Richtlijnadaptatie ‘Urine-Incontinentie bij Ouderen’

- Urge-incontinentie
- Overloopincontinentie
- Algemene adviezen

Wouter Umans, Universiteit Antwerpen

In samenwerking met Maaike de Graag, Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor dokter Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleiders: dokter Jozef Aarts en dokter Carl Stubbe

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding

Deze masterproef heeft als doel de Duodecim-richtlijn ´urine-incontinentie bij ouderen´ aan te passen aan de huidige evidentie en de Belgische zorgcontext. Het resultaat is een geadapteerde richtlijn die de Vlaamse huisarts kan gebruiken om de oudere patiënt met urine-incontinentie te begeleiden.
Urine-incontinentie is een veelvoorkomend probleem, waarbij de prevalentie toeneemt met de ouderdom. Het probleem wordt echter vaak niet gemeld aan de huisarts. Met de nodige aandacht voor deze problematiek en de juiste behandelingsmethoden kan er echter een vermindering of zelfs genezing van de klachten bekomen worden.

Methodologie

Voor de gestructureerde adaptatie werd gebruik gemaakt van het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen'. In dit handboek wordt een leidraad aangereikt om de stappen die moeten leiden tot een succesvolle adaptatie van de Duodecim-richtlijn te kunnen uitvoeren.
De klinische vragen die werden gebruikt voor de richtlijnadaptatie binnen deze masterproef zijn:
Klinische vraag 1: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met urge-incontinentie?*
Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met overloopincontinentie?*
Klinische vraag 3: *Welke algemene niet-medicamenteuze eerstelijnsadviezen zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met incontinentie?*

Na selectie van kwalitatieve richtlijnen via AGREE, werden in deze richtlijnen de gevonden aanbevelingen vergeleken met de oorspronkelijke aanbevelingen. Hieruit ontstonden vervolgens geadapteerde aanbevelingen. Deze aanbevelingen werden gescoord volgens de GRADE-methodiek.
Nadien werd de aangepaste richtlijn getoetst op toepasbaarheid en validiteit via een peer review en een praktijkproject.

Resultaten

Een majeure adaptatie van de oorspronkelijke aanbevelingen inzake urge-incontinentie, overloopincontinentie en algemene eerstelijnsadviezen volgde op het doorlopen van de stappen. De geadapteerde aanbevelingen worden binnen de peer review grotendeels als valide en toepasbaar gescoord.

Conclusie

Het combineren van dit werk met dat van de richtlijnpartner (die de onderdelen stress- en gemengde incontinentie, verwijscriteria en opvangmaterialen onderzocht) levert een gevalideerde en toepasbare richtlijn voor de Vlaamse huisarts over urine-incontinentie bij ouderen.
Evaluatie van de richtlijn over 3 jaar wordt aangeraden.

Inhoudsopgave

Abstract 2
Inleiding 4
Methodologie 5
Fase 1: Screeningsfase 5
Fase 2: Adaptatiefase 20
Fase 3: Implementatiefase 23
Resultaten 25
Antwoord op de klinische vragen 25
Resultaten bevraging peer review 29
Praktijkverbeterend project 33
Discussie 36
Besluit 39
Dankwoord 40
Referenties 41
Bijlagen 43
Stappenschema urine-incontinentie
Patiënteninformatie Groepspraktijk Fruithof: urine-incontinentie en behandeling
Patiënteninformatie Groepspraktijk Fruithof: blaastraining in eigen beheer
Praktijkrichtlijn Groepspraktijk Fruithof: urine-incontinentie bij ouderen
Aangepaste Duodecim-richtlijn ‘Urine-incontinentie bij ouderen’
Goedgekeurd protocol Ethisch Comité
Gunstig advies Ethisch Comité

Inleiding

Deze masterproef beschrijft het proces dat werd doorlopen om van de Duodecim-richtlijn ´urine-incontinentie bij ouderen´ te komen tot een geadapteerde richtlijn die bruikbaar is voor de Vlaamse huisarts.

De Duodecim-richtlijnen vormen een uitgebreide verzameling richtlijnen voor de eerstelijnszorg, met een 1000-tal richtlijnen. Deze richtlijnen zijn via EBMPracticeNet (met een rechtstreekse koppeling in het Elektronisch Medisch Dossier) eenvoudig raadpleegbaar. Deze internationale richtlijnen dienen echter (indien nodig) te worden aangepast aan de Belgische zorgcontext. Het doel van deze masterproef was dan ook de Duodecim-richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' te bestuderen en indien nodig aan te passen, zodat de richtlijn een bruikbaar instrument kan zijn voor de Vlaamse huisarts. (1)

Urine-incontinentie is een veelvoorkomend probleem, waarbij de prevalentie toeneemt met de ouderdom. Urine-incontinentie wordt vaak niet gemeld aan de huisarts. Voornamelijk ouderen melden dit niet. Door hen wordt dit immers vaak aanzien als een normaal verouderingsproces. (2) Met de nodige aandacht voor deze problematiek en de juiste behandelingsmethoden kan er echter wel degelijk een vermindering of zelfs genezing van de klachten worden bekomen. (3)(4)

Deze masterproef beschrijft het proces waaruit de geadapteerde richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen' is ontstaan. Eerst werden gestructureerde en zorgvuldig gedocumenteerde stappen gevolgd om tot aangepaste aanbevelingen te komen. Vervolgens werd de aangepaste richtlijn die hieruit ontstond voorgelegd aan gebruikers. De opmerkingen van deze gebruikers werden meegenomen. Nadien vond er ook nog een toetsing plaats van de richtlijn in de eigen huisartsenpraktijk. (5) Dit proces werd voor een groot deel samen met collega Maaike de Graag doorlopen. Zij nam de onderdelen stress- en gemengde incontinentie, verwijscriteria en opvangmaterialen voor haar rekening. Ik focuste mij op urge-incontinentie, overloopincontinentie en algemene adviezen. Na individuele stappen werd ons werk samen overlopen en gecombineerd.

