenbodem- en blaastraining starten. 1 arts start blaastraining. Geen van artsen raadt een pessarium aan.

Indien u bekkenbodemtraining aan uw patiënt aanraadt/aanbiedt, dan vermeldt u de volgende minimale frequentie van de oefeningen.
a) …….. / dag
b) Ik geef geen informatie over het aantal oefeningen
c) Ik bied nooit bekkenbodemtraining aan

3 maal werd 4x 20 oefeningen per dag aangegeven als aangeraden frequentie van de oefeningen. De overige artsen geven aan hier geen informatie over te geven aan de patiënt. Zij geven aan niet te weten hoeveel oefeningen per dag moeten worden aan bevolen, of geven aan dit beleid door te kinesist te laten bepalen.

Indien u bekkenbodemtraining aan uw patiënt aanraadt/aanbiedt, hoe vindt deze training dan doorgaans plaats?
a) zonder begeleiding
b) Onder uw begeleiding
c) onder begeleiding van een kinesist
d) ik bied dit nooit aan

Alle artsen geven aan de bekkenbodemtraining onder leiding van een kinesist te laten plaatsvinden.

Kent u in uw omgeving kinesisten waarvan u weet dat deze een expertise hebben op het gebied van bekkenbodemtraining?
a) ja
b) nee

8/9 van ervaren artsen kent een kinesist met expertise. Van de artsen in de seminariegroep kent 6/11 een kinesist met expertise.

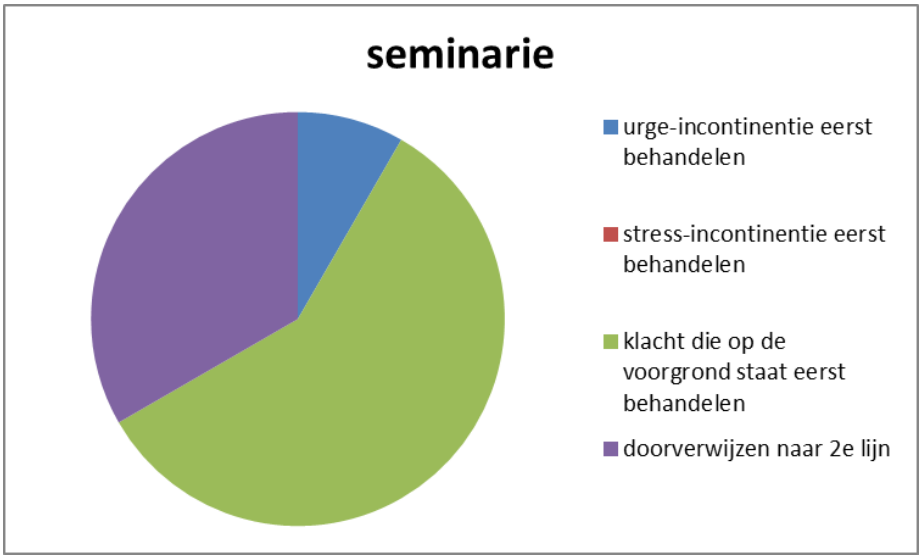
Vraag 10: Indien u opteert voor medicamenteuze behandeling bij stressincontinentie start u in eerste instantie:

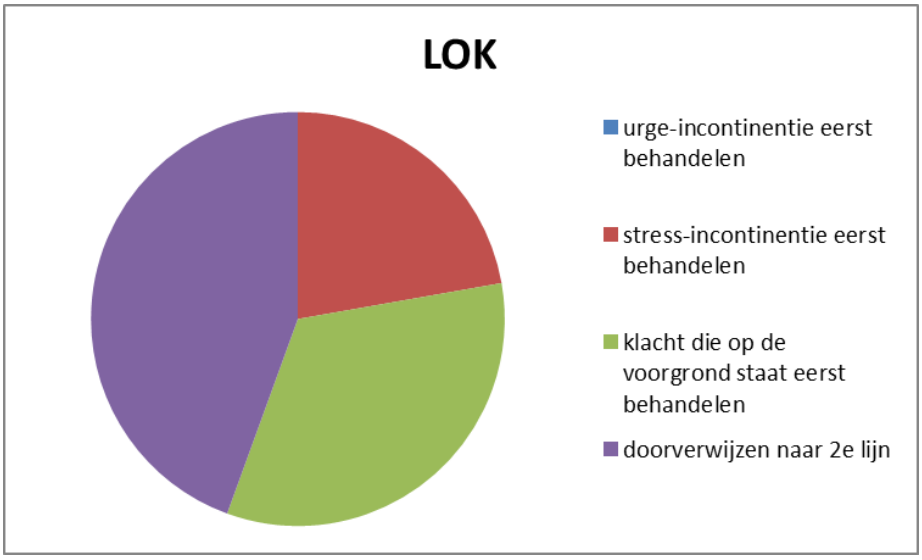
a) Oxybutynine oraal (Ditropan)
b) Oxybutynine transdermaal (Kentera)
c) Solifenacine (Vesicare)
d) Tolterodine (Detrusitol)
e) Fesoterodine (Toviaz)
f) Flavoxaat (Urispas)
g) Mirabegron (Betmiga)
h) Duloxetine (Yentreve)
i) Topische oestrogenen
j) Systemische oestrogenen
k) Tamsulosine (bij mannen)
l) Alfuzosine (bij mannen)
m) Voor deze indicatie start ik nooit een medicamenteuze behandeling

Door 1 van de artsen werd deze vraag niet ingevuld. Veel artsen (13/20) kiezen voor het niet starten van een medicamenteuze behandeling. Indien wel een behandeling wordt gestart is de keuze als volgt: 3/6: oxybutinine, 1/6 duloxetine, 1/6 tolterodine, 1/6 topische oestrogenen.

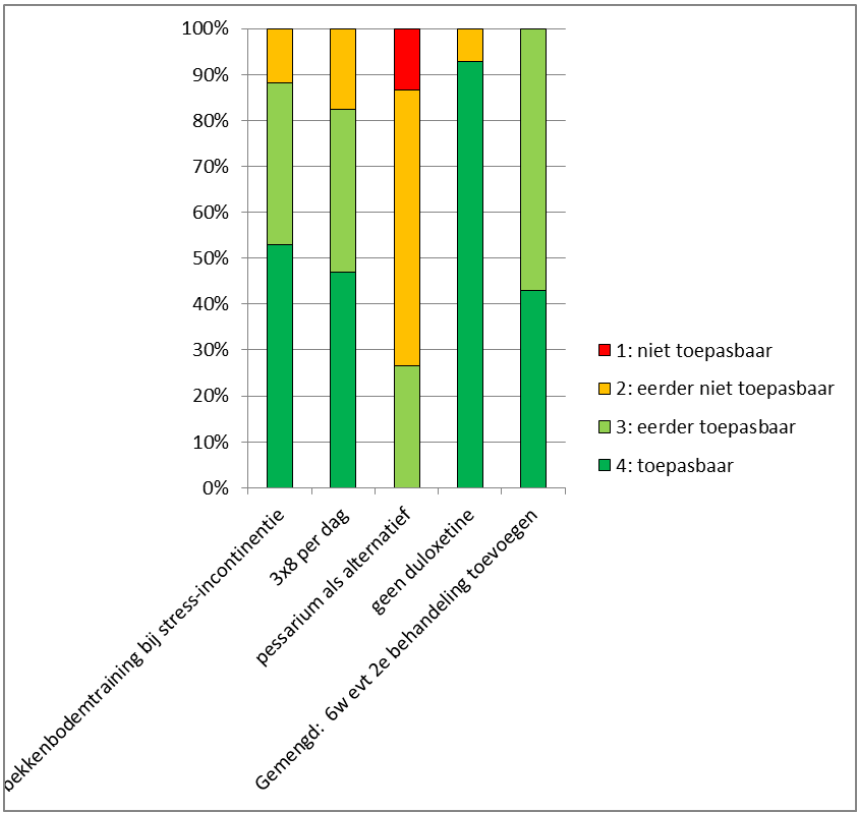
Vraag 11: Wat doet u bij een patiënt die zich presenteert met een combinatie van urge- en stressincontinentie
a) Ik behandel eerst de urge-incontinentie
b) Ik behandel eerst de stressincontinentie
c) ik behandel eerst de klacht die het meest op de voorgrond staat
d) ik verwijs deze patiënt door naar de tweede lijn

Opvallend hier is het verschil tussen startende en ervaren artsen. De ervaren artsen zijn eerder geneigd tot het verwijzen van deze patiëntengroep naar de 2e lijn: 4/9 van de ervaren artsen en 3/11 van de startende artsen. De startende artsen behandelen ook vaker de klacht die het meest op de voorgrond staat: 3/9 van de ervaren artsen, 7/11 van de startende artsen. Enkele van de artsen gaven aan altijd een bepaald type incontinentie eerst te behandelen. Hier werd later in de discussie geen argumentatie voor gegeven.





B: Toepasbaarheid van de richtlijn?



Over het algemeen werden de aanbevelingen betreffende de behandeling van stress- en gemengde incontinentie als toepasbaar beschouwd. Uit bovenstaande grafiek wordt duidelijk dat de artsen vooral problemen hebben met de aanbeveling dat “het pessarium als alternatief kan overwogen worden in de behandeling van stressincontinentie”. De volgende argumenten werden hiervoor gegeven: onvoldoende kennis, de arts vindt het zelf onprettig of vies om het pessarium in te brengen, de verwachte weerstand bij patiënten, het risico op infecties.

Klinische vraag 3: *Welke incontinentiematerialen bestaan er, wat is de werkzaamheid en tolerantie?*

Vraag 13: Vindt u dat uw kennis inzake incontinentiematerialen voldoende is om uw patiënt hierin te adviseren? ja / nee

18/20 artsen antwoorden dat zij vinden dat hun kennis betreffende incontinentiematerialen onvoldoende is om de patiënt hierin te kunnen adviseren. 1 arts antwoorde voldoende kennis te hebben, 1 arts twijfelde en noteerde een beetje kennis te hebben over dit onderwerp.

Resultaten praktijkproject en consensus

Praktijkconsensus

De aanbevelingen van de nieuwe richtlijn werden besproken in de praktijk. Deze nieuwe aanbevelingen werden toepasbaar bevonden en dienden niet te worden aangepast.

Documenten

Het praktijkproject en de consensus resulteerden in enkele documenten om de implementatie van de richtlijn te ondersteunen:

- Fiche: stroomdiagram ‘beleid van urine-incontinentie bij ouderen in de eerste lijn’
    - Inclusief praktische informatie over het gebruik van pessaria
    - Inclusief praktische informatie over het uitvoeren van bekkenbodemtraining
- Overzichtsbrochure incontinentiematerialen voor de huisarts
- Patiëntenfolder incontinentiematerialen voor de opleidingspraktijk

Deze documenten worden teruggevonden in het onderdeel ‘bijlagen’ van deze thesis.

Fiche: ‘beleid van urine-incontinentie bij ouderen in de eerste lijn’

De fiche werd 2 maanden in de praktijk ter beschikking gesteld aan de artsen. Nadien volgde een evaluatie van de fiche. De artsen vonden de fiche erg volledig; er waren geen onderwerpen die zij op deze fiche misten. Er werden echter wel belangrijke aandachtspunten opgelijst. Uit deze aandachtspunten bleek dat de fiche niet overzichtelijk genoeg was voor het snel vinden van informatie. Dit kwam doordat de aanbevelingen in volzinnen werden weergegeven. Er werden enkele suggesties gedaan door de collega’s om deze aanbevelingen op korte wijze te herschrijven, om zo de fiche bruikbaarder te maken als instrument.
Tevens werd door een van de artsen nog een aantal praktische tips gegeven voor het gebruik van het pessarium. Uit ervaring vertelde hij dat het inschatten van de antero-posterieure diameter niet eenvoudig is. Het inschatten van de grootte van het pessarium is daarom moeilijk en gebeurt vaak foutief. Hij raadde aan om een set van ‘paspessaria’ aan te schaffen bij een medische groothandel. Zo kunnen enkele pessaria worden uitgeprobeerd door de patiënte een valsalva-manoevre te laten uitvoeren en een stukje heen en weer te laten wandelen. Wanneer het pessaria bij beiden goed blijft zitten en goed getolereerd wordt, kan deze maat voor de patiënte worden besteld bij de apotheker. Ook adviseerde hij bij het reinigen desinfecterende zeep te gebruiken en goed te schrobben, zodat het pessarium echt goed schoon is. Deze opmerkingen werden verwerkt in mijn deel van de gezamenlijke fiche.

Incontinentiematerialen: brochures en koffer

De informatiebrochures over incontinentiematerialen voor huisarts en patiënt werden goed onthaald door mijn collega’s. Na het informatiegesprek door Nico Belmans van de thuiszorgwinkel over het materiaal werd door de onderzoeker een praktijkkoffer met verschillende opvangmaterialen en een condoomkatheter samengesteld. Deze koffer en de brochures helpen de artsen om het thema incontinentiematerialen op een goede manier met de patiënt te bespreken. In tegenstelling tot de fiche konden deze zaken door tijdsgebrek niet meer aan een evaluatieprocedure worden onderworpen. De collega’s gaven alvast aan dat zij deze koffer en brochures als een meerwaarde beschouwen voor de praktijk. Een evaluatieprocedure in de toekomst blijft wenselijk.

Discussie

De discussie betreffende de aanbevelingen in de richtlijn, is terug te vinden onder de secties ‘toelichting’ en ‘basis voor de aanbevelingen’ in het hoofdstuk resultaten. Deze specifieke informatie werd hier genoteerd, gezien het gangbaar is om bij een richtlijn de informatie op deze manier tot de lezer te brengen.
Ik wil van dit hoofdstuk allereerst graag gebruik maken om enkele belangrijke aspecten over de methodologie, de bijbehorende beslissingen, en leerrijke momenten van deze masterproef verder toe te lichten. In het tweede luik van dit hoofdstuk zal de discussie over de implementatie plaatsvinden.

Discussie methodologie

Een eerste stap in de richtlijnadaptatie was het bepalen van de scope van de aanbevelingen binnen de originele Duodecim richtlijn. Idealiter hadden wij de gehele richtlijn herzien. Gezien de richtlijn ‘urine-incontinentie bij ouderen’ een zeer uitgebreide richtlijn is, was dit helaas niet mogelijk. Er werd daarom besloten de scope te verkleinen naar ‘het beleid van urine-incontinentie bij ouderen in de eerste lijn’. De verschillende thema’s binnen dit onderwerp werden verdeeld tussen de beide richtlijnpartners. Beide masterproeven vormen zo een complementair geheel.