Dit alles levert een gevalideerde en toepasbare richtlijn op voor de Vlaamse huisarts voor de begeleiding van ouderen met urine-incontinentie, iets wat voordien nog niet beschikbaar was in deze vorm. In deze masterproef wordt enkel mijn bijdrage aan deze richtlijn toegelicht.

Methodologie

Voor de gestructureerde adaptatie werd gebruik gemaakt van het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen'. (5) In dit handboek wordt een leidraad aangereikt om de stappen die moeten leiden tot een succesvolle adaptatie van de Duodecim-richtlijn te kunnen uitvoeren.

Fase 1: Screeningsfase

Voor de keuze van de richtlijn werd een lijst beschikbaar gesteld van topics waarvan de richtlijn als ontoereikend werd beschouwd. Deze lijst ontstond door screening door EBMPracticeNet op basis van inhoudelijke of contextuele afwijkingen met gelijkaardige richtlijnen. Uit deze lijst selecteerden mijn collega en ik elks afzonderlijk de thema's die ons het meeste aanspraken. Dit op basis van onze eigen interesses, leerdoelen en relevantie binnen de huisartsenpraktijk. Vervolgens werden de lijsten samengelegd en werd er tot een consensus gekomen van gewenste richtlijnen. Na overleg met onze praktijken werd al snel besloten tot de richtlijn 'urine-incontinentie bij ouderen'. Dit onderwerp was interessant en leerrijk en er bestond ook een sterke interesse voor binnen de praktijk. Deze interesse was gebaseerd op het veelvuldig voorkomen van de problematiek, het gebrek aan een duidelijke up-to-date richtlijn voor deze populatie en het hiermee gepaard gaande gebrek aan kennis over deze problematiek.

Stap 1: het definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadopteerd worden en specifiëren PIPOH-elementen – Zoeken naar klinische vragen

Voor de haalbaarheid en het kwaliteitsbehoud werd door de begeleiding van EBMPracticeNet aangeraden om te focussen op 2 à 3 subthema's. De Duodecim-richtlijn heeft als scope voornamelijk behandeling (medicamenteus en niet-medicamenteus). De (eerstelijns)behandelingsmogelijkheden leken het meest relevant voor de huisartsenpraktijk en tevens het meest noodzakelijk voor herziening. Voor deze masterproef werd specifiek gekozen voor urge-incontinentie en overloopincontinentie, op basis van persoonlijke interesse.

De subthema's dienden vervolgens naar een PIPOH vertaald te worden. Op deze manier werden klinische vragen verkregen die duidelijk afgelijnd en concreet waren. Dit zorgde er tevens voor dat uit de klinische vragen eenvoudig zoektermen konden worden gedefinieerd.

Dit leverde de volgende resultaten op:

Klinische vraag 1: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met urge-incontinentie?*

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	De oudere patiënt (>65j) met urine-incontinentie en een overactieve blaas	
Interventions	Behandeling medicamenteus	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	Minder ongecontroleerd urineverlies OF toegenomen QOL	
Healthcare Setting	Huisartsenpraktijk	

PIPOH vraag 1A voor review: Welke medicamenteuze eerstelijnsbehandelingen zorgen bij een oudere patiënt (>65j) die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met een overactieve

blaas met geassocieerde urine-incontinentie voor minder ongecontroleerd urineverlies of een toegenomen QOL (quality of life)?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	De oudere patiënt (>65j) met urine-incontinentie en een overactieve blaas	
Interventions	Behandeling niet-medicamenteus	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	Minder ongecontroleerd urineverlies OF toegenomen QOL	
Healthcare Setting	Huisartsenpraktijk	

PIPOH vraag 1B voor review: Welke niet- medicamenteuze eerstelijnsbehandelingen zorgen bij een oudere patiënt (>65j) die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met een overactieve blaas met geassocieerde urine-incontinentie voor minder ongecontroleerd urineverlies of een toegenomen QOL?

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met overloopincontinentie?*

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	De oudere patiënt (>65j) met urinaire overloopincontinentie	
Interventions	Behandeling medicamenteus	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	Minder ongecontroleerd urineverlies OF toegenomen QOL	
Healthcare Setting	Huisartsenpraktijk	

PIPOH vraag 2A voor review: Welke medicamenteuze eerstelijnsbehandelingen zorgen bij een oudere patiënt (>65j) die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met overloopincontinentie voor minder ongecontroleerd urineverlies of een toegenomen QOL?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	De oudere patiënt (>65j) met urinaire overloopincontinentie	
Interventions	Behandeling niet-medicamenteus	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	Minder ongecontroleerd urineverlies OF toegenomen QOL	
Healthcare Setting	Huisartsenpraktijk	

PIPOH vraag 2B voor review: Welke niet-medicamenteuze eerstelijnsbehandelingen zorgen bij een oudere patiënt (>65j) die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met overloopincontinentie voor minder ongecontroleerd urineverlies of een toegenomen QOL?

Aangezien er ook algemene adviezen (voor alle vormen van urine-incontinentie) in de richtlijnen terugkwamen, werd er in overleg op een later tijdstip besloten dit onderwerp aan deze masterproef toe te voegen. Deze aanbevelingen worden oorspronkelijk niet in de Duodecim-richtlijn behandeld, maar leken voldoende belangrijk om hiervoor af te wijken van de structuur van de Duodecim-richtlijn.

Zo werd klinische vraag 3:

Klinische vraag 3: *Welke algemene niet-medicamenteuze eerstelijnsadviezen zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met incontinentie?*

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	de oudere patiënt (>65j) met incontinentie	
Interventions	adviezen niet-medicamenteus	
Professionals	huisarts	
Outcomes	minder ongecontroleerd urineverlies OF toegenomen QOL	
Healthcare Setting	huisartsenpraktijk	

PIPOH vraag 3 voor review: Welke niet-medicamenteuze adviezen zorgen bij een oudere patiënt (>65j) die zich in de huisartsenpraktijk presenteert met incontinentie voor minder ongecontroleerd urineverlies of een toegenomen QOL?

Stap 2: Zoeken naar relevante richtlijnen

Vervolgens begon de zoektocht naar relevante richtlijnen. Dit gebeurde in februari 2015. Er werd gestart met de GIN-database (http://www.g-i-n.net).
Inclusiecriteria waren 'language Dutch + English' en 'published >2009' (na theorie van EBMPracticeNet en een literatuurzoektocht (6)).
Er werd gestart met de specifieke zoektermen "urinary incontinence" + (eldery OR frail). Dit leverde slechts 1 resultaat op. Er werd hierop besloten de zoektocht te verbreden tot "urinary incontinence", waarbij binnen de gevonden richtlijnen aandacht voor ouderen bleef gehouden worden. Dit leverde 24 hits op, waarbij na screening 9 richtlijnen werden weerhouden. De richtlijnen die werden geschrapt waren dubbel terug te vinden, hadden een voor dit onderwerp irrelevant thema, of waren onvoldoende toepasbaar op onze klinische vragen (gericht op nursing strategies; een richtlijn voor kinesisten waarbij na screening deze informatie niet bruikbaar was voor de huisarts; populatie: pediatrie; een richtlijn over urogenitale problemen werd geschrapt gezien incontinentie hier geen onderwerp in was; onderwerp richtlijn beeldvorming met MRI; onderwerp richtlijn stroke-management).
Gezien deze richtlijnen voornamelijk gericht waren op vrouwen, werd de zoektocht nog verder verbreed door tevens binnen dezelfde inclusiecriteria te zoeken naar LUTS OR mict* OR lower urin* tract sympt*. Dit leverde na screening 4 richtlijnen op.

Vervolgens werd met de zoektermen "urinary incontinence" ook gezocht binnen de volgende databases:

- guideline.gov (89 resultaten)
- evidence.nhs.uk (78 resultaten)
- Trip Database (40 resultaten)

Na screening op basis van titel werden echter geen extra richtlijnen weerhouden (reeds weerhouden richtlijnen; doelgroep kinesisten/fysische geneeskunde).

Aanvullend werd op 22 februari 2015 tevens op relevante Belgische sites naar EBM publicaties gezocht via de zoekterm "(urinaire incontinentie) OF (urine incontinentie)". Er werd gezocht binnen de volgende databases:

- KCE (www.kce.fgov.be, 7 resultaten, geen weerhouden op titel of korte screening)

- HGR (www.hgr-css.be, 6 resultaten, geen weerhouden op titel)
- Minerva (www.minerva.be, 13 resultaten, 5 weerhouden op titel)
- Farmaka (www.farmaka.be, 2 resultaten, 1 resultaat behouden op basis van titel)
- RIZIV (www.riziv.fgov.be, 8 resultaten, geen weerhouden op titel)
- BCFI (www.bcfi.be, 4 folia / 3 transparantiefiches, 1 transparantiefiche weerhouden op titel)
- FOD Gezondheidszorg (www.health.belgium.be, 90 resultaten, geen weerhouden op titel)

Wegens de inclusiecriteria werd de richtlijn 'NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen' uit 2006 niet weerhouden. Op het moment van de literatuurzoektocht was er echter een update van deze richtlijn in ontwikkeling. Op 24 maart 2015 werd via EBMPracticeNet deze ongepubliceerde richtlijn verkregen. Op het moment van schrijven is deze update reeds op hun site gepubliceerd. (2)

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 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: Screen gevonden richtlijnen
De gevonden richtlijnen en Belgische EBM-publicaties werden vervolgens verder gescreend. Hierbij werd in de volledige tekst gezocht of er antwoorden op (enkele van) de klinische vragen stonden beschreven en of de richtlijn in een korte screening kwaliteitsvol bleek. Voor deze laatste screening werden de volgende items van AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) II gebruikt.

- 7: Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
- 9: De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.
- 13: De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.

Na het doornemen van de verschillende teksten werden 8 richtlijnen geschrapt (op basis van: scope, gebruikers, verouderde informatie) en 2 EBM-publicaties (scope, verouderde informatie). Zo werden de volgende 6 richtlijnen weerhouden:

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 volgende 5 relevante Belgische EBM-publicaties werden weerhouden:

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: waardeer geselecteerde richtlijnen
Stap 4.1 Evalueer richtlijnen met AGREE II (7)

Voor het evalueren van de richtlijnen werd het AGREE II Instrument (www.agreetrust.org) gebruikt.
Deze methodiek werd ontwikkeld om de kwaliteit van richtlijnen te beoordelen, alsook om richtlijnontwikkelaars een advies te geven waaraan een goede richtlijn dient te voldoen. Bij deze methodiek worden voor elke richtlijn 23 kenmerken gescoord op 6 verschillende domeinen, namelijk:

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)
    a. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen
    b. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie zijn nagegaan
    c. 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.