Het is spijtig dat er geen ruimte was om de diagnostiek van urine-incontinentie in deze richtlijnadaptatie op te nemen. Enerzijds was dit niet mogelijk omdat beiden reeds het maximale aantal klinische vragen behandelden, anderzijds bleek deze informatie al te ontbreken in de oorspronkelijk richtlijn. Dit had tot gevolg dat er geen adaptatieproces kon plaatsvinden; en dat, wanneer wij dit gedeelte zouden willen integreren, er hiervoor nieuwe richtlijnontwikkeling aan te pas zou moeten komen. Gezien richtlijnontwikkeling een volledig ander proces is als het adapteren van een richtlijn, en de te doorlopen procedure enkel bedoeld is voor adaptatie, werd hier van afgezien. In de fiche voor het praktijkproject werd er wel beperkte informatie betreffende de diagnostiek toegevoegd, om de arts beter te begeleiden. Er werd hiervoor gebruik gemaakt van de informatie uit de NHG-standaarden (7,9). Het zorgvuldige proces van richtlijnadaptatie werd hierbij dus niet doorlopen. Dit dient echter niet te worden beschouwd als een beperking, maar eerder als een hulpmiddel voor de implementatie van de geadapteerde aanbevelingen over het beleid.

Zoals eerder gezegd, werd er voor het adaptatieproces gewerkt met het draaiboek van EBMPracticeNet. Dit hielp enorm om op een gestructureerde en gevalideerde manier te werken binnen deze masterproef. Toch bleek de richtlijnontwikkeling zeker geen ‘zwart-wit’ proces te zijn. Er moesten beslissingen worden gemaakt die toch wel een persoonlijke en individuele toets hadden. Het belangrijkste voorbeeld hierbij is stap 5 in het adaptatieproces: ‘selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie’. Er werden hiervoor geen formele methoden gegeven; men moest met de gevonden aanbevelingen van alle richtlijnen, de informatie over de samenhang van evidentie naar aanbevelingen, het actueel zijn en de toepasbaarheid een gegronde beslissing maken. Soms bleek dit eenvoudig (wanneer de verschillende richtlijnen in dezelfde richting wezen), soms eerder complex (meerdere verschillende aanbevelingen, verschillende sterktes van aanbevelingen, verschillende expert opinies naast elkaar). Een grote troef in deze stap bleek de samenwerking met richtlijnpartner Wouter Umans. Steeds legden wij de eventuele selectie van de aanbevelingen met onze bedenkingen aan elkaar voor. Op deze manier kon de eigen besluitvorming worden getoetst. Meestal volgde een discussie. Dit leidde uiteindelijk tot een gegronde en verdedigbare besluitvorming betreffende de geselecteerde aanbevelingen.

Herziening van de richtlijn eenmaal per 3 jaar lijkt wenselijk. Urine-incontinentie bij ouderen is namelijk een belangrijk probleem, waarbij de arts de huidige evidentie inzake beleid op eenvoudige wijze moet kunnen raadplegen.

Discussie implementatie

A. Peer review

Er is bewust gekozen om de peer review te laten plaatsvinden in zowel een LOK-groep als een seminariegroep. Op deze manier werden zowel de ervaren als de startende artsen bereikt. Belangrijk is namelijk dat de richtlijn goed toepasbaar wordt gevonden door beide groepen artsen.

Doorverwijscriteria

Over het algemeen vonden de artsen de aanbevelingen rond het doorverwijzen goed toepasbaar. Er werden hier geen problemen gemeld. Voor de bevraagde artsen was een extra argument om door te verwijzen: 'urine-incontinentie bij een jongere patiënt'. De achterliggende reden was: angst om iets fout te doen of groter risico op onderliggende pathologie. Deze patiëntengroep viel echter buiten de scope van deze richtlijn, waardoor de opmerking niet werd opgenomen in de toelichtende tekst.

Eerstelijnsbehandelingen stressincontinentie

Over het algemeen vinden de artsen de aanbevelingen rond bekkenbodemtraining goed toepasbaar in de Belgische praktijk. Dit in tegenstelling tot de aanbeveling om als alternatief voor deze bekkenbodemtraining het gebruik van een pessarium te overwegen. Voor het gebruik van het pessarium was veel weerstand bij de artsen, zowel in de LOK- als in de seminariegroep. Het belangrijkste argument dat naar voren kwam, was dat de artsen dit onprettig of zelfs vies vonden om in te brengen/schoon te maken. Ook werd door velen aangehaald dat zij geen ervaring en te weinig kennis hebben om het pessarium in te brengen. Door 2 artsen werd ook het risico op infecties genoemd als reden om het pessarium niet te overwegen. Ik had niet verwacht dat er op dit vlak zoveel weerstand zou zijn. Zelf begeleid ik sinds mijn start als HAIO (huisarts-in-opleiding) al gedurende lange tijd 3 vrouwen die een pessarium dragen. Het inbrengen en reinigen is zeer eenvoudig en ik ervaar deze handelingen zeker niet als 'vies'. Omdat ook frequent het argument 'onvoldoende kennis' werd aangehaald, werd besloten informatie aan het stroomdiagram voor de praktijkimplementatie toe te voegen over het gebruik van het pessarium. Dit werd gedaan om de drempel tot het gebruik van het pessarium bij de artsen te verkleinen en op deze manier de implementatie van de aanbeveling te vergemakkelijken.

Incontinentiematerialen

18/20 van de artsen van het peer review gaven aan onvoldoende kennis te bezitten om de patiënt te kunnen adviseren over het gebruik van incontinentiematerialen. Hoewel de richtlijn aangeeft om de patiënt te verwijzen naar een deskundige verpleegkundige, apotheker of medewerker van een thuiszorgwinkel, is het ook nuttig dat de arts enige notie heeft van de huidige markt van incontinentiematerialen. Zo kan hij de patiënt alvast op weg wijzen, en kan hij, door dit onderwerp met de patiënt te bespreken, de schroom bij de patiënt wat verminderen. Bovendien kan hij eventueel de drempel verlagen om naar een verkooppunt te gaan voor geschikte incontinentiematerialen

B. Praktijkimplementatie

Fiche: 'beleid van urine-incontinentie bij ouderen in de eerste lijn'

Het toepassen van een evaluatieproces heeft de fiche zeer duidelijk verbeterd. De fiche is veel praktischer geworden. Bovendien bleek ook de praktijkervaring van de artsen een belangrijke aanvulling op de informatie van de richtlijn. Dit was in bijzondere mate het geval voor het gebruik van het pessarium. De evidentie samen met de praktijkervaring zorgen ervoor dat er in de praktijk rond dit onderwerp op een goede manier EBM (evidence based medicine) kan worden gewerkt.

Incontinentiematerialen

Er werd informatie ingewonnen, een praktijkkoffer met incontinentiematerialen voor de praktijk aangelegd en twee brochures (voor arts en patiënt) gemaakt om de patiënten van onze praktijk beter te kunnen begeleiden. Helaas werden deze onderdelen na gebruik niet aan een evaluatie

onderworpen door het korte tijdvenster. In de toekomst zal een evaluatie idealiter plaatsvinden. Op deze manier kunnen de producten nog beter worden aangepast aan de noden van de praktijk.

Leerproces

De adaptatie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn heeft een mooi resultaat opgeleverd in de vorm van een valide en kwalitatieve richtlijn. Het doorlopen van dit proces heeft mij echter ook zeer veel geleerd.
Het schrijven van deze richtlijn is voor mij een eerste aanraking geweest met het kritisch kijken naar de kwaliteit van richtlijnen. Door het systematisch toepassen van AGREE II (8) heb ik geleerd om richtlijnen op een zorgvuldige manier te toetsen. Een richtlijn die op het eerste zicht het meest betrouwbaar bleek, moest wijken voor andere meer kwalitatieve richtlijnen. Deze les is reeds van grote meerwaarde gebleken tijdens het zoeken naar literatuur in de dagdagelijkse praktijk en bij het uitwerken van vraagstukken rond bepaalde casussen.

Dankwoord

Allereerst wil ik mijn collega-HAIO Wouter Umans bedanken voor de zeer goede samenwerking. De vele uren discussiëren hebben een zeer positieve invloed gehad op de kwaliteit van deze masterproef. Ook ons overleg over de inhoud van beide masterproeven was van grote meerwaarde. Op deze manier zijn beide masterproeven een complementair geheel kunnen worden, betreffende het beleid van urine-incontinentie bij ouderen in de eerste lijn.

Mijn dank gaat uit naar mijn promotor Prof. dr. Johan Wens, voor zijn feedback, interessante aanvullingen en creatieve suggesties.
Ook het team van EBMPracticeNet wil ik bedanken voor de leermomenten en structurering van het adaptatieproces; in het bijzonder wil ik Martine Goossens en dr. Nicolas Delvaux bedanken voor hun feedback en informatie. Ten slotte gaat mijn dank uit naar de artsen van de LOK-groep Fruithof-Eliaerts, mijn collega's van praktijk De Regenboog te Deurne en mijn seminariegroep onder leiding van dr. Riet Breesch voor hun hulp tijdens het implementatieproces.

Referenties

1. Teunissen TAM et al. Prevalence of urinary-, fecal and double incontinence in the elderly living at home. Int. Urogynecol J 2004; 15(1): 10-13.

2. Melville JL et al. Urinary incontinence in US women: a population-based study. Arch Intern Med 2005;165:537-42

3. Herzog AR et al. Two-year incidence, remission, and change patterns of urinary incontinence in noninstitutionalized older adults. J Gerontol 1990;45:M67-M74

4. Teunissen D. et al. "It can always happen": the impact of urinary incontinence on elderly men and women. Scand J Prim Health Care 2006 Sep;24(3):166-73.

5. EBMPracticeNet. [Online]. [cited 2016 4 12. Beschikbaar via: "http://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Onze-methodes.aspx"

6. Delvaux N et al. Adaptatie Duodecim Richtlijnen. 32013th ed.; 2013.

7. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. [Online].; 2015 [cited 2016 4 12. Beschikbaar via: "https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-incontinentie-voor-urine-bij-vrouwen"

8. Brouwers M et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010.

9. Blanker MH et al. NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Huisarts Wet. 2013; 3(56).

10. NICE Guideline: National Collaborating Centre for Women's. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. 2013 September.

11. NICE Guideline:The National Clinical Guideline Centre. The management of lower urinary tract symptoms in men. 2010.

12. ACP Guideline: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. 2014

13. EAU Guideline: Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2013

14. EBMPracticeNet. Bijscholing. Leuven, 22 september 2015: presentatie.

15. Dumoulin C et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2014;5:CD005654.

16. Lagro-Janssen T et al. Long-term effect of treatment of female incontinence in general practice. Br J Gen Pract 1998;48:1735-38.

17. Sherburn M et al. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: an assessor-blinded randomized controlled trial. Neurourol Urodyn 2011 Mar;30(3):317-24.

18. Kim H et al. Effectiveness of multidimensional exercises for the treatment of stress urinary incontinence in elderly community-dwelling Japanese women: a randomized, controlled, crossover trial. J Am Geriatr Soc 2007 Dec;55(12):1932-9.

19. Lipp A et al. Mechanical devices for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD001756.

20. Broens-Oostveen MC et al. De genitale prolaps; behandeling en beloop in vier huisartspraktijken. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:1444-8

21. Mariappan P et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD004742.

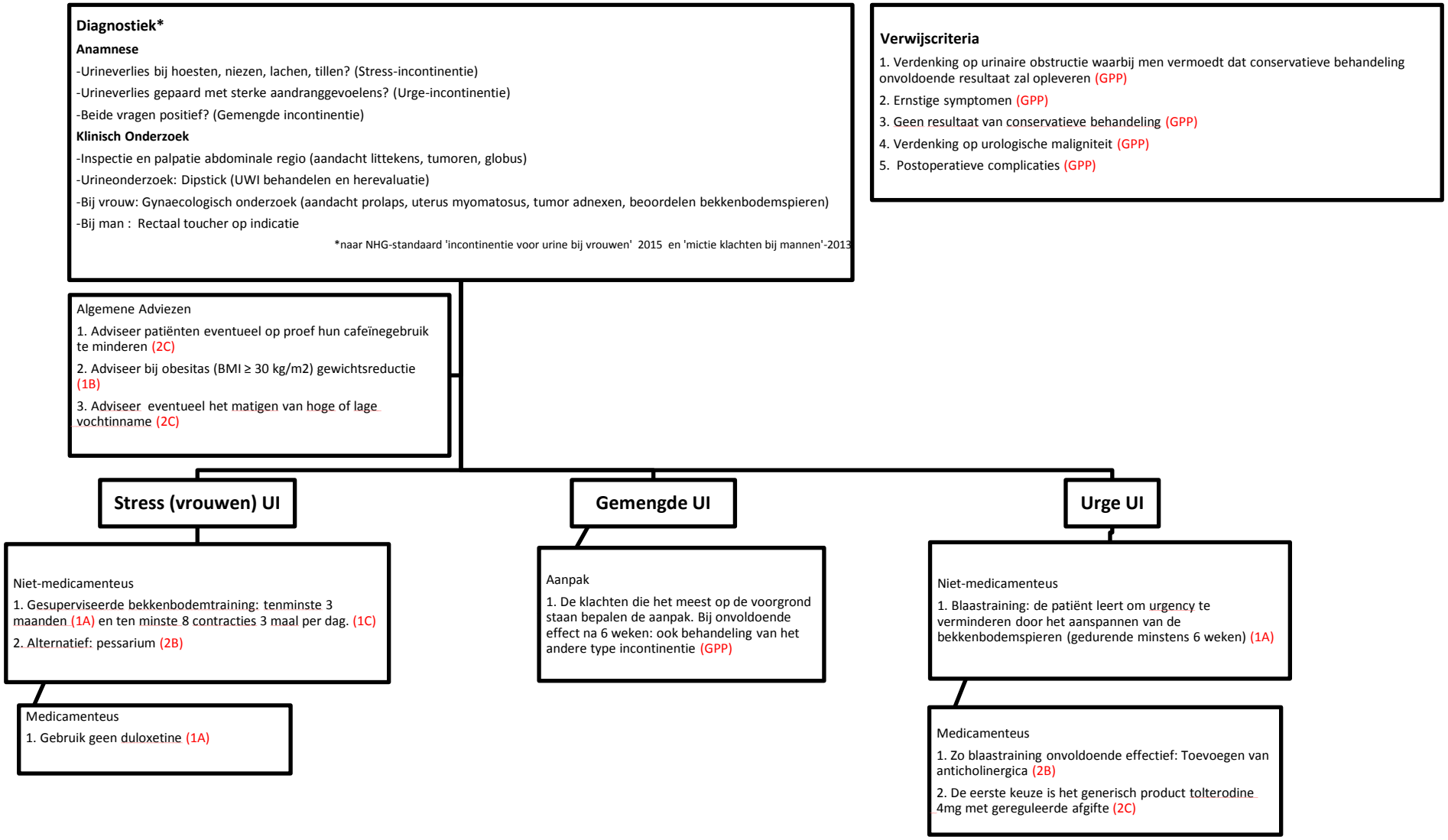
22. Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review. Vanessa S. Pereira et al. Rev Bras Fisioter. 2012; 16(6): 463-8.