Volgens de methodiek van AGREE dienen deze kenmerken door minstens 2 (bij voorkeur 4) beoordelaars beoordeeld te worden. Vervolgens worden de scores van de beoordelaars naast elkaar gelegd en wordt er een gezamenlijke score gegeven. Deze gezamenlijke score hoeft geen gemiddelde te zijn, maar is een resultaat bekomen na discussie.
Zo krijgt elke richtlijn een score per domein en een totale score. Deze scores kunnen dan vervolgens gebruikt worden om de kwaliteit van de richtlijnen te beoordelen.
Deze score werd vervolgens gebruikt om een richtlijn al dan niet te behouden voor de richtlijnadaptatie. Belangrijk is dat vanuit AGREE geen minimumscore wordt aangereikt om een goede richtlijn aan te duiden.. De AGREE-score is bedoeld om beter te kunnen inschatten of de richtlijn kwaliteitsvol is. Deze inschatting is dan ook volledig in handen van de beoordelaars. (7)

Voor deze richtlijnadaptatie werden de verschillende kenmerken van de richtlijnen zowel door de richtlijnpartner (evaluator 1) als door de onderzoeker (evaluator 2) onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Binnen de methodiek van de Duodecim-adaptatie waren deze personen de enige twee beoordelaars. Door de methodiek en planning was het niet mogelijk meer beoordelaars in te schakelen.
Er werd onafhankelijk een score gegeven van 1-7 op de verschillende kenmerken. 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. (7) De scores 2-6 geven het spectrum weer tussen deze 2 uiterste waarden.
De resultaten van deze beoordelingen zijn te vinden in onderstaande tabellen.

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 de AGREE beoordeling werden 4 richtlijnen weerhouden met een zeer goed algemeen oordeel van 6 op 7:

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

Deze werden zonder opmerkingen weerhouden.
De andere 2 richtlijnen hadden een matige score van respectievelijk 4 en 5 op 7. Deze richtlijnen werden wel meegenomen maar met voorbehoud dat deze slechts als ondersteunende richtlijn gebruikt zouden worden. Aanbevelingen uit deze richtlijnen overnemen zou slechts gebeuren na een diepteanalyse en discussie tussen beide partners. Bij de uiteindelijke adaptatie bleken er geen aanbevelingen van deze richtlijnen te zijn meegenomen. Deze richtlijnen zijn:

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.

Stap 4.2-4.5: Inventariseer inhoud van de aanbevelingen – Waardeer aanbeveling op actueel zijn – Waardeer aanbevelingen op samenhang – Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid

Tijdens de volgende stappen werden de aanbevelingen met een antwoord op een van de klinische vragen opgelijst en werden deze uitgebreider bekeken op het vlak van actueel zijn, samenhang en toepasbaarheid. Deze stappen werden zorgvuldig genoteerd in een matrix om zo een overzicht te verkrijgen van de aanbevelingen. Op deze manier kunnen de verschillende aanbevelingen efficiënt worden vergeleken in de volgende stappen

In stap 4.2 werd de inhoud van de aanbevelingen geïnventariseerd. Hierbij werd tevens (indien mogelijk) de vermelde graad van de aanbeveling en het niveau van evidentie genoteerd. Enkel bij de richtlijn ‘Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline from the American College of Physicians’ werden de aanbevelingen gequoteerd volgens GRADE. NICE maakt wel gebruik van evidence levels om het niveau van evidentie te kaderen. Zij gebruiken hiervoor ook als basis de GRADE-aanbevelingen. (8)
Door de manier van formuleren (bv. adviseer – adviseer eventueel) wordt bij de richtlijnen ‘Urinary Incontinence in women’ , ‘Lower urinary tract symptoms’, ‘Mictieklachten bij mannen en ‘incontinentie voor urine bij vrouwen’ een onderscheid gemaakt binnen de sterkte van de aanbevelingen.
Aangezien het omzetten van de formuleringen naar een graad van aanbeveling een subjectieve omzetting zou zijn, werd in onderling overleg besloten dit niet te doen. Voor de overige richtlijnen werd er geen specifieke vermelding van graad van aanbeveling of niveau van evidentie gegeven.

In stap 4.3 werden de aanbevelingen gewaardeerd op het actueel zijn. Zelfs bij richtlijnen van goede kwaliteit kunnen de aanbevelingen immers snel gedateerd zijn. De gebruikte evidentie werd dan ook grondig bekeken. Hierbij werd ook gekeken binnen welke periode er voor de richtlijn naar literatuur werd gezocht.

Vervolgens werd gezocht naar eventuele recentere evidentie. Dit gebeurde door middel van een watervalprocedure, waarbij eerst gezocht werd naar systematische reviews binnen de Cochrane database (www.cochrane.org). Er werden voor geen van de richtlijnen nieuwere systematische Cochrane reviews gevonden.
Vervolgens werd naar nieuwere evidentie gezocht binnen de MEDLINE database (www.pubmed.com) via PICO (Patient-Intervention-Control-Outcome) elementen, die vervolgens werden omgezet in MESH-termen.

Zo werd als basis de volgende zoekterm gebruikt:
((("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])
Voor overactieve blaas met urine-incontinentie werd hier de volgende zoekterm aan toegevoegd: AND ("Urinary Incontinence, Urge"[Mesh]) OR "Urinary Bladder, Overactive"[Mesh]
Dit gaf 9 systematic reviews en 57 RCT's. Na het doornemen van de titels werden er respectievelijk 2 en 21 weerhouden. Na het doornemen van de abstracts werden er respectievelijk 2 en 5 weerhouden. Deze literatuur gaat over de nieuwere anticholinergica en mirabegron. Deze artikels werden meegenomen voor het formuleren en toelichten van de aanbevelingen.