23. Teunissen TAM et al. Sex differences in the use of absorbent (incontinence) pads in independently living elderly people: do men receive less care? Int J Clin Pract 2009;63:869-73.

Bijlagen

- Fiche urine-incontinentie bij ouderen: beleid in de eerstelijn
- Brochure incontinentiematerialen voor de huisarts
- Brochure incontinentiematerialen voor de patiënt
- Aangepaste Duodecim-richtlijn ‘Urine-incontinentie bij ouderen’
- Goedgekeurd protocol Ethisch Comité
- Gunstig advies Ethisch Comité

Fiche urine-incontinentie bij ouderen: beleid in de eerstelijn - informatie voor de huisarts



Bekkenbodemspieroefeningen

1. Evaluatie bekkenbodemspieren: kan de patiënte de bekkenbodemspieren goed aanspannen?

- Vraag bij vaginaal toucher of de patiënte 'haar plas kan ophouden'- neem waar of de spieren worden aangespannen en met welke intensiteit
- Let op: worden foutief ook de buikspieren/bilspieren/bovenbeenspieren aangespannen?
- Weinig controle → kinesitherapeut

2. Bekkenbodem oefeningen

- De patiënt oefent bij voorkeur onder supervisie van een kinesitherapeut of huisarts. (indien weinig controle wordt best meteen verwezen naar de kinesitherapeut)
- Frequentie en duur: dagelijks 3 sessies van 8 contracties. Een contractie duurt 6-8 seconden. Vervolgens de spieren enkele seconden volledig ontspannen.
- Normaal doorademen tijdens het aanspannen van de bekkenbodemspieren.

Pessaria:

- Kostprijs: ongeveer tussen de 30-35 euro. Verkrijgbaar bij de apotheek.
- Door middel van een proefset kunnen enkele pessaria worden uitgeprobeerd door de patiënte een valsalva-manoevre te laten uitvoeren en een stukje heen en weer te laten wandelen. Wanneer het pessaria goed blijft zitten en goed getolereerd wordt → Bestellen bij apotheker (maat in mm op voorschrift vermelden)
- Inbrengen:
    - Lege blaas
    - Opwarmen pessarium: warme kraan – aanbrengen glijmiddel
    - Samenknijpen van de ring en inbrengen tot aan de baarmoedermond – hier rustig loslaten, waarna het pessarium zich vrijwel altijd op de goede manier horizontaal plaatst.
    - Pessarium zit goed? → patiënte kan zonder problemen persen, rondlopen en plassen. Bij seksueel contact wordt er meestal niets van het pessarium gemerkt.
    - Pijnlijk?: het pessarium zit niet goed of is te groot. (cave drukulcera)
- Schoonmaken: iedere 3-6m goed schrobben met warm kraanwater en desinfecterende zeep (door huisarts of door patiënt)
- Instructiefilmpje: www.thuisarts.nl/video/verzakking

Blaastraining

1. Hoe gaat blaastraining?

- Laat patiënt gedurende een dag bijhouden op welke tijden hij/zij plast.
    - Bereken hoeveel tijd gemiddeld tussen 2 plasmomenten zit.
    - Maak plan of rooster met de tijden waarop geplast mag worden.
- Indien in de tussentijd aandrang: Afleiding / Ontspannen / Aanspannen en ontspannen bekkenbodemspieren.
    - Vooral in het begin dient de patiënt voor de zekerheid bij aandrang op het toilet te zitten.
- planning: iedere week tijd tussen plasmomenten verlengen met 15 tot 30 minuten
- Doel: Slechts 1 keer in de 3 à 4 uur plassen

2. Wanneer verwijzen (bekken)kinesist?

- Indien de arts de blaastraining niet in eigen beheer wil/kan doen.
- Als de patiënt de bekkenbodemspieren moeilijk kan aanspannen en ontspannen
- Als de klachten na 6 weken weinig zijn verbeterd

Medicatie bij urge-incontinentie

- Indicatie: Onvoldoende effect na 3 maanden blaastraining
- Keuze medicatie:
    - Tolterodine 4mg 1x1/dag (Duurder, minder bijwerkingen)
    - Alternatief: Oxybutynine 5mg 2x1/dag (Goedkoper, meer bijwerkingen)
        - Opgelet bij kwetsbare ouderen
    - Bijwerkingen: Hoofdpijn, droge mond, constipatie
    - absolute contra-indicaties: nauwe kamerhoek glaucoom, verlengde QT-tijd (tolterodine), urineretentie

Bronnen:
https://www.thuisarts.nl/urine-incontinentie/ik-ga-bekkenbodemoefeningen-doen
https://www.thuisarts.nl/urine-incontinentie/ik-ga-blaastrainingen-doen

Incontinentiematerialen – Informatiebrochure voor de Huisarts

De wereld van incontinentiematerialen is voor de huisarts nog vaak onbekend. Hieronder volgt een uiteenzetting over de verschillende beschikbare materialen, hun kenmerken, prijs, voor- en nadelen en adviezen in het gebruik. U kunt het overzicht gebruiken om uw patiënt te adviseren of al een stapje op weg te helpen bij zijn/haar keuze. Nadien volgt praktische informatie over de gedeeltelijke terugbetaling die is aan te vragen voor de patiënt.

→ Telkens zal ook een indicatie worden gegeven van de kostprijs. Dit wordt weergegeven als een prijscategorie, omdat er binnen de productcategoriën een grote variatie bestaat qua prijs. Deze variatie is afhankelijk van het absoptieniveau (vaak aangegeven met hoeveelheid ingekleurde druppeltjes) van het product, de maat (S-XXL), de gebruikte materialen en het merk. Tevens is de prijs ook onderhevig aan verandering. De gegeven prijzen zijn de prijzen die gehanteerd worden in april 2016, door de verschillende grote Belgische mutualiteiten (CM, OZ, Voorzorg), per 10 producten.

Algemene adviezen

- De winkels van de mutaliteiten bieden meestal proefstalen aan. Adviseer de patiënt om enkele van deze stalen uit te proberen voordat hij/zij een grote verpakking koopt. Patiënten hebben namelijk vaak de neiging om een zwaarder (en dus veiliger) verband te kiezen met een hoger absorptieniveau. De kostprijs van deze zwaardere verbanden is aanzienlijk hoger dan de kostprijs van de verbanden met een lager adsorptieniveau. De patiënt kan een hoop kosten besparen door op het gemak de verschillende materialen uit te proberen. Op deze manier kan hij/zij goed bepalen welk adsorptieniveau geschikt is.
- Inlegstroken kunnen een uitkomst bieden wanneer het incontinentiemateriaal te duur is voor de patiënt. Dit zijn wegwerpbare stroken opvangmateriaal, die in/op het incontinentiemateriaal kunnen worden geplaatst. Het materiaal gaat op deze manier langer mee, of er kan een nacht mee worden overbrugt zonder dat het incontientiemateriaal moet worden vervangen.
- Neem zelf initiatief om dit gedeelte van de zorg met de patiënt te bespreken.
- De aan urine blootgestelde huid dient goed verzorgd te worden. Barrièrecrèmes zijn hiervoor verkijgbaar bij de thuiszorgwinkel of apotheek.

De verschillende materialen

→ meestal door zowel mannen als vrouwen te gebruiken. Indien het product alleen door mannen te gebruiken wordt dit aangegeven met het symbool (M), bij vrouwen door het symbool (V).

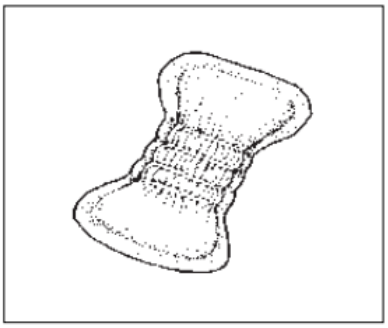
→ Van de beschreven producten bestaan steeds ook uitwasbare varianten. Deze worden niet standaard aangeboden door de verschillende mutaliteiten.

Absorptie materialen			Overige materialen
lichte urine-incontinentie	matige/zware urine-incontinentie	Onderleggers	1. Condoom katheter (M) 2. Katheters
1. Inlegverbanden --> speciale vaianten voor M 2. Maandverband (V) 3. Optrekbroekjes “Pull ups”	1. Inlegverbanden 2. Optrekbroekjes “Pull ups” 3. Verbanden met tailleband (T-modellen) 4. Luiermodel	1. Bed 2. Stoel	

De gebruikte figuren in deze tekst zijn afkomstig van: M. Fader et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technology Assessment 2008; Vol. 12: No. 29

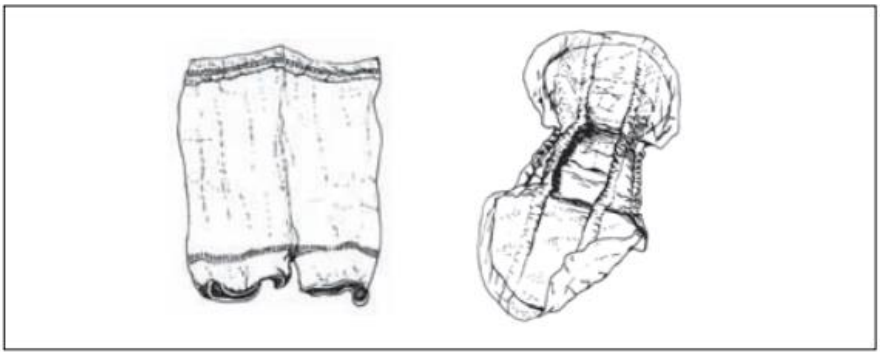
Inlegverbanden met netbroekjes

Deze verbanden zijn geschikt voor zowel patiënten met lichte incontinentie, als patiënten met matige- tot zware incontinentie. Patiënten met (zeer)lichte incontinentie kunnen het kleine inlegverbandje in het ondergoed dragen.



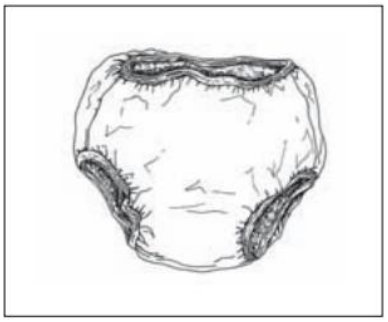
De grotereverbanden worden gedragen in een netbroekje (dit is een broekje van meshmateriaal) dat in de wasmachine op 60 graden kan worden uitgewassen. Door het dragen van det broekje blijft het materiaal goed ter plaatse. Goede instructies bij het dragen van dit verband zijn belangrijk. Zo dient de patiënt (of zijn/haar verzorger) dit verband eerst even goed dubbel te vouwen. De anti-lekrandjes staan dan netjes naar boven. Gebeurt dit niet, dan is de kans groot dat urine langs deze randjes lekt. Een voordeel van deze producten is de lage kostprijs. Voor mannen zijn er speciale verbanden beschikbaar. De voorzijde van het verband is groter en breder, waardoor het urineverlies goed wordt opgevangen onafhankelijk van de positie van de penis.

De prijs is afhankelijk van de hoeveelheid op te vangen urine per materiaal. De inlegverbanden voor lichte incontinentie kosten gemiddeld gezien 1,5-2 euro per 10 verbanden, de grotere inlegverbanden kosten ongeveer 3,5-7,5 euro per 10 verbanden.



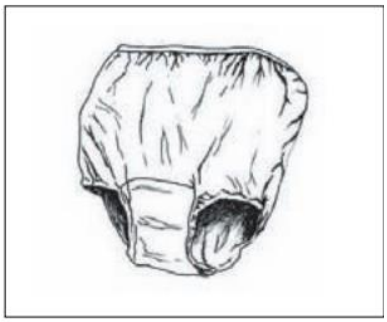
Maandverband

Het wordt niet aangeraden om dit type verband te gebruiken voor het opvangen van urine. Het maandverband is inferieur aan de hoger beschreven inlegverbanden voor urine-incontinentie op het gebied van absorptie en geurmaskering.



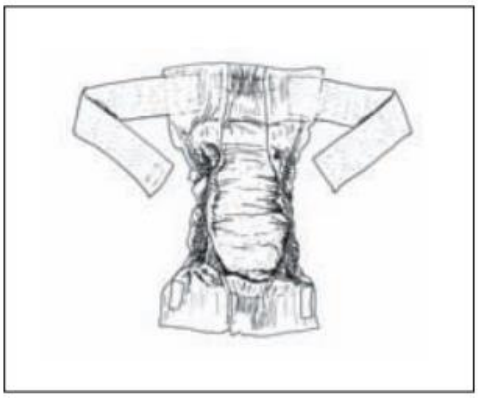
Optrekbroekjes (“Pull ups”)

De zogenaamde optrekbroekjes worden gedragen als een gewone onderbroek. Deze broekjes bestaan er voor verschillende graden van urineverlies. Er bestaan enkele broekjes voor lichte incontinentie, maar het grootste segment van deze producten richt zich op patiënten met matige- tot zware urine-incontinentie. Het voordeel van deze producten is dat zij voor de patiënt natuurlijker kunnen aanvoelen, juist doordat ze gedragen worden als een onderbroek. De kostprijs van deze producten is zeer verschillend; 10 broekjes kosten gemiddeld gezien 8-15 euro.