1. Nitti VW et al. Mirabegron for the treatment of overactive bladder: a prespecified pooled efficacy analysis and pooled safety analysis of three randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III studies. Int J Clin Pract. 2013 Jul;67(7):619-32
2. Kraus SR et al. Efficacy and tolerability of fesoterodine in older and younger subjects with overactive bladder. Urology. 2010 Dec;76(6):1350-7
3. Chapple C et al. Superiority of fesoterodine 8 mg vs 4 mg in reducing urgency urinary incontinence episodes in patients with overactive bladder: results of the randomised, double-blind, placebo-controlled EIGHT trial. BJU Int. 2014 Sep;114(3):418-26
4. Dubeau CE et al. Effect of fesoterodine in vulnerable elderly subjects with urgency incontinence: a double-blind, placebo controlled trial. J Urol. 2014 Feb;191(2):395-404
5. Wagg A et al. Long-term safety, tolerability and efficacy of flexible-dose fesoterodine in elderly patients with overactive bladder: open-label extension of the SOFIA trial. Neurourol Urodyn. 2014 Jan;33(1):106-14
6. Chapple CR et al. Randomized double-blind, active-controlled phase 3 study to assess 12-month safety and efficacy of mirabegron, a β(3)-adrenoceptor agonist, in overactive bladder. Eur Urol. 2013 Feb;63(2):296-305
7. Kaplan SA et al. Superior efficacy of fesoterodine over tolterodine extended release with rapid onset: a prospective, head-to-head, placebo-controlled trial. BJU Int. 2011 May;107(9):1432-40

Voor overloopincontinentie werd de zoekterm 'AND Urinary Retention[Mesh]' toegevoegd. Dit gaf 1 systematic review en 6 RCT's. Na doornemen van de titels werden 0 weerhouden.
Bij de algemene aanbevelingen werd voor het onderzoeken van een urineweginfectie de zoekterm 'AND "Urinary Tract Infections"[Mesh]' toegevoegd. Dit gaf 2 systematic reviews, waarbij na doornemen van de titels er nog 1 werd behouden. Deze systematic review werd na doornemen van de abstract ook geschrapt.
Voor het effect van gewichtsreductie op urine-incontinentie werd de zoekterm 'AND ("Body

Weight"[Mesh] OR "Weight Loss"[Mesh] OR "Weight Gain"[Mesh] OR "Obesity"[Mesh] OR "Obesity, Morbid"[Mesh] OR "Overweight"[Mesh])' toegevoegd. Dit gaf 1 systematic review. Na doornemen van de titel werd deze behouden. Na doornemen van de abstract werd deze geschrapt.
Voor het effect van cafeïne op urine-incontinentie werd de zoekterm 'AND "Cafeine"[Mesh]' toegevoegd. Dit gaf 0 resultaten. Voor het effect van roken op urine-incontinentie werd de zoekterm 'AND ("Smoking"[Mesh] OR "Smoking Cessation"[Mesh])' toegevoegd. Dit gaf 0 resultaten.

In stap 4.4 werden voor de richtlijnen de gevolgde zoekstrategieën nader bekeken. Hierbij werd rekening gehouden met de zoekperiode, de inclusie-en exclusiecriteria, de onderzochte databases en de gebruikte zoektermen. Voor de richtlijnen van zeer goede kwaliteit werden er geen cruciale opmerkingen geformuleerd. Voor de richtlijn ´Guidelines on Urinary Incontinence´ (matige kwaliteit) werd geen zoekstrategie bijgesloten, deze kon dan ook niet geëvalueerd worden. De richtlijn ´Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A clinical Practice Guideline from the American College of Physicians` (matige kwaliteit) had een kort omschreven zoekstrategie. Hierover werden geen opmerkingen geformuleerd.

Vervolgens werd grondig gekeken of gecreëerde interpretatie en samenvatting van de aanbeveling consistent was met de evidentie. Hier werd voornamelijk inconsistentie gevonden voor de richtlijn ´Guidelines on Urinary Incontinence´. Dit werd dan ook zorgvuldig genoteerd in de matrix. Nadien werd gekeken of de formulering van de aanbeveling consistent was met de samenvatting. Wederom werd voornamelijk voor de richtlijn ´Guidelines on Urinary Incontinence´ inconsistentie gevonden en genoteerd in de matrix.

In stap 4.5 werd gekeken of de aanbeveling toepasbaar is in de Belgische zorgcontext. Opmerkingen werden weerhouden over het verschil in kostprijs tussen het land van de richtlijn (Nederland / Verenigd Koninkrijk) en België. Ook het gebrek aan praktijkassistentie in België in vergelijking met Nederland / Verenigd Koninkrijk werd genoteerd. Tevens werd genoteerd dat het belangrijk is om te weten wat de kennis en organisatie is van kinesisten inzake bekkenbodemtraining/blaastraining in België.
Voor deze stap werd ook gekeken naar de Belgische EBM-literatuur. Hierbij werden voornamelijk belangrijke terugbetalingscriteria en kostprijsverschillen gevonden.

Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie.
In deze stap werden alle voorgaande stappen samengevoegd om zo tot de definitieve aanbevelingen te komen. Hierbij werden eerst de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn bekeken. Nadien werden deze vergeleken met de aanbevelingen van de andere richtlijnen, de klinische ervaring van de onderzoeker en de Belgische EBM-informatie. Zo werd besloten of de oorspronkelijke aanbeveling behouden, aangepast of geschrapt werd.
Het merendeel van de oorspronkelijke aanbevelingen werden aangepast of geschrapt. De genomen beslissingen werden zorgvuldig in de matrix genoteerd. Bij twijfel over de te nemen keuzes werd samen met de richtlijnpartner naar een correcte oplossing gezocht.
De meeste keuzes waren relatief eenvoudig, aangezien de meeste richtlijnen hier een (quasi-)identieke aanbeveling voor hadden. Wat betreft de voorkeur voor een anticholinergicum bleek de keuze moeilijker te zijn, aangezien hier een discrepantie was tussen de verschillende richtlijnen. Ook moest hier rekening gehouden worden met de Belgische kosten en terugbetalingsregels. Meer informatie over de gemaakte keuzes en

waarop deze gebaseerd zijn, werd binnen deze masterproef en de richtlijn genoteerd onder ‘Basis voor de aanbeveling’.

Stap 6: Nazicht leescommissie

In deze stap werd de matrix tot stap 4.5 voorgelegd aan de promotor van deze masterproef, prof. Johan Wens. Na zijn goedkeuring werd de matrix ook bekeken door een lid van de leescommissie van EBMPracticeNet, prof. Paul van Royen. Dit diende als tussentijdse controle op het werkproces en de geselecteerde inhoud. Hij had enkel de opmerking dat stappen 4.3-4.5 nog niet waren vermeld voor de Duodecim-richtlijn. Dit werd in de finale matrix aangepast. Tevens oordeelde prof. Paul Van Royen, net als de onderzoekers, dat een majeure adaptatie van de oorspronkelijke Duodecim-richtlijn vereist was.

Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: GRADE

Na de goedkeuring in stap 6 dienden de aanbevelingen nog gewaardeerd te worden. Door middel van GRADE kan men op een overzichtelijke korte, en tevens uniforme manier een inzicht krijgen over de sterkte van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie.

<u>Kwaliteit van bewijs</u>

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 = Lage 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

<u>Graad van aanbeveling</u>

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

Hieronder een kort overzicht van de verschillende graden van aanbeveling (9)

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'*

Met deze graadmeter krijgen ook de aanbevelingen van de richtlijn een duidelijke diepgang. Zoals bovenstaande tabel duidelijk aangeeft wordt een aanbeveling ofwel sterk ofwel zwak aanbevolen. Dit heeft ook gevolgen voor de woordkeuze binnen de aanbeveling (wij bevelen aan / wij raden af tegenover wij suggereren iets te doen / wij suggereren iets niet te doen). Bij een sterke aanbeveling overtreffen de voordelen sterk de nadelen. Bij een zwakke aanbeveling is dit eerder onzeker.
De letterkeuze geeft de lezer duiding in de kwaliteit van de bewijskracht. Zo geeft een hoge kwaliteit van bewijs (letter A) aan dat verder onderzoek de aanbeveling of de schatting van een effect zeer waarschijnlijk niet zal veranderen. Bij een lage kwaliteit van bewijs (letter C) zal verder onderzoek zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op de schatting van een effect.
Indien geen bewijs voorhanden was om een aanbeveling te staven, werd dit genoteerd als GPP (Good Practice Point). Hiervoor was wel steeds een expert consensus nodig binnen een richtlijnwerkgroep om zo tot deze aanbeveling te komen.

Dit alles geeft de volgende aanbevelingen, met bijhorende GRADE:

Klinische vraag 1: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met 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 patiënten 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)

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met 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)

Klinische vraag 3: *Welke algemene niet-medicamenteuze eerstelijnsadviezen zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met incontinentie?*

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)**

Fase 3: Implementatiefase

Stap 8: Peer review

Tijdens een peer review wordt de richtlijn voorgelegd aan een groep gebruikers. Om de richtlijn zo goed mogelijk te kunnen beoordelen werd besloten de richtlijn voor te leggen aan zowel ervaren als startende artsen. Zo werd de richtlijn voorgelegd aan een LOK-groep bestaande uit 9 artsen van de groepspraktijken Fruithof en Eliaerts, alsook aan een seminariegroep van 10 huisartsen-in-opleiding onder leiding van dr.Riet Breesch. Beide peer reviews volgden eenzelfde stramien.
Tijdens een slideshow werd eerst een inleiding gegeven en het doel van de review uitgelegd. Vervolgens kregen de aanwezige artsen een vragenlijst voorgelegd die ze (zonder tijdsdruk) dienden in te vullen.
De documenten en presentatie werden gemaakt door een samenwerking tussen richtlijnpartner Maaike de Graag en de onderzoeker. Hierdoor kon de richtlijn als geheel besproken worden, hoewel de vragen/antwoorden en aanbevelingen toch apart beoordeeld konden worden.
Bedoeling van de vragenlijst was interessant cijfermateriaal te verkrijgen, maar ook de artsen alvast te doen nadenken over het onderwerp ‘urine-incontinentie bij ouderen’.
Vervolgens werden de aanbevelingen overlopen, waarbij de artsen opmerkingen konden geven. De opmerkingen werden zorgvuldig genoteerd.
Tijdens het overlopen van de aanbevelingen dienden de artsen op een formulier aan te duiden hoe toepasbaar de aanbeveling volgens hen was in hun dagelijkse praktijk. De mogelijkheden hierbij waren 1: Niet toepasbaar 2: Eerder niet toepasbaar 3: Eerder wel toepasbaar 4: Wel toepasbaar. Na afloop van deze stappen werden de (ingevulde) formulieren terugbezorgd.

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

In deze laatste stap volgt er een toetsing in de eigen praktijk. Bedoeling van deze stap is om enerzijds de richtlijn in de praktijk in werking te brengen, en hierbij te ontdekken wat eventuele moeilijkheden kunnen zijn, maar ook om een praktijkverbeterend project op te zetten. Alvorens aan deze stap kon worden begonnen, dienden eerst alle voorgaande stappen doorlopen te zijn. Binnen de tijdspanne van masterproef binnen de 2-jarige huisartsopleiding bleek voor deze stap slechts een beperkte tijdspanne beschikbaar. Desalniettemin is er uitgebreid is er een goed praktijkverbeterend project uitgewerkt.

Tijdens de peer review bleek dat er binnen de praktijk nood was aan het verdiepen van de aanwezige kennis. Ook leek het de artsen bij navraag interessant te zijn een samenwerkingsverband op te zetten met gespecialiseerde kinesisten uit de buurt.

Na overleg zou de praktijkconsensus bestaan uit het opmaken van een praktijkrichtlijn inzake urge-incontinentie. Deze consensus zou gebaseerd zijn op de aanbevelingen uit deze masterproef, maar er zou ook gekeken worden naar de haalbaarheid in de praktijk.
Hiervoor werd in samenwerking met de richtlijnpartner een stappenschema opgesteld dat artsen konden gebruiken om aan de hand van de aanbevelingen de incontinentieconsultaties te kunnen voeren. In het schema kunnen artsen eenvoudig de belangrijkste aspecten van anamnese en klinisch onderzoek terugvinden, alsook duidelijk de kenmerken wanneer iemand dient doorverwezen te worden. Vervolgens kan het schema verder gevolgd worden om zo tot een duidelijk overzicht van de behandeling te komen.
Dit instrument werd in februari in de praktijk voorgesteld en gedurende de periode februari-

maart 2016 aan de praktijk beschikbaar gesteld. Na een proeffase van 2 maanden werd dit stappenschema geëvalueerd, waarbij na discussie een praktijkrichtlijn werd opgesteld. Ook werd een patiëntenfolder opgesteld met meer informatie over de types urine-incontinentie en de behandelingsmogelijkheden. Deze patiëntenfolder zou door de huisarts kunnen worden verstrekt aan de patiënt indien bij een patiënt urine-incontinentie wordt vastgesteld.

Tegelijkertijd werd een samenwerkingsverband vooropgesteld met enkele (2-4) kinesisten uit de buurt. Dit samenwerkingsverband had de volgende doelen:

1. Door samen te werken met een geselecteerde groep kinesisten kan er een nauwere band ontstaan, waarbinnen feedback langs beide kanten mogelijk is.
2. Arts en patiënt weten dat de patiënt correct behandeld wordt bij doorverwijzing. Een terugverwijzing van de kinesist wordt ook correct gestandaardiseerd.
3. Informatie die artsen tijdens de consultatie verstrekken kan overgenomen worden door kinesisten. Dit voorkomt dubbele of tegenstrijdige informatie naar de patiënt toe, en levert eventueel een tijdsbesparing op voor de arts.

De kinesisten werden voorgesteld door de artsen van de praktijk. Hierbij werden drie namen vermeld. Een van de kinesisten gaf aan dat zij geen incontinentiebehandeling uitvoert. Ze gaf wel een naam door van een kinesist waar zij naar doorstuurde.

Zo bestond de lijst uit de volgende drie kinesisten:

1. Beckers Maroushka
2. Bosschaert Peter
3. Verbeke Joan

Er werd een bezoek gebracht aan deze drie kinesisten. Na een korte inleiding werden hen de volgende vragen gesteld.

1. Wat doe je bij urine-incontinentie?
2. Wat verwacht je van een huisarts?
3. Hoeveel tijd spendeer je per consultatie?
4. Zie je veel patiënten met urine-incontinentie die worden doorverwezen door de huisarts?
5. Hebt u wachttijden voor nieuwe patiënten?

Vervolgens werden samen de aanbevelingen van de aangepaste richtlijn die voor hen relevant waren overlopen en werden de doelen van het samenwerkingsverband besproken. Het gesprek duurde bij elk van hen ongeveer veertig minuten.
Er werd afgesproken de uiteindelijke richtlijn en de uiteindelijke patiëntenfolder naar hen door te mailen. Alvorens de patiëntenfolder te verspreiden zouden eerst hun commentaren worden bekeken.

Resultaten

Antwoord op de klinische vragen

Klinische vraag 1: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met urge-incontinentie?*

KERNBOODSCHAP

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)

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 wanneer:
-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. (2)

Medicamenteuze behandeling:

Omwille van bijwerkingen wordt oxybutinine niet aangeraden bij frêle ouderen. (8)
Tolterodine wordt gekozen omdat dit product maar eenmaal per dag genomen moet worden door het mechanisme van gereguleerde afgifte. Bovendien is tolterodine als enige middel in België generiek verkrijgbaar (naast oxybutinine) waardoor tolterodine het goedkoopste alternatief is op moment van schrijven. (10)
Gekende bijwerkingen van tolterodine zijn voornamelijk, naast de reeds beschreven

verwardheid in de kernboodschap, hoofdpijn, droge mond en obstipatie. (2)
Absolute contra-indicaties voor het gebruik van tolterodine zijn: het nauwe kamerhoekglaucoom, verlengde QT-tijd en urineretentie. Voorzichtigheid is geboden bij elektrolytenstoornissen, 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). (2)

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 aan orale medicatie. (11)

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 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.” (8)
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.” (2)
Als basis werd gekozen voor de systematiek van NHG, die ook als een van de twee mogelijkheden vermeld staat in de NICE-richtlijn.

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. (2)

Tolterodine wordt verkozen boven orale oxybutinine omwille van minder bijwerkingen (12) en wordt verkozen boven de andere anticholinergica (darifenacine, fesoterodine, propiverine,

solifenacine) omwille van het prijsverschil op moment van schrijven (10) bij gelijkaardige effectiviteit. (13)

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. (14)

Klinische vraag 2: *Welke eerstelijnsbehandelingen (medicamenteus en niet-medicamenteus) zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met overloopincontinentie?*

KERNBOODSCHAP

- 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)

TOELICHTING

Bij de transurethrale katheterisatie wordt een verblijfskatheter geplaatst. De blaas mag in één keer geleegd worden. Dit gaf in vergelijking met gradueel legen geen verschil in bloeddrukdaling of hematurie. (15)
Een alfa1-blokker vergroot de kans met 30% dat de mictie spontaan op gang komt na verwijdering van de katheter. (16) (17) De kans dat de mictie hiermee spontaan op gang komt, is ongeveer 60% bij een katheterisatie van 48 tot 72 uur. (18)

Contra-indicaties voor tamsulosine en alfuzosine zijn: antecedenten van orthostatische hypotensie of van syncope en hartfalen. (10)

Veelgebruikte medicatie die kan 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 (19)

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 de NICE-richtlijn: ‘the management of lower urinary tract symptoms in men’ en de NHG-richtlijn: ‘mictieklachten bij mannen’ wordt het gebruik van Alfa1-blokkers bij mannen aangeraden.
NICE raadt aan altijd te sonderen bij acute urineretentie. NHG raadt aan om enkel te sonderen indien de urineretentie niet voorkomt na een recent trauma. Beiden zijn gebaseerd op een expert consensus. Er werd gekozen om de NHG-aanbeveling te volgen aangezien de nadelen de voordelen mogelijks overtreffen bij katheterisatie na een trauma. Zeker omdat de Belgische zorgcontext, door de nabijheid (meestal) van vele ziekenhuizen de huisarts in staat stelt om een snelle doorverwijzing te doen.
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. (18) (20)