De gebruikte figuren in deze tekst zijn afkomstig van: M. Fader et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technology Assessment 2008; Vol. 12: No. 29

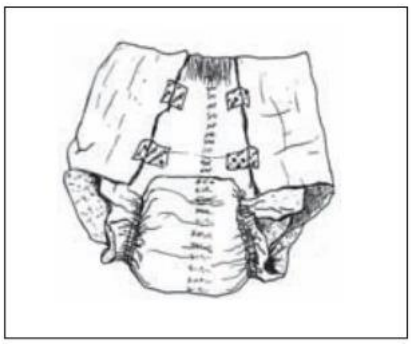
Verbanden met tailleband (T-model)

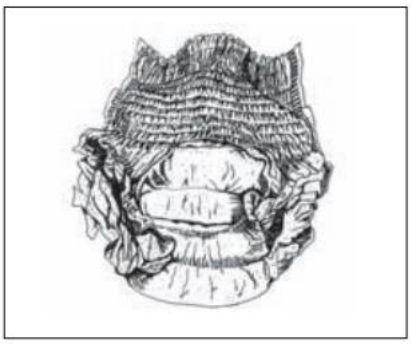


Deze verbanden zijn heel stevig en worden gebruikt voor matige- tot zware incontinentie. De tailleband geeft een goede fixatie, en geeft de patiënt tevens de mogelijkheid het verband gemakkelijk zelfstandig aan te brengen (in tegenstelling tot de gewone luiermodellen). Hij doet dit door eerst de tailleband te bevestigen om vervolgens het opvanggedeelte tussen de benen door te trekken en aan de voorkant vast te maken. Dit kan de autonomie van de patiënt vergroten. Voor onrustige patiënten die veel aan een luier 'friemelen' waardoor deze regelmatig losraakt, kan dit model ook een uitkomst zijn. Het verband wordt dan andersom gedragen, waarbij de tailleband wordt bevestigd op de rug. De prijs per 10 verbanden is 8-15 euro.

Luiermodel

Dit model wordt gebruikt door patiënten met zwaardere urine-incontinentie. Het model is vergelijkbaar met de luiers die voor neonaten en peuters worden gebruikt. Dit kan voor de oudere patiënt een vervelend gevoel geven, en dient daarom goed besproken te worden. In verhouding is dit materiaal goedkoper dan de optrekbroekjes of de verbanden met tailleband, het wordt daarom vaak gebruikt bij patiënten in een woonzorgcentrum (naast de inlegverbanden). Voor 10 luiers ligt de prijs ongeveer tussen de 5-11 euro.



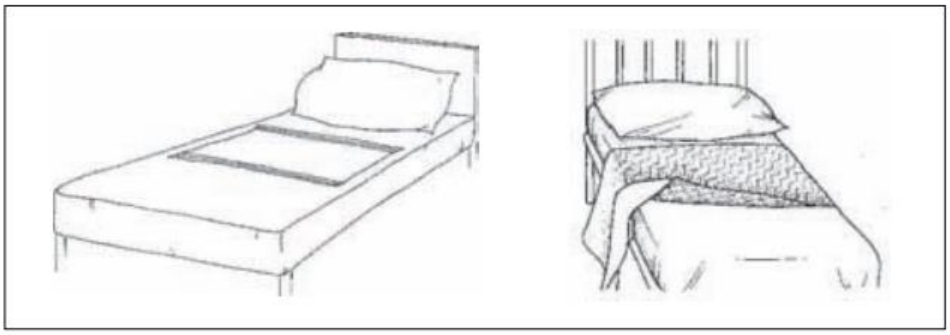


Onderleggers voor bedden of stoelen

Urineverlies in bed of op de zetel kan een kostelijk en tijdrovend probleem zijn. Er zijn daarom beschermende onderleggers ontwikkeld. Bij urineverlies dient enkel deze onderlegger verwisseld te worden in plaats van het gehele beddengoed of het uitwassen van de bekleding. De prijs van deze onderleggers is afhankelijk van de grootte:

- onderleggers voor stoelen 60*60 cm: 2,5-4 euro voor 10 stuks
- onderleggers stoel/bed 60*90 cm: 4-5 euro per 10 stuks
- onderleggen voor bedden 90*180 cm: 7,50 euro per 10 stuks

De gebruikte figuren in deze tekst zijn afkomstig van: M. Fader et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technology Assessment 2008; Vol. 12: No. 29

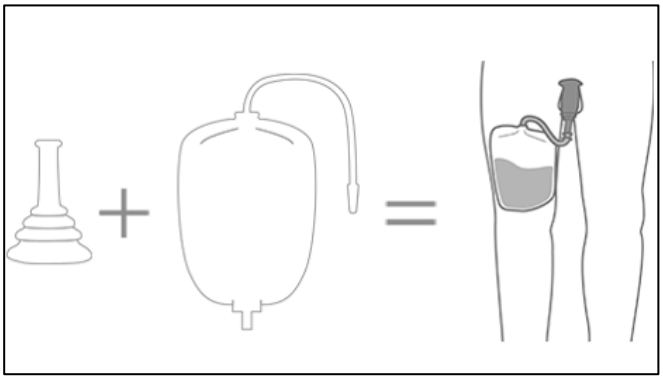


Er worden ook herbruikbare matrasbeschermers aangeboden. De prijs is hier afhankelijk van de grootte van de beschermer (80 - 115 euro).

Condoomkatheter (M)

Dit product is een zeer goed alternatief voor de absorptiematerialen. De condoomkatheter kan alleen gedragen worden door mannen.

De condoomkatheter bestaat uit 2 onderdelen: een trechtervormig condoom en een urinezak. Voor het gebruik van dit product wordt eerst de diameter van de penis bepaald, hiermee kan de maat van het condoom gekozen worden, zodat het goed past. Vervolgens wordt het condoom afgerold over de penis en kan 24u ter plaatse blijven (zonder dat deze extra vastgemaakt dient te worden). Na deze 24u dient het condoom te worden weggegooid. Het tweede onderdeel, de urinezak, wordt ter hoogte van het bovenbeen bevestigd door middel van 2 elastieken banden met een knoopsysteem. De zak bevat een tube die op maat geknipt kan worden en vervolgens bevestigd wordt aan het uiteinde van het trechtervormig gedeelte van het condoom. De zak kan worden afgesloten door een aftapkraantje, dit is bijvoorbeeld gemakkelijk tijdens het verwijderen van de zak om deze leeg te gieten. Er bestaan zakken van verschillende groottes (350, 500, 750 ml). Tevens bestaan er extra grote nachtopvangzakken van 2000ml. De opvangzakken kunnen enkele malen worden hergebruikt.



Voordelen van de condoomkatether zijn: discretie, verminderen van geur (urine in luchtdichte zak) verminderen van irritatie van de huid (minder blootstelling van urine aan de huid) en de volledige terugbetaling van dit systeem. De terugbetaling is mogelijk na eenmalig voorschrift van de huisarts.

Katheters

Het gebruik van katheters wordt best zoveel mogelijk vermeden voor de indicatie urine-incontinentie. Slechts in uitzonderingsgevallen, bijvoorbeeld urine-incontinentie ten gevolge van resistente urineretentie, belangrijke huidproblematiek door incontinentie of het uitblijven van comfort van andere methoden, kan het gebruik van katheters worden overwogen. Hierbij wordt steeds de voorkeur gegeven aan intermittente zelfkatheterisatie boven het gebruik van verblijfskatheters (urethraal/suprapubisch). Voor katheters is terugbetaling voorzien.

De gebruikte figuren in deze tekst zijn afkomstig van: M. Fader et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technology Assessment 2008; Vol. 12: No. 29

Financiële overwegingen en terugbetalingsmodaliteiten

Samenvattende tabel kostprijs (per 10 producten)

Belgische mutualiteiten (CM, OZ, Voorzorg) 04/2016. Prijs afhankelijk van maat patiënt (XS –XXL), merk en het absorptieniveau.

Type product	Prijscategorie (in euro)
Inlegverbandjes lichte incontinentie	1,5-2 euro
Grotere inlegverbandjes	3,5-7,5 euro
Inlegbroekjes (mesh) voor fixatie inlegverband (uitwasbaar)	5-13 euro
Optrekbroekjes (“pull up”)	8-15 euro
Verbanden met tailleband	8-15 euro
Luiermodel	5-11 euro
Onderlegger 60*60	2,5-4 euro
Onderlegger 60*90	4-5 euro
Onderlegger 90*180	7,50 euro
Condoomkatheter	Terugbetaald na eenmalig voorschrift huisarts

Adviseer de patiënt materiaal in te kopen bij zijn/haar eigen mutualiteit. De kostprijs voor niet-leden ligt bij de mutualiteiten veel hoger. Dit verschil loopt gemakkelijk op tot 40%. Indien de patiënt een geschikt product heeft gevonden waar hij/zij tevreden over is, kan het lonen de prijs voor dit product te vergelijken bij de verschillende mutualiteiten om vervolgens een eventuele overstap te overwegen. De prijzen kunnen per mutualiteit namelijk behoorlijk verschillen. Echter bij deze keuze dienen natuurlijk ook de andere voordelen van de mutualiteiten in overweging genomen te worden, als ook de aanwezigheid van winkels in de buurt waar persoonlijke begeleiding kan worden gegeven.

Terugbetalingsmodaliteiten

Afgezien van de kortingen die mutualiteiten aanbieden aan patiënten die bij hen aangesloten zijn, bestaan er nog 2 vormen van gedeeltelijke terugbetaling voor de patiënt die incontinentiematerialen gebruikt.

- incontinentie forfait voor niet-afhankelijke personen
- incontinentie forfait voor zwaar hulpbehoevenden

Deze 2 forfaits zijn wettelijk vastgelegd en worden ter beschikking gesteld door het RIZIV (rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering).

Incontinentie forfait voor niet-afhankelijke personen

Patiënten waarbij de urine-incontinentie niet onder controle komt met andere behandelmethoden, hebben recht op een tegemoetkoming in de vorm van een jaarlijks forfait. Dit forfait wordt jaarlijks geïndexeerd en bedraagt heden 160,96 euro. Het aanvraagformulier is achter dit document toegevoegd. Dit formulier dient te worden ingevuld door de huisarts.

Voorwaarden patiënt:

1. Lijden aan een **onbehandelbare vorm** van urinaire incontinentie.
2. **Geen recht hebben** op het incontinentieforfait omdat men niet voldoet aan het afhankelijkheidscriterium.
3. **Niet verblijven** in een rustoord of verzorgingsinrichting waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet (uitgezonderd opname in een acute dienst en bij opvang in een dagverzorgingscentrum).
4. Nog **geen tegemoetkoming** voor autosondage of incontinentiemateriaal ontvangen hebben.

Incontinentie forfait voor zwaar hulpbehoevenden

Dit forfait wordt meestal aangevraagd door een thuisverpleegkundige of een medewerker in een woonzorgcentrum en wordt doorgaans automatisch gekoppeld aan het forfait B of C voor thuisverpleging. Wanneer dit niet het geval is, kan het forfait kan ook worden aangevraagd door de huisarts. De arts dient dan een Katz-schaal in te vullen. Deze wordt door de patiënt opgestuurd naar de betreffende mutualiteit. Ook dit forfait wordt jaarlijks geïndexeerd en bedraagt heden 493,15 euro.

Voorwaarden patiënt:

1. Gedurende minstens vier van de laatste twaalf maanden: recht hebben op het **forfait B of C** in de thuisverpleging, met een score 3 of 4 voor het criterium 'Incontinentie'.
2. De laatste dag van de hierboven vermelde vier maanden: **niet verblijven** in een verzorgingsinrichting waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet (algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, rust- en verzorgingstehuis (RVT), rustoord voor bejaarden (ROB), psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), initiatief voor beschut wonen of bepaalde revalidatiecentra).
3. Op de laatste dag van de referteperiode van twaalf maanden **in leven** zijn.

Bijlage bij het koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage bij het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

FORMULIER AANVRAAG « ONBEHANDELBARE INCONTINENTIE-FORFAIT »

Voor thuiszorg door de huisarts in te vullen
Naar de adviserend geneesheren te sturen

1. Identificatie van de patiënt

2. Evaluatie

• Anamnese

- Incontinentie is continu O
- Incontinentie is intermittent O
- Stress incontinentie O
- Urge incontinentie O
- Urinaire incontinentie en ook faeces incontinentie O

• Objectieve gegevens

> Klinisch onderzoek ter opzoeken van

1. fecaloma O
2. globus vesicalis O
3. prostatische hypertrofie O
4.gynecologische prolaps O
5. anale hypotonus O

> Technische onderzoeken :

- Urine O

Eventuele specialistische onderzoeken :

- (uro, genyco, geriater) O

> Eventuele intercurrente factoren :

- sommige geneesmiddelen O
- omgevingsfactoren O
- gevorderde dementie O

> Therapie :

- Medicatie O
- Kine O
- Heelkunde O

3. Na uitsluiting van behandelbare oorzaken van incontinentie en poging tot therapie toch blijvende incontinentie. Daarom vraag ik voor De heer/Mevr. ..... de toekenning van het forfait aan de adviserend geneesheer.

Stempel en handtekening van de huisarts Datum

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 7 oktober 2011 tot wijziging van het besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

ALBERT

Van Koningswege :

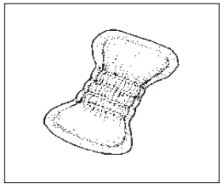
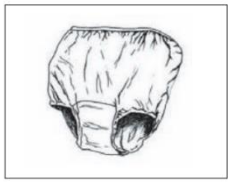
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Maatschappelijke Integratie
Mevr. L. ONKELINX

Incontinentiematerialen – Patiënten informatie

Incontinentiematerialen zijn er in allerlei soorten en maten: ze zijn bedoeld om urine op te vangen. Het aanbod is groot, waardoor het soms moeilijk is om een product te kiezen. Deze brochure legt in het kort uit welke verschillende materialen er zijn. Verder worden er enkele voor- en nadelen en een prijscategorie gegeven. Er zijn geen goede of slechte type materialen; vooral uw eigen specifieke behoeften en voorkeuren zijn belangrijk voor het maken van een juiste keuze.

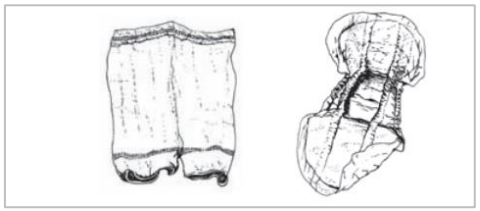
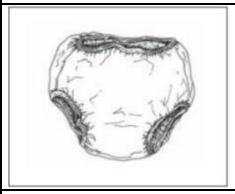
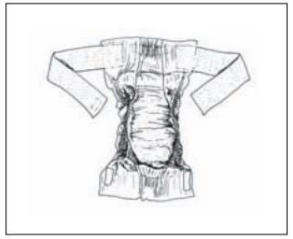
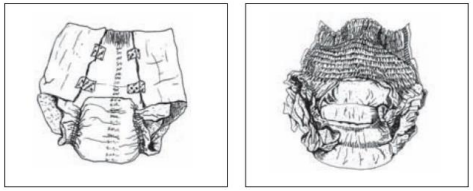
Bij twijfels of vragen kunt u altijd bij een van onze artsen terecht, of bij de deskundigen van de mutualiteit. Ook zij helpen u graag verder in de keuze naar het meest geschikte product.