Ook is er geen onderzoek beschikbaar voor de noodzakelijke behandelduur met alfablokkers na het verwijderen van een katheter. De aanbeveling om de behandeling na twee weken te evalueren is dan ook een expert opinie van de NHG-werkgroep. (18) NICE doet hierin geen aanbeveling. (20)

Klinische vraag 3: *Welke algemene niet-medicamenteuze eerstelijnsadviezen zijn bewezen effectief voor een oudere patiënt met incontinentie?*

KERNBOODSCHAP

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)

TOELICHTING

Er is bewijs van lage kwaliteit voor een negatief verband tussen het gebruik van cafeïne en urine-incontinentie. (2) Dit geldt ook voor te hoge of te lage vochtinname. (8)
Voor gewichtsreductie bij obesitas is er bewijs van matige kwaliteit voor verbetering van de verschillende types urine-incontinentie bij vrouwen. (8) (2) (21) Er is geen onderzoek beschikbaar voor het effect van gewichtsreductie op urine-incontinentie bij mannen. Meer informatie in: ‘basis voor de aanbeveling’.
De bewijzen zijn niet consistent voor een verband tussen enerzijds roken en urine-incontinentie en anderzijds alcohol en urine-incontinentie. (2) Hierover worden dan ook geen aanbevelingen 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. (8) (22) (23) (24)
Zowel voor urge- als voor stressincontinentie werd verbetering bekomen met gewichtsreductie. Er zijn geen onderzoeken beschikbaar over mannen. Er dient uiteraard voorzichtig te worden omgegaan met extrapolatie. Aan de aanbeveling zijn echter weinig nadelen verbonden. Pathofysiologisch werden ook niet meteen redenen gevonden om deze aanbeveling niet te kunnen extrapoleren naar mannen. De aanbeveling werd dan ook algemeen overgenomen voor mannen.

Resultaten bevraging peer review

Persoonsgegevens

In totaal werden 20 antwoordformulieren van de vragenlijst ontvangen, waarvan 11 uit de seminariegroep en 9 uit de lokgroep. De gemiddelde leeftijd was 32,8 jaar (seminarie 27,1 en LOK 40,8). In de seminariegroep was 7/11 man, in de LOK-groep 4/9.
De gemiddelde ervaring in een huisartsenpraktijk binnen de seminariegroep was 2,3 jaar, in de LOK-groep was dit 17 jaar. Voor alle artsen samen is de gemiddelde ervaring 8 jaar.

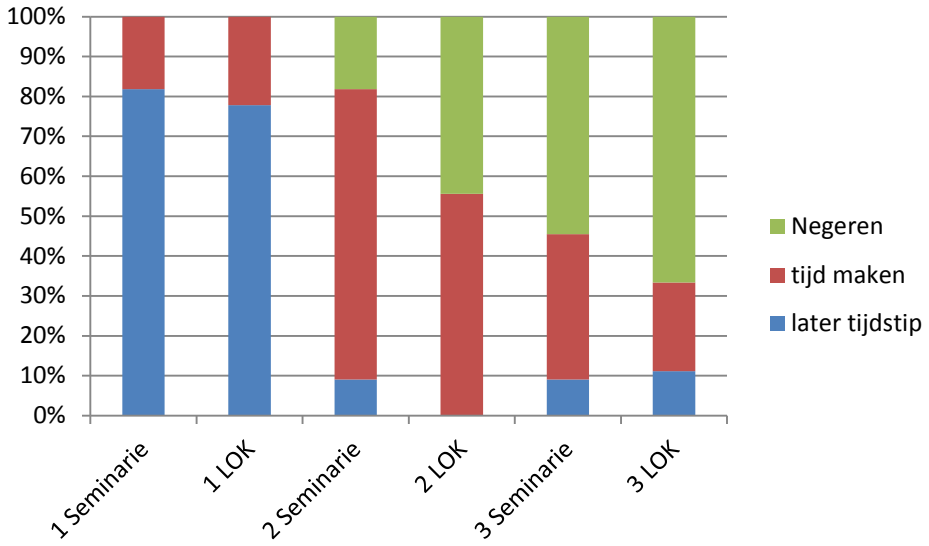
Theorievragen

Enkel de voor deze masterproef relevante vragen en antwoorden worden beschreven.

Vraag 1: *Hoeveel procent van de mannen en vrouwen boven de 60 jaar schat u dat te maken heeft met urine-incontinentie (minimaal 2x per maand niet-vrijwillig urineverlies)?*

Het aantal mannen boven de 60 jaar met urine-incontinentie werd door de seminariegroep op 36,8% geschat, de LOK-groep scoorde dit op 40,6%. Voor vrouwen waren de inschattingen respectievelijk 55% en 63,1%. Dit geeft een overschatting van het probleem weer, aangezien representatieve cijfers (60-plussers in 9 Nederlandse huisartsenpraktijken) uitkwamen op 9% van de mannen en 29% van de vrouwen. (25) Voornamelijk in de LOK-groep werden deze cijfers ‘zeker’ als te laag ervaren. Het relatief grootschalige onderzoek van Teunissen hanteerde echter dezelfde definitie van urine-incontinentie als in bovenstaande vraagstelling. Een wat oudere review (26) noteerde dat de prevalentie onder oudere vrouwen 30-50% is, bij mannen (geen onderscheid in leeftijd) werd 3-11% genoteerd.

Vraag 2: *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
Antwoordmogelijkheden
a) U negeert dit
b) U maakt tijd om dit te bespreken tijdens dezelfde consultatie
c) U nodigt patiënt uit