U heeft een lichte vorm van urine-incontinentie: regelmatig verliest u druppeltjes urine

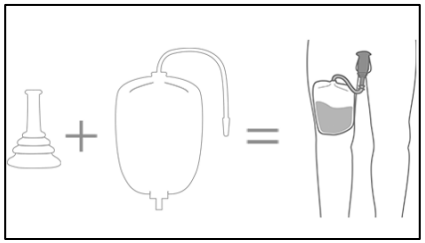
Type verband	♀♂		**Info**	**Nadelen**	**Voordelen**	**Prijs (10 stuks)**
Inlegverbanden	♀♂	 	Kleine inlegverbandjes kunnen met een plakstripje in de onderbroek worden gedragen. Er bestaan speciale verbanden voor mannen, deze zijn aan de voorkant breder.		Goedkope prijscategorie.	Zeer licht tot licht: 1,5-2 euro
Maandverband	♀		Minder geschikt voor urine-incontinentie → wordt niet aangeraden	Slechtere opvangcapaciteit + geurbescherming	Te koop in de supermarkt	
Optrekbroekjes	♀♂		Deze broekjes kunnen gedragen worden als een gewone onderbroek.	Hogere kostprijs	“natuurlijk” aanvoelend	8-15 euro

De gebruikte figuren in deze tekst zijn afkomstig van: M. Fader et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technology Assessment 2008; Vol. 12: No. 29

U heeft een matige/zware urine-incontinentie: regelmatig verliest u grotere hoeveelheden urine

Type verband	♀♂		Info	Nadelen	Voordelen	Prijs (10 stuks)
Inlegverbanden	♀♂		De grotere inlegverbanden kunnen in een uitwasbaar broekje worden gedragen, zo blijven ze goed op hun plaats. Vouw deze verbanden voor het dragen eerst even dubbel over de lengte, zo staan de anti-lekrandjes goed naar boven. Er bestaan speciale verbanden voor mannen, deze zijn aan de voorkant breder.	Minder stevig	Goedkope prijscategorie.	3,5 -7,5 euro
Optrekbroekjes	♀♂		Deze broekjes kunnen gedragen worden als een gewone onderbroek. Ze zijn er voor patiënten met matige incontinentie, maar ook voor patiënten met zwaardere incontinentie.	Hogere kostprijs	“natuurlijk” aanvoelend	8-15 euro
Verbanden met tailleband	♀♂		Het stevigste model op de markt. Geschikt voor patiënten met de zwaarste vormen van urineverlies. Dit model kunt u gemakkelijk zelf aandoen door eerst de tailleband vast te maken. Vervolgens kunt u het opvanggedeelte tussen de benen doen, en langs voren vastkleven.	Duur verband	Makkelijk zelfstandig aan te doen	8-15 euro
Luiermodel	♀♂		Een goedkoper model dat ook gebruikt kan worden om grote hoeveelheden urine op te vangen. Dit model is niet gemakkelijk zelf aan te doen. Het wordt dan ook meestal gebruikt in woonzorgcentra; daar kan de verpleging helpen bij het aandoen van het materiaal.	Moeilijk zelfstandig aan te doen	Goedkope prijscategorie	5-11 euro

De gebruikte figuren in deze tekst zijn afkomstig van: M. Fader et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technology Assessment 2008; Vol. 12: No. 29

Condoom-katheter	♂		Dit model kan enkel door mannen worden gebruikt. Een aangemeten condoom wordt rond de penis geplaatst en gekoppeld aan een urinezak die aan het bovenbeen wordt gedragen. De grootte van de zak kan de patiënt zelf kiezen (350, 500, 750ml). Er bestaan ook speciale nachtzakken van 2000ml. De urinezak kan af en toe geleegd worden en is enkele malen herbruikbaar. Het condoom blijft maximaal 24u ter plaatse en wordt dan vervangen.	Kan vervelend zitten rond het been (vaak is het dan belangrijk de elastiekjes aan te passen)	- Geurdicht - Geen irritaties van de huid - volledige terugbetaling	Volledig terugbe-taald met eenmalig voorschrift van de huisarts

Enkele algemene tips:

- Vraag in de winkel van de mutualiteit om proefstalen. Zo kunt u eerst het product eens uitproberen, voordat u veel geld aan een grote verpakking besteedt.
- Kies niet direct een heel zwaar product: veel patiënten kiezen voor de veiligheid een product met een heel grote opvangcapaciteit. Vaak overschat men zelf de hoeveelheid urineverlies. Hierdoor draagt u al snel een te dik product en besteedt u onnodig veel geld.
- Wanneer de huid in contact is geweest met urine, verzorg deze dan goed. Dit voorkomt irritaties. Er zijn hiervoor verschillende producten te koop bij de apotheek of winkel van de mutualiteit.
- Vraag aan uw huisarts het formulier in te vullen voor een jaarlijks forfait voor incontinentiematerialen. In 2016 bedraagt dit bedrag: 160,96 euro.

Namens,

Aangepaste Duodecim-richtlijn 'Urine-incontinentie bij ouderen'

Urine-incontinentie bij ouderen

Auteurs

Oorspronkelijke Duodecim-richtlijn: Maria Nuotio en Pentti Kiilholma, EBM Guidelines Adaptatie voor EBMPracticeNet: Maaike de Graag en Wouter Umans

Introductie en achtergrond

Urine-incontinentie is een belangrijk gezondheidsprobleem. De prevalentie van urine-incontinentie is hoog, en neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Afhankelijk van de gebruikte definitie varieert de prevalentie bij ouderen tussen de 20-40%. De problematiek kan van belangrijke invloed zijn op de "quality of life" van deze patiënten.

Doelstelling

In deze richtlijn trachten de auteurs door middel van duidelijke toepasbare aanbevelingen de huisarts te ondersteunen in de behandeling (niet-medicamenteus en medicamenteus) van urine-incontinentie bij ouderen.

Doelgroep voor de richtlijn

Deze richtlijn is geschreven voor huisartsen in België.

Patiëntenpopulatie

Personen boven de 65 jaar die zich in de huisartsenpraktijk presenteren met urine-incontinentie

Klinische vraag of vragen, gebruikt voor adaptatie

> ***Klinische vraag 1:*** *Wat zijn de doorverwijscriteria bij een patiënt met urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk?*
> ***Klinische vraag 2:*** *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met urgency-incontinentie?*
> ***Klinische vraag 3:*** *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een vrouw met stress/gemengde incontinentie?*
> ***Klinische vraag 4:*** *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met overloop-incontinentie?*
> ***Klinische vraag 5:*** *Welke algemene niet-medicamenteuze eerstelijnsadviezen zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met incontinentie?*
> ***Klinische vraag 6:*** *Welke incontinentiematerialen bestaan er? Wat is de werkzaamheid en tolerantie?*

Kernboodschap

Aanpassingen 2016: **vet**

Basisinformatie

- Urine-incontinentie bij een oudere persoon heeft een impact op de levenskwaliteit van de patiënt en diens familie en eveneens op de kosten van de gezondheidszorg. Het verhoogt het valrisico en de nood aan langdurige institutionele zorg.
- De patiënt is vaak te beschaamd om aangepaste hulp te zoeken.
- Er zijn verschillende behandelopties beschikbaar om urine-incontinentie bij een oudere persoon aan te pakken, die ofwel de aandoening genezen of tenminste de toestand verlichten.

Prevalentie en indeling

- Frequenter bij vrouwen en bij bewoners in institutionele zorg
  - Onder de 70-plussers, heeft meer dan de helft van de vrouwen en ongeveer een kwart van de mannen last van problematische urine-incontinentie.
- **Urge-incontinentie**
  - Gekenmerkt door een plotselinge drang om te plassen (urgency)
  - Deel van het overactieve blaassyndroom, waarvan de andere symptomen onder andere drang tot urineren zonder incontinentie, frequent urineren en nycturie zijn
  - De meest voorkomende vorm bij mannen
- **Stressincontinentie**
  - Onvrijwillig urineverlies tijdens lichamelijke inspanning of belasting
  - Frequent bij vrouwen
  - Zeldzaam bij mannen, alleen gezien na chirurgie in de bekkenregio
- **Gemengde incontinentie**
  - Een combinatie van urge- en stressincontinentie
  - De meest voorkomende vorm bij vrouwen
- **Overloopincontinentie**
  - Incontinentie veroorzaakt door een acute of chronische urineretentie

Veranderingen gebonden aan veroudering

- Vrouwen
  - Atrofie van de urogenitale slijmvliezen
  - Verzwakking van de bekkenbodemondersteunende structuren
  - Urethrale verkorting
- Mannen
  - Benigne prostaathyperplasie.
- Mannen en vrouwen
  - Hyperactiviteit van de detrusor met een verminderde contractiliteit
  - Het functionele volume van de blaas neemt af, wat leidt tot een verhoogd volume van urineresidu.
  - Het vermogen van de nieren om urine te concentreren neemt af.
  - Het nachtelijke volume aan urine dat uitgescheiden wordt (nachtelijke polyurie) neemt toe in verhouding tot het volume dat overdag uitgescheiden wordt.

Factoren geassocieerd met urine-incontinentie bij ouderen

- Neurologische ziekten
  - Geheugenstoornissen
  - Cerebrovasculaire aandoeningen
  - De ziekte van Parkinson
  - Zogenaamde witte stofveranderingen (WMC), d.w.z. veranderingen t.g.v. circulatiestoornissen in de diepe delen van de hersenen, aan het licht gebracht met beeldvormende onderzoeken
- Andere chronische ziekten
  - Type 2 diabetes
  - Hart- en vaatziekten
  - Longziekte
  - Musculoskeletale aandoeningen (bv. spinaal kanaalstenose)
- Depressie en depressieve symptomen
  - Oorzaak of gevolg?
- Intestinale symptomen
  - Constipatie
  - Fecale incontinentie
- Verminderde mobiliteit en functionele capaciteit
- Delirium
- Acute urineweginfectie
  - Bovendien is asymptomatische bacteriurie heel frequent bij ouderen en vereist dit geen behandeling.
- Medicatie
  - Diuretica
  - Antipsychotica met anticholinerge eigenschappen
  - Analgetica die inwerken op het centrale zenuwstelsel
  - Hypnotica en sedativa
  - Acetylcholinesterase inhibitoren gebruikt bij de ziekte van Alzheimer

Behandeling

- Onderzoeken en behandeling worden bepaald in overeenstemming met de oorza(a)k (-en) en de aard van de incontinentie.
- In gevallen waarbij de patiënt verschillende comorbide aandoeningen heeft, die behandeld worden met allerlei medicaties, zou de nadruk van de aanpak moeten liggen op een holistische benadering en revalidatie.

Algemene adviezen:

- **Adviseer patiënten eventueel op proef hun cafeïnegebruik te minderen (2C)**
- **Adviseer bij obesitas (BMI ≥ 30 kg/m2) gewichtsreductie (1B)**
- **Overweeg het adviseren van het matigen van hoge of lage vochtinname (2C)** [Noot1]

Overactieve blaas met bijbehorende urge-incontinentie

Niet-medicamenteuze behandeling urge-incontinentie

- **Adviseer patiënten met urge-incontinentie blaastraining, waarbij de patiënt leert om urge te verminderen door het aanspannen van de bekkenbodemspieren, als eerste stap in de behandeling. Adviseer dit gedurende minstens 6 weken. (1A)**

Medicamenteuze behandeling urge-incontinentie

- **Bespreek met patienten met urge-incontinentie bij wie blaastraining onvoldoende effectief is de optie om anticholinergica te gebruiken, als aanvulling op de blaastraining. (2B)**
- **De eerste keuze zou, rekening houdend met kostprijs en wijze van toediening, kunnen gaan naar het generiek verkrijgbare tolterodine 4mg met gereguleerde afgifte. (2C)**
- **Bij wens om geen pillen te slikken, of bij droge mond bij gebruik van tolterodine, zijn oxybutyninepleisters een alternatief. (2B)**
- **Voorschrijvers moeten wel zeer alert zijn op bijwerkingen, waaronder verwardheid. Mocht verwardheid optreden, dan dient het anticholinergicum gestaakt te worden. (GPP)**
- **Toepassing van systemische oestrogenen in de behandeling van urine-incontinentie bij vrouwen wordt ontraden, vanwege het gebrek aan effectiviteit en de mogelijk ernstige bijwerkingen. (1A)**
- **Toepassing van lokale oestrogenen wordt niet aangeraden, vanwege het geringe effect. (1C)** [Noot2]

Chirurgie

- Transurethrale resectie van de prostaat (TURP) bij benigne prostaathyperplasie na urodynamisch onderzoek.
- Percutane nervus tibialis stimulatie kan nuttig zijn bij de behandeling van urge-incontinentie bij ouderen. Het kan ook thuis worden toegepast.

Nycturie en nachtelijke urine-incontinentie

- De toediening van een diureticum naar de namiddag verplaatsen
- Intermitterende sondage (in-en-uit katheterisatie) in de residentiële zorg voor het slapengaan
- Compressiekousen als de patiënt oedemen in de onderbenen heeft
- Een antimuscarine geneesmiddel 's nachts
- Desmopressine is gecontra-indiceerd vanwege het risico op hyponatriëmie

Stress- en gemengde urine-incontinentie bij vrouwen

Niet medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

- **Bied vrouwen met stressincontinentie een proef aan van (gesuperviseerde) bekkenbodemtraining (ten minste 3 maanden) als eerstelijnsbehandeling. (1A)**
- **Bekkenbodemtraining programma's moeten bestaan uit ten minste 8 contracties 3 maal per dag. (1C)**
- **Gebruik biofeedbacktraining door middel van perineometrie of bekkenbodemelektromyografie niet als routine onderdeel van de bekkenbodemtraining. (2B)**
- **Bespreek als alternatief de optie om een pessarium te gebruiken bij vrouwen met stressincontinentie. (2B)**

Medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

- **Bij de behandeling van stressincontinentie is geen plaats voor duloxetine (1A)**

Beleid bij gemengde incontinentie

- **Bij gemengde incontinentie wordt de aanpak bepaald door de klachten die het meest op de voorgrond staan. Bij onvoldoende effect van deze aanpak na 6 weken voegt men hieraan behandeling van het andere type incontinentie toe. (GPP)**
- **Bied voor ten minste 6 weken blaastraining aan als eerstelijnsbehandeling voor vrouwen met gemengde-incontinentie (1A)**
- **Bied vrouwen met gemengde incontinentie een proef aan van (gesuperviseerde) bekkenbodemtraining (ten minste 3 maanden) als eerstelijnsbehandeling (1A)** [Noot3]

Chirurgie

- Minimaal invasieve suburethrale bandjes (TVT en TOT) worden redelijk goed verdragen door de patiënt en zijn dus ook geschikt voor veel oudere vrouwen voor de aanpak van moeilijke stress-incontinentie.

Overloopincontinentie

- **Verricht bij een acute urineretentie een transurethrale katheterisatie, tenzij de urineretentie op een recent trauma (recente prostatectomie of ongeval) terug te voeren is. Verwijs in dat geval met spoed naar de uroloog. (GPP)**
- **Verricht urineonderzoek direct na het plaatsen van de katheter en behandel zo nodig een urineweginfectie (GPP)**
- **Start na de katheterisatie van mannen met een alfablokker zoals alfuzosine of tamsulosine met gereguleerde afgifte − tenzij hiervoor een belangrijke contra-indicatie bestaat (1B)**
- **Laat de katheter 48 tot 72 uur in situ. Plaats een nieuwe katheter wanneer de mictie na verwijdering niet spontaan op gang komt en verwijs de patiënt dan naar de uroloog. (GPP)**
- **Evalueer na twee weken het gebruik van de alfablokker en staak dit indien er geen mictieklachten zijn waarvoor de patiënt behandeling wenst. (GPP)**
- **Overweeg het staken van medicatie die kan hebben bijgedragen aan het ontstaan van de retentie (GPP)** [Noot4]

Revalidatieaspecten

- Het behoud van en de bevordering van de mobiliteit en de functionele capaciteit verbeteren de blaascontrole.
- Snelle en effectieve revalidatie moet worden verstrekt na een acute ziekte of na chirurgie, gebruikmakend van geschikte mobiliteitshulpmiddelen.
- Een verblijfskatheter moet zo snel mogelijk worden verwijderd om de controle over de blaas te behouden en om kathetergeïnduceerde infecties en andere complicaties te vermijden.
- Er moet voor worden gezorgd dat de patiënt een obstakelvrije en veilige route (bv. adequate verlichting, enz.) naar het toilet of toiletstoel heeft, zowel thuis als in de residentiële zorg.

Incontinentiebescherming

Algemeen:

- **Informeer de oudere patiënt met urine-incontinentie en/of zijn verzorgers over de verschillende behandelopties, voordat wordt besloten om enkel incontinentiematerialen te gebruiken. (GPP)**
- **De huisarts verwijst patiënten die opvangmateriaal willen gebruiken naar de apotheek of een deskundige (wijk)verpleegkundige, waar zij in de keuze voor en het gebruik van een bepaald product begeleiding kunnen krijgen. (GPP)**
- **Het kan moeilijker zijn voor oudere mannen om het gebruik van incontinentieverbanden te aanvaarden, zij zouden bijzondere aandacht moeten krijgen tijdens de begeleiding en de educatie (GPP)**

Katheterisatie bij vrouwen:

- **Blaaskatheterisatie (intermittent, verblijfskatheter urethraal of suprapubisch) moet worden overwogen bij vrouwen bij wie persisterende urineretentie incontinentie veroorzaakt, en bij wie dit op geen andere manier kan gecorrigeerd worden. (GPP)**
- **Bied vrouwen met urineretentie intermittente urethrale katheterisatie aan wanneer zelfkatheterisatie kan worden aangeleerd, of wanneer de techniek kan worden toegepast door de verzorger. (GPP)**
- **Wees bewust van de gevolgen op lange termijn bij urethrale verblijfskatheters. Indicaties voor langdurig gebruik van urethrale verblijfskatheters voor vrouwen met urine-incontinentie zijn:**
    - **Chronische urineretentie bij vrouwen die geen intermittente zelfkatheterisatie kunnen toepassen.**
    - **Wonden, drukulcera of huidirritaties die gecontamineerd zijn door urine**
    - **Pijn of ongemak tijdens verkleden of verbedden**
    - **Wanneer de vrouw de voorkeur voor deze methode heeft. (GPP)**

Katheterisatie bij mannen:

- **Bied mannen met LUTS met urine-incontinentie externe opvangsystemen aan, voordat verblijfskatheterisatie wordt overwogen. (GPP)**
- **Bied aan mannen met LUTS intermittente blaaskatheterisatie aan voordat verblijfskatheterisatie urethraal of suprapubisch wordt overwogen (GPP)**
- **Overweeg het aanbieden van langdurige urethrale katheterisatie aan mannen met LUTS:**
    - **Bij wie andere behandelopties ontoereikend zijn en bij wie chirurgie niet van toepassing is**
    - **Die geen intermittente zelfkatheterisatie kunnen toepassen**
    - **Met wonden, drukulcera of huidirritaties die gecontamineerd zijn door urine**
    - **Met pijn of ongemak tijdens verkleden of verbedden (GPP)** [Noot 5]

Andere punten van belang

- Luister naar de wensen van de patiënt en zijn/haar familie
- Let op de stemming van de incontinente patiënt en schrijf, indien nodig, antidepressiva voor.
- Behandel obstipatie
- Herevalueer alle medicatie.

- Overweeg andere mogelijke oorzaken van urine-incontinentie bij een patiënt met geheugenstoornissen.

Criteria voor doorverwijzing

- **Verdenking op urinaire obstructie**
    - **waarbij men kan vermoeden dat behandeling met conservatieve methoden onvoldoende resultaat zal opleveren (GPP)**
- **Ernstige symptomen (GPP)**
- **Geen resultaat van conservatieve behandeling (GPP)**
- **Verdenking op urologische maligniteit (GPP)**
- **Postoperatieve complicaties (GPP**) Noot 6

Noten: Toelichting tot en basis voor de aanbevelingen

Basis van de aanbevelingen vormde de richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' van Duodecim uit 2014. De auteurs hebben deze richtlijn verder geadapteerd volgens de gangbare methodiek van EBMPracticeNet. Hiervoor werden de volgende richtlijnen gebruikt:

- NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. 2013
- NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. 2015
- NICE Guideline: Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. 2013
- NICE Guideline: The management of lower urinary tract symptoms in men. 2010.
- ACP Guideline: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. 2014
- EAU Guideline: Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2013

NOOT 1

TOELICHTING

Er is bewijs van lage kwaliteit voor een negatief verband tussen het gebruik van cafeïne en urine-incontinentie. (1) Dit geldt ook voor te hoge of te lage vochtinname. (2)
Voor gewichtsreductie bij obesitas is er bewijs van matige kwaliteit bij vrouwen voor de verschillende types van urine-incontinentie. (1) (2) (3) Er is geen onderzoek beschikbaar voor gewichtsreductie bij mannen. Meer info zie 'basis voor de aanbeveling'.
Voor een verband tussen roken en urine-incontinentie en alcohol en urine-incontinentie is het bewijs niet consistent. (1) Hierover wordt dan ook geen aanbeveling opgesteld.

BASIS VOOR DE AANBEVELING

De Finse Duodecim-richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' werd als basis gebruikt voor bovenstaande aanbevelingen. Deze aanbevelingen werden vergeleken met de richtlijnen van NICE: 'urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women'

en ‘the management of lower urinary tract symptoms in men’, NHG: ‘incontinentie voor urine bij vrouwen’ en ‘mictieklachten bij mannen’, ACP: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians en EAU: Guidelines on Urinary Incontinence.
NICE: ‘urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women’, ACP: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians en NHG: ‘incontinentie voor urine bij vrouwen’ raden bij obesitas afvallen aan als advies bij urine-incontinentie. Dit is gebaseerd op enkele RCT’s die werden uitgevoerd bij vrouwen. (2) (4) (5) (6)
Zowel voor urge- als voor stressincontinentie werd verbetering bekomen met gewichtsreductie. Er zijn geen onderzoeken bekend over mannen, en uiteraard dient er steeds voorzichtigheid aan de dag gelegd te worden bij extrapolatie. Aan de aanbeveling zijn echter weinig nadelen verbonden. Pathofysiologisch werden ook niet meteen redenen gevonden om deze aanbeveling niet te extrapoleren naar mannen. De aanbeveling werd dan ook algemeen overgenomen voor mannen.

Noot 2

TOELICHTING

Niet-medicamenteuze behandeling van urge-incontinentie

Blaastraining kan begeleid worden door de huisarts, of door een kinesist gespecialiseerd in bekkenbodemproblematiek. Begeleiding door een kinesist is aan te raden als:
-de patiënt moeite heeft de bekkenbodemspieren aan te spannen en te ontspannen
-de klachten na 6 weken onder begeleiding van de huisarts weinig zijn verbeterd
-de huisarts de begeleiding liever uit handen geeft om andere redenen. (1)

Medicamenteuze behandeling:

Omwille van bijwerkingen wordt oxybutinine (immediate release) niet aangeraden bij frêle ouderen. (2) De keuze voor tolterodine heeft te maken met de mogelijkheid tot een pil met gereguleerde afgifte (1x/d), alsook het feit dat tolterodine als enige middel in België generiek verkrijgbaar is naast oxybutinine waardoor tolterodine het goedkoopste alternatief is op moment van schrijven. (7)
Gekende bijwerkingen van tolterodine zijn voornamelijk, naast de reeds beschreven verwardheid, hoofdpijn, droge mond en obstipatie. (1)
Absolute contra-indicaties voor het gebruik van tolterodine zijn: het nauwekamerhoekglaucoom, verlengde QT-tijd,urineretentie. Voorzichtigheid is geboden bij elektrolytstoornissen, bradycardie, bestaande hartaandoeningen, en bij combinatie met medicatie die het QT-interval verlengt (amiodaron, haloperidol, azitromycine en domperidon)
Bij matige leverfunctiestoornissen en ernstig verminderde nierfunctie (eGFR 10 tot 30 ml/min/1,73 m2) is een lagere dosering van tolterodine gewenst (tolterodine met gereguleerde afgifte 2 mg 1 dd 1 tablet). (1)

Indien er onacceptabele bijwerkingen optreden met tolterodine kan een overstap naar oxybutininepleisters besproken worden. Oxybutininepleisters geven minder systemische bijwerkingen, lokaal eczeem en jeuk kunnen dan weer wel voorkomen. Effectiviteit lijkt gelijkwaardig te zijn met orale medicatie. (8)

BASIS VOOR DE AANBEVELING

De Finse Duodecim-richtlijn ‘urine-incontinentie bij ouderen’ werd als basis gebruikt voor bovenstaande aanbevelingen. Deze aanbevelingen werden vergeleken met de richtlijnen van NICE: ‘urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women’ en ‘the management of lower urinary tract symptoms in men’, NHG: ‘incontinentie voor urine bij vrouwen’ en ‘mictieklachten bij mannen’, ACP: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians en EAU: Guidelines on Urinary Incontinence.

Blaastraining wordt door alle 6 de behouden richtlijnen aangeduid als voorkeurstherapie. Specificatie van blaastraining vinden we enkel bij NICE en NHG:
NICE: Bladder training (also described as bladder retraining, bladder drill, bladder re-education or bladder discipline) actively involves the individual, in attempting to increase the interval between the desire to void and the actual void. This may occur by mandatory schedules in which the individual may not use the toilet between set times for voiding, or a self-scheduled regimen where the patient gradually increases their inter-voiding times, and may use the toilet between times if the urgency becomes unbearable. (2)
NHG: mictieschema met als basisinterval de tijd die de laatste dagen tussen twee micties zat (eventueel met hulp van het mictiedagboek) de vrouw kan wekelijks het interval tussen twee micties met vijftien tot dertig minuten uitstellen bij afname van het aantal incontinentie-episodes en urgency. (1)
Als basis werd gekozen voor de systematiek van NHG, die ook als een van de twee mogelijkheden vermeld staat bij NICE.

Er is bewijs van matige kwaliteit dat blaastraining vaker verbetering of genezing geeft van urge-incontinentie dan geen behandeling. In een kleine RCT (n=18 vrouwen) was de kans op ‘subjectieve genezing’ 11% in de blaastrainingsgroep tegenover 0% in de controlegroep (RR 3,00; 95%-BI 0,14 tot 65,16). De kans op ‘subjectieve verbetering’ was respectievelijk 89% tegenover 0% (RR 17,00; 95%-BI 1,13 tot 256,56). In een ander kleinschalig onderzoek (n=14 vrouwen) was het aantal incontinente episodes per week aan het eind van de behandeling gemiddeld 5 in de blaastraininggroep en 18 in de controlegroep. (1)

Tolterodine wordt verkozen boven orale oxybutinine omwille van minder bijwerkingen (9) en wordt verkozen boven de andere anticholinergica (darifenacine, fesoterodine, propiverine, solifenacine) omwille van het prijsverschil op moment van schrijven (7) bij gelijkaardige effectiviteit. (10)

Oestrogenen, zowel vaginaal als systemisch worden niet aangeraden. Systemische oestrogenen hebben mogelijke ernstige bijwerkingen en een gebrekkige effectiviteit. Lokale oestrogenen hebben onvoldoende effectiviteit om het gebruik aan te raden. (11)

Noot 3

Toelichting:

Niet medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

Bekkenbodemtraining
De eerste keuze behandeling bij vrouwen met stressincontinentie is bekkenbodemtraining. Het effect staat duidelijk vast, en is in alle studies positief. Zo werd in het recente ‘systemic review’ van Dumoulin

in 2014 (12) een kans op subjectieve genezing vastgesteld van 56% in de interventiegroep ten op zichte van 6% in de controlegroep (RR8,38; 95% BI 3,68 tot 19,07). De kans op subjectieve verbetering was respectievelijk gemiddeld 55% ten opzichte van 3% (RR 17,33; BI 4,31 tot 69,64). Tevens was het aantal incontinentie episodes per 24 uur in de interventiegroepen significant lager dan in de controlegroepen: gemiddelde -1.21 episode (95% BI -1,52 tot -0.89). De balans tussen voor- en nadelen is duidelijk positief. Slecht in 1 RCT werd als bijwerking van de bekkenbodemspieroefeningen een onaangenaam gevoel genoemd. Geen enkele andere bijwerking werd gerapporteerd. Aanbevolen wordt om ten minste 3*8 contracties per dag uit te voeren. Dit is de minimale hoeveelheid contracties die in de verschillende RCT's werd onderzocht, en waarvan de effectiviteit dus is aangetoond. Er is nog onzekerheid over het effect op lange termijn, dit effect hangt vermoedelijk samen met de mate waarin de vrouw de oefeningen blijft volhouden. (13) Het lijkt daarom aangeraden de vrouw te adviseren de oefeningen dagelijks te blijven doen.

De fysiologie van de bekkenbodem veranderd met de leeftijd. Bij het ouder worden, kan er een verzwakking optreden van de spieren, vermoedelijk mede als gevolg van de lage oestrogeenspiegels in de postmenopauze. De effectiviteit van de bekkenbodemtherapie lijkt echter niet te verminderen met het stijgen van de leeftijd. (1, 14 15,16) Uitkomstmaten in de onderzoeken waren: urineverlies bij 'cough stress test', vermindering van de subjectieve symptoombeleving en hinder, "health related quality of life" en lekepisodes genoteerd in een dagboek. Deze bleken vergelijkbaar met onderzoeken waarbij de focus op jongere vrouwen lag.

Biofeedback training wordt niet routinematig aanbevolen bij bekkenbodemtraining. De effectiviteit, en vooral ook de kosteneffectiviteit is hiervan onvoldoende bewezen. (2) Deze biofeedbacktraining onder de vorm van bijvoorbeeld perineometrie of bekkenbodemelektromyografie kan nuttig zijn, wanneer bij de bekkenbodemtraining blijkt dat de vrouw op onjuiste wijze de bekkenbodemspieren blijft aanspannen en wanneer hierdoor resultaat uitblijft. Tevens kan biofeedback training dienen als een vorm van motivatie.

Pessarium

Een alternatief voor bekkenbodemtherapie kan het gebruik van een pessarium zijn. Het pessarium wordt in de vaginale schede geplaatst en geeft vervolgens steun aan de urethra. Zo wordt een weerstand gevormd, en kan de urethra afgesloten worden bij toename van de intra-abdominale druk. Het pessarium versterkt op deze manier de werking van de bekkenbodemspieren. Het is daarom ook een misvatting dat het pessarium enkel behulpzaam is voor vrouwen met incontinentie en een prolaps. Ook bij vrouwen met stressincontinentie zonder prolaps kan op basis van dit beschreven mechanisme een goed resultaat worden bereikt. Er is geen significant verschil in effectiviteit vastgesteld tussen bekkenbodemspieroefeningen en het gebruik van een pessarium. De incontinentie episodes waren minimaal met 75% verminderd bij respectievelijk 40% en 35% van de gebruikers (RR pessariumgebruiksters 0,93; 95%BI 0,68 tot 1,26) Er is ook geen significant verschil in de mate van subjectieve tevredenheid (RR pessariumgebruiksters 0,97; 95%BI 0,78 tot 1,21). (16) Regelmatig wordt een onprettig gevoel of pijn als bijwerking van een pessarium door de patiënten aangegeven. Verder komen regelmatig fluor (17%) en drukulcera (17%) voor. (17) Belangrijk is ook dat het pessarium regelmatig wordt schoongemaakt. Dit kan door de huisarts worden gedaan, of door de patiënt zelf. Een handig overzicht betreffende het gebruik van het pessarium vindt u in bijlage bij de fiche.

Medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

Duloxetine is in België verkrijgbaar voor de indicatie stressincontinentie onder de merknaam Yentreve®. Voor deze indicatie is er geen terugbetalingsmodaliteit beschikbaar. Bovendien wordt het gebruik van duloxetine bij vrouwen met stressincontinentie niet aanbevolen in de eerste lijn. De werkzaamheid van duloxetine berust op het werkingsmechanisme van SNRI's (serotonine-noradrenalineheropname remmers): door toename van deze neurotransmitters ter hoogte van het

ruggenmerg wordt de contractiliteit van de urethrale sfincter verhoogd. (1) Echter dit zelfde werkingsmechanisme is verantwoordelijk een hoge frequentie aan bijwerkingen. 86% van de gebruiksters had last van bijwerkingen (versus 58% bij placebo). Veel voorkomende bijwerkingen zijn: nausea, obstipatie, droge mond, duizeligheid, moeheid en slapeloosheid. 18% van de gebruiksters moest voortijdig stoppen met het gebruik van duloxetine (4% placebo). (18). De populatie in deze studies betreft slechts in beperkte mate oudere vrouwen. Wellicht liggen de percentages bij de oudere, meer kwetsbare populatie nog hoger. Het veiligheidsprofiel op lange termijn is niet gekend en wordt in vraag gesteld door de FDA (Food and Drug Administation) (VS) wegens het vermoeden van een verhoogd suïciderisico. De FDA staat het gebruik van duloxetine voor urine-incontinentie niet toe. Het effect van duloxetine is klein: genezing trad slechts op bij 11% van de patiënten ten opzichte van 8% van de placebogebruiksters (RR op geen genezing 0,97 95%-BI 0,93-1,00) (18). Verbetering van de symptomen trad respectievelijk op bij 54% en 39% van de patiënten. De combinatie van dit kleine effect, en de hoge frequentie van bijwerkingen zorgt voor een negatieve balans.

Beleid bij gemengde incontinentie

Gemengde incontinentie wordt door veel artsen als een moeilijk probleem beschouwd. Toch is er voldoende evidentie beschikbaar voor het adviseren van bekkenbodemtraining of blaastraining. Door een goede anamnese te doen, kan de arts de meest prominente klachten (stressincontinentie of urge-klachten) meestal aanduiden. Er wordt aangeraden om de behandeling eerst op deze klachten te richten, en bij onvoldoende effect na 6 weken de behandeling van het andere type incontinentie toe te voegen.

<u>Basis voor de aanbevelingen</u>

Als basis voor bovenstaande aanbevelingen werd de Finse Duodecim-richtlijn ‘urine-incontinentie bij ouderen’ gebruikt. Belangrijke adaptatie vond plaats na vergelijking met de richtlijnen van NICE: ‘management of urinary incontinence in women’, NHG: ‘incontinentie voor urine bij vrouwen’, de EAU ‘urinary incontinence en de ACP: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women.

Niet medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

Bekkenbodemtraining
Alle genoemde richtlijnen bevelen bekkenbodemoefeningen aan. De systemic review van Dumoulin (12) geeft aan dat het bewijs weliswaar van matige kwaliteit is, maar alle resultaten wijzen consequent een positief resultaat aan. Er is geen twijfel over het positieve effect van de bekkenbodemspieroefeningen.
De hoeveelheid van het aantal uit te voeren contracties per dag is in de verschillende RCT’s niet als onderzoeksvraag onderzocht. De minimale hoeveelheid onderzochte contracties is 3*8 per dag. De effectiviteit hiervan is duidelijk aangetoond. Op korte termijn blijkt dat bekkenbodemtherapie van hoge intensiteit bij patiënten betere subjectieve genezing of verbetering vertoont dan bekkenbodemtherapie van lage intensiteit. Op lange termijn konden deze verschillen niet worden weerhouden en blijft het effect van het verhogen van de intensiteit onduidelijk. (2) Daarom is er op dit moment nog onvoldoende evidentie om hogere frequentie van de oefeningen aan te bevelen aan de patiënt.

In de evidentie die onderliggend is aan de aanbeveling betreffende het aanbieden van bekkenbodemtraining, zijn telkens RCT’s meegenomen, waarbij de gemiddelde leeftijd >65 jaar is. In de overige RCT’s worden vrijwel altijd zowel jongere vrouwen als oudere vrouwen geïncludeerd. Bovendien zijn er tevens enkele RCT’s waarbij de focus exclusief op de oudere patiënt met stressincontinentie ligt; deze onderzoeken tonen aan dat de effectiviteit van bekkenbodemtherapie niet lijkt te verminderen met het stijgen van de leeftijd. De meeste van de studies die zich exclusief focusten op de oudere patiënt hadden belangrijke methodologische beperkingen. (19) Gezien echter de veelvuldige onderzoeken (inclusief patiënten van de oudere leeftijdscategorie), een eenduidig

positief significant resultaat geven betreffende het effect van bekkenbodemtherapie op objectieve en subjectieve parameters, wordt ook voor ouderen het effect hiervan niet in twijfel getrokken. Er wordt ook voor ouderen een GRADE 1A toegekend. Deze GRADE-score wordt verder gestaafd door de duidelijke respons gradiënt en de hoge RR-waarden. Zowel voor subjectieve genezing als voor subjectieve verbeterering is er een zeer hoge RR-waarde: respectievelijk 8,38 en 17,33. (12)

Biofeedbacktraining werd geëvalueerd in 11 RCT's waarbij de vergelijking werd gemaakt tussen bekkenbodem met en zonder biofeedbacktraining bij vrouwen met stress- of gemengde incontinentie. De meeste studies toonden geen significant verschil in de uitkomstmaten (subjectieve/objectieve genezing, 'quality of life'). (2)

Pessarium
4 RCT's werden in de 2e lijn werden gepubliceerd over het effect van intravaginale hulpmiddelen (waaronder het pessarium) bij vrouwen met stressincontinentie. (1, 16) Slechts 1 RCT van goede kwaliteit hanteerde relevante effect-uitkomstmaten. In dit onderzoek waren geen significante verschillen aantoonbaar wat betreft subjectieve verbetering van de incontinentie tussen de vrouwen die bekkenbodemoefeningen deden en de vrouwen die een pessarium droegen. Gezien het regelmatig ervaren van pijn, het voorkomen van drukulcera en fluor (beiden 17%) (17), wordt hier een zwakke aanbeveling gedaan. Het niveau van bewijskracht is matig.

Medicamenteuze behandelingen bij stressincontinentie

De NHG-richtlijn (1) en de ACP-richtlijn (20) adviseren duloxetine niet te gebruiken als behandeling voor stressincontinentie in de eerste lijn. Dit advies is in grote mate gebaseerd op het Cochrane review van Mairappan et al. (18) met 8 RCT's (dubbelblind placebogecontroleerd) dat aantoonde dat duloxetine slechts in beperkte mate effectief is. Tevens werd in deze onderzoeken de hoge frequentie van bijwerkingen aangetoond. In deze RCT's worden frequent de oudere patiënten niet geïncludeerd, wegens de fragiliteit van deze populatie. Men kan verwachten dat het percentage patiënten waarbij bijwerkingen optreden in een oudere populatie nog groter is. De NICE-richtlijn (2) geeft aan duloxetine niet in de eerste lijn te gebruiken. Ook wordt het niet aanbevolen duloxetine routinematig in de 2e lijn te gebruiken als behandeling, enkel wanneer de vrouw een medicamenteuze behandeling boven een chirurgische behandeling verkiest, of wanneer zij niet geschikt is voor chirurgische behandeling. Bovendien wordt in deze uitzonderingsgevallen ook aangeraden de patiënte te informeren over de veelvuldige bijwerkingen. In de richtlijn van EAU (14) wordt aangeraden duloxetine niet te gebruiken om urine-incontinentie te genezen, het zou enkel gebruikt kunnen worden om tijdelijke verbetering van de urine-incontinentie te verkrijgen (bijv. in afwachting van operatie). Gezien alle richtlijnen aanbevelen om duloxetine niet in de eerste lijn te gebruiken, en slechts in uitzonderingsgevallen in de tweede lijn, wordt het gebruik ervan ook in deze richtlijn afgeraden. Het niveau van dit bewijs is van hoge kwaliteit en de voor- en nadelen balans is negatief.

Beleid bij gemengde incontinentie

De systematic reviews in de verschillende richtlijnen over bekkenbodemtherapie en blaastraining onderzochten allen RCT's die vrijwel altijd ook een groot deel patiënten met gemengde incontinentie includeerden. In bronrichtlijnen worden daarom vaak dezelfde onderzoeken gebruikt, om de aanbevelingen te doen voor vrouwen met gemengde incontinentie. Voor deze patiëntenpopulatie is er daarom ook een hoge bewijskracht voor bekkenbodemtherapie en blaastraining. De volgorde van het toepassen van de verschillende behandelmethoden is gebaseerd op een consensus van expert opinies.

Noot 4

TOELICHTING

Bij de transurethrale katheterisatie wordt een verblijfskatheter geplaatst. De blaas mag tevens in een keer geleegd worden. Dit gaf in vergelijking met gradueel legen geen verschil in bloeddrukdaling of hematurie. (21)
Een alfa1-Blokker vergroot de kans dat de mictie spontaan op gang komt na verwijdering van de katheter met zo'n 30%. (22) (23) De kans dat de mictie vervolgens spontaan op gang komt, is ongeveer 60% bij een katheterisatie van 48 tot 72 uur. (24)

Contra-indicaties voor tamsulosine en alfuzosine zijn: Antecedenten van orthostatische hypotensie of van syncope, hartfalen. (7)

Veelgebruikte medicatie die kunnen bijdragen aan het ontstaan van retentie zijn:
-Medicatie met anticholinergische eigenschappen (o.a. antipsychotica, antispasmodica, antihistaminica, anticholinergica gebruikt in het kader van overactieve blaas)
-NSAID's
-Benzodiazepines
-Calciumantagonisten
-Antidepressiva
-Antiparkinsonmiddelen (25)

BASIS VOOR DE AANBEVELING

De Finse Duodecim-richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' werd als basis gebruikt voor bovenstaande aanbevelingen. Deze aanbevelingen werden vergeleken met de richtlijnen van NICE: 'urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women' en 'the management of lower urinary tract symptoms in men' en NHG: 'mictieklachten bij mannen'.
Zowel in NICE: 'the management of lower urinary tract symptoms in men' en NHG: 'mictieklachten bij mannen' wordt het gebruik van Alfa1-blokkers bij mannen aangeraden.
NICE raadt aan om bij acute urineretentie altijd te sonderen. NHG raadt dit enkel aan indien de urineretentie niet terug te voeren is tot een recent trauma. Beiden zijn gebaseerd op een expert consensus. Er werd voor gekozen om de NHG-aanbeveling aan te houden, aangezien in de Belgische zorgcontext (met vaak de nabijheid van een ziekenhuis) de nadelen de voordelen mogelijks overtreffen bij katheterisatie na trauma.
De aanbeveling om de katheter 48 tot 72 uur in situ te laten is gebaseerd op een expert opinie. Deze is gelijklopend bij NHG en NICE. (24) (26)

Ook voor de noodzakelijke behandelduur met alfablokkers na het verwijderen van een katheter is geen onderzoek beschikbaar. De aanbeveling om de behandeling na twee weken te evalueren is dan ook een expert opinie van de NHG-werkgroep. (24) NICE doet hierin geen aanbeveling. (26)

Noot 5

Toelichting

Incontinentiematerialen zijn er in veel verschillende soorten en maten. In het beperkte onderzoek dat er rond dit thema is gebeurd, is geen van de verschillende materialen superieur gebleken. Veelal wordt aanbevolen om met de patiënt de verschillende materialen te overlopen, enkele materialen uit te proberen, en het materiaal te kiezen waarbij de patiënt zich het beste voelt. In de bijlage van deze richtlijn bevindt zich een overzicht van de beschikbare materialen en hun eventuele voor- en nadelen. Het is belangrijk om eerst met de patiënt de verschillende behandelstrategieën te doorlopen en aan te bieden, vooraleer er gekozen wordt om enkel incontinentiematerialen te gebruiken. Vaak kan door de juiste behandeling toe te passen al grote winst worden geboekt, en soms kan het

incontinentiemateriaal dan zelfs volledig overbodig worden. Uit onderzoek van Teunissen et al. (27) is gebleken dat oudere mannen het vaak moeilijker hebben met het accepteren van het gebruik van incontinentiematerialen dan oudere vrouwen. Het lijkt dan ook belangrijk om daarvoor extra aandacht te hebben bij het begeleiden van deze populatie.

Het gebruik van katheterisatie moet zoveel mogelijk worden vermeden. Echter katheterisatie kan worden overwogen bij oudere patiënten waarbij urineretentie incontinentie veroorzaakt, en waarbij geen andere behandeling tot correctie kan leiden. Telkens zal intermittente zelfkatheterisatie door de patiënt of door zijn/haar verzorger geprefereerd worden boven het gebruik van een verblijfskatheter. Dit is gebaseerd op expert opinies en studies naar patiëntenvoorkeuren. Er wordt verwacht dat intermittente katheterisatie gepaard gaat met minder risico's. Er zijn echter geen vergelijkende studies beschikbaar die deze verwachtingen bevestigen. 261) Slechts in uitzonderlijke gevallen kan verblijfskatheterisatie toch worden gebruikt, om het comfort van de patiënt te verbeteren.

Basis voor de aanbevelingen

De aanbevelingen zijn allen 'good practice points'. Zij zijn gebaseerd op expert opinies van de verschillende bronrichtlijnen. Soms is er indirecte evidentie beschikbaar, echter geen van de aanbevelingen is als onderzoeksvraag onderzocht.

Noot 6

Toelichting

Bij verdenking op urinaire obstructie, dient te worden nagegaan of behandeling met conservatieve methoden nog voldoende resultaat kan opleveren. Indien men verwacht dat dit resultaat niet behaald kan worden; kan men de patiënt direct door verwijzen. Redenen om de patiënt direct door te verwijzen zijn bijvoorbeeld ernstige prostaat problemen bij mannen of een prolaps voorbij de hymenring bij vrouwen. (1) Indien bijvoorbeeld een veel geringere prolaps aanwezig is, kan eerst de tussenstap met een pessarium worden overwogen.

Het doorverwijzen bij ernstige symptomen blijft een zeer subjectief gegeven. De NHG-richtlijn (1) geeft voor stressincontinentie hier, in het mate van het mogelijke, een meer specifieke definitie aan: 'meerdere keren per week urineverlies met veel hinder'. Het blijft belangrijk om dit met de patiënt te bespreken, uiteindelijk blijft hij/zij zelf de expert om de hinder van de klachten aan te geven.

Alle verschillende richtlijnen geven aan om door te verwijzen bij uitblijvend resultaat van conservatieve behandeling. De tijdsperiode om te wachten op dit resultaat wordt meestal niet gegeven. De NHG-richtlijn specificeert ook hier de periode van 3 maanden bij behandeling van vrouwen met stressincontinentie (bekkenbodemtraining of gebruik pessarium). Dit komt overeen met de aanbeveling betreffende het aanbieden van bekkenbodemtraining; deze training ten minste 3 maanden vol te houden (zie niet-medicamenteuze behandeling bij stressincontinentie).

Bij verdenking op urologische maligniteit of bij postoperatieve complicaties dient te worden doorverwezen. De bovenstaande aanbevelingen zijn allen 'good practice points', er bestaat dus geen evidentie voor deze aanbevelingen. De arts kan beslissen om, vanuit zijn eigen klinisch redeneren, ook buiten deze criteria de patiënt door te verwijzen.

Basis voor de aanbevelingen

Als basis voor bovenstaande aanbevelingen werd de Finse Duodecim-richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' gebruikt. Deze aanbevelingen werden vergeleken met de richtlijnen van NICE: 'management of urinary incontinence in women' en 'the management of lower urinary tract symptoms in men' en NHG: 'incontinentie voor urine bij vrouwen' en 'mictieklachten bij mannen'. De aanbevelingen van

deze richtlijnen (allen gebaseerd op expert opinies) kwamen in grote lijnen overeen met de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn. De aanbeveling ‘verdenking op urologische maligniteit’ werd toegevoegd. Vanuit klinisch oogpunt en in de lijn van de aanbeveling in de NHG-richtlijn (1) werd de aanbeveling ‘verdenking op urinaire obstructie’ uitgebreid met de opmerking ‘waarbij men kan vermoeden dat behandeling met conservatieve methoden onvoldoende resultaat zal opleveren’. Vrouwen met een prolaps voorbij de hymenring werden vrijwel altijd geëxcludeerd bij onderzoeken betreffende de effectiviteit van conservatieve methoden. Hierdoor ontbreekt de evidentie om deze methoden toe te passen, en kan directe verwijzing worden overwogen.

Peer review proces

De aanbevelingen werden getoetst op toepasbaarheid bij 20 huisartsen uit Antwerpen. Er werden geen aanpassingen gedaan naar aanleiding van dit proces.

Planning voor update

Urine-incontinentie bij ouderen is een belangrijk probleem gebleken. Daarom lijkt het belangrijk de richtlijn om de 3-5 jaar (gedeeltelijk) te herzien, waarbij de nodige aandacht dient uit te gaan naar nieuwe mogelijkheden en evidentie inzake behandeling.

Referenties

1. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. [Online].; 2015 [cited 2016 4 12. Available from: "https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-incontinentie-voor-urine-bij-vrouwen"
2. NICE Guideline: National Collaborating Centre for Women’s. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. 2013 September.
3. Qaseem A et al. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2014; 161(6).
4. Subak LL et al. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. J Urol. 2005;(174).
5. Subak LL et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. N Engl J Med. 2009;(360).
6. Vissers D et al. The effect of non-surgical weight loss interventions on urinary incontinence in overweight women: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2014;(15).
7. BCFI. [Online]. [cited 12 4 2016. Available from: http://www.bcfi.be/ .
8. Starkman JS. Management of Overactive Bladder With Transdermal Oxybutynin. Rev Urol. 2006 Summer; 8(3).
9. Kessler TM et al. Adverse event assessment of antimuscarinics for treating overactive bladder: a network meta-analytic approach. PLoS One. 2011; 6.
10. Shamliyan T et al. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. Ann Intern Med. 2012;(156).
11. Dody JD et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10).
12. Dumoulin C et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2014;5:CD005654.
13. Lagro-Janssen T et al. Long-term effect of treatment of female incontinence in general practice. Br J Gen Pract 1998;48:1735-38.

14. EAU Guideline: Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2013
15. Kim H et al. Effectiveness of multidimensional exercises for the treatment of stress urinary incontinence in elderly community-dwelling Japanese women: a randomized, controlled, crossover trial. J Am Geriatr Soc 2007 Dec;55(12):1932-9.
16. Lipp A et al. Mechanical devices for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD001756.
17. Broens-Oostveen MC et al. De genitale prolaps; behandeling en beloop in vier huisartspraktijken. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:1444-8
18. Mariappan P et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD004742.
19. Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review. Vanessa S. Pereira et al. Rev Bras Fisioter. 2012; 16(6): 463-8.
20. ACP Guideline: Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. 2014
21. Boettcher S et al. Urinary Retention: Benefit of Gradual Bladder Decompression - Myth or Truth? A Randomized Controlled Trial. Urol Int. 2013;(91).
22. Zeif H, Subramonian K. Alpha blockers prior to removal of a catheter for acute urinary retention in adult men. Cochrane Database Syst Rev. 2009.
23. Tiong HY et al. Alfuzosin 10 mg once daily increases the chances of successful trial without catheter after acute urinary retention secondary to benign prostate hyperplasia. Urol Int. 2009;(83).
24. Blanker MH et al. NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Huisarts Wet. 2013; 3(56).
25. Verhamme KM et al. Drug-Induced Urinary Retention: Incidence, Management and Prevention. Drug Safety. 2008; 31(5).
26. The National Clinical Guideline Centre. The management of lower urinary tract symptoms in men. 2010.
27. Teunissen TAM et al. Sex differences in the use of absorbent (incontinence) pads in independently living elderly people: do men receive less care? Int J Clin Pract 2009;63:869-73

Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Oorspronkelijke Duodecim-richtlijn, laatste update 26-2-2014
Maria Nuotio en Pentti Kiilholma
De auteurs hebben geen belangenvermengingen gerapporteerd.

Adaptatie Duodecim-richtlijn, April 2016
Maaike de Graag en Wouter Umans
De auteurs hebben geen belangenvermengingen gerapporteerd.

Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DE BASIS VAN DE RICHTLIJNADAPTATIE BETREFT EEN DUODECIM RICHTLIJN. DE DUODECIM RICHTLIJNEN ZIJN INTERNATIONAAL GEACCREDITEERD, MAAR ZIJN NIET AANGEPAST AAN DE BELGISCHE CONTEXT. DE REDACTIE VAN EBMPRACTICENET PUBLICEERT JAARLIJKS EEN LIJST VAN DOOR HEN ALS NEGATIEF BEOORDEELDE DUODECIM RICHTLIJNEN OP BASIS VAN KWALITEIT VAN INHOUD, CONSISTENTIE VAN AANBEVELING MET INHOUD EN/OF TOEPASBAARHEID IN DE BELGISCHE CONTEXT. NA OVERLEG TUSSEN DE 2 HUISARTSEN-IN-OPLEIDING EN HUN PRAKTIJKOPLEIDERS WERD UIT DEZE LIJST DE RICHTLIJN URINE-INCONTINENTIE BIJ OUDEREN GEKOZEN VOOR EEN ADAPTATIE.

BEIDE HAIO'S SELECTEREN MINSTENS 2 KLINISCHE VRAGEN BINNEN HET ONDERWERP VAN DE RICHTLIJN EN BEPALEN HIERVOOR DE PIPOH ELEMENTEN . ZE VOEREN SAMEN EEN SYSTEMATISCHE ZOEKTOCHT UIT NAAR BESTAANDE RICHTLIJNEN VOOR DEZE KLINISCHE VRAGEN. VERVOLGENS VOEREN ZE ELK AFZONDERLIJK EEN WAARDERING UIT VOOR DE GEVONDEN RICHTLIJNEN OP BASIS VAN AGREE, WAARNA DE RESULTATEN VOLGENS DE SYSTEMATIEK VAN AGREE WORDEN SAMENGEVOEGD TOT EEN GEZAMELIJKE WAARDERING. DEZE WAARDERING BEPAALT OF DE RICHTLIJN WORDT MEEGENOMEN. VAN DE MEEGENOMEN RICHTLIJNEN WORDEN DE PRAKTIJKAANBEVELINGEN EN ONDERLIGGENDE EVIDENTIE SAMENGEVAT VOOR ELK VAN DE GESELECTEERDE KLINISCHE VRAGEN IN EEN MATRIX. DEZE MATRIX WORDT NADIEN BEOORDEELD DOOR EEN LEESCOMMISSIE VEN EBMPRACTICENET.

NA GOEDKEURING VAN DE MATRIX ZETTEN BEIDE HAIO'S DE ADAPTATIE VAN HUN PRAKTIJKAANBEVELINGEN VERDER. DEZE PROCEDURE STOELT OP HET ADAPTE FRAMEWORK [1]. DIT IS EEN INTERNATIONAAL AANVAARD INSTRUMENT DAT GEBRUIKT WORDT OM BESTAANDE RICHTLIJNEN/AANBEVELINGEN TE ADAPTEREN NAAR DE LOKALE CONTEXT.

VERVOLGENS VINDT EEN PEER REVIEW PLAATS BINNEN DE DOELGROEP RICHTLIJNGEBRUIKERS, MEER BEPAALD BINNEN DE SEMINARIEGROEP VAN DE HAIO. DE OPMERKINGEN VAN DE GROEP WORDEN ELK AFZONDERLIJK BEHANDELD EN INDIEN VAN TOEPASSING WORDEN ER AANPASSINGEN BINNEN DE TEKST AANGEBRACHT. DE GROEP KRIJGT EEN VERSLAG MET ANTWOORDEN OP ALLE OPMERKINGEN TOEGESTUURD.

VERVOLGENS VINDT EEN VALIDATIE PLAATS VAN DE AANGEPASTE RICHTLIJN BINNEN DE PRAKTIJK VAN DE HAIO EN EEN LOK-GROEP. DIT GEBEURT DOOR BESPREKING VAN DE RICHTLIJN, DISCUSSIE VAN EVENTUELE PROBLEEMPUNTEN ALSOOK DE MOGELIJKHEID TOT TOEPASSEN VAN DE RICHTLIJN. AFWIJKINGEN OP DE RICHTLIJN WORDEN GENOTEERD, BEARGUMENTEERD EN GEANALYSEERD. NADIEN WORDT MET DEZE GROEPEN EEN CONSENSUS GEMAAKT EN GERAPPORTEERD.

MOCHTEN ER AAN DE HAND VAN DE RESULTATEN VAN DE PEER REVIEW EN DE CONSENSUSOEFENING IN DE EIGEN PRAKTIJK OORSPRONKELIJKE AANBEVELINGEN GEWIJZIGD WORDEN, DAN WORDEN DEZE VOORSTELLEN TOT WIJZIGING EEN LAATSTE MAAL VOORGELEGD AAN DE LEESCOMMISSIE VAN EBMPRACTICENET TER GOEDKEURING.

VRIJ NAAR ' ADAPTATIE DUODECIM RICHTLIJNEN: HANDBOEK VOOR HAIO'S OVER DE INHOUDELIJKE EN CONTEXTUELE AANPASSING VAN DUODECIM RICHTLIJNEN OP EBMPRACTICENET.BE. DELVAUX N, VAN DE VELDE S ET AL, 2013'

REFERENTIES:

Gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Postadres via Drie Eiken straat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 821 35 20
www.uza.be / BE0874.619.503

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. J. WENS
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Duodecim-adaptatie: urine-incontinentie bij ouderen: urgeincontinentie en overloopincontinentie (manama Maaike de Graag en Wouter Umans)

Datum	ONS kenmerk	
4/05/2015	15/17/190	Annelies Van Looy / Kim Vermimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 4/05/2015.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker dr. De Graag, dr. Umans
- Protocol Adaptatie Duodecum richtlijnen, versie 3 dd. Juli 2013

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. W. UMANS, NVT, Herentalsebaan 211 bus 002L - 2160 Borsbeek
Dr. M. DE GRAAG, NVT, Herentalsebaan 22 bus 002L - 2160 Borsbeek
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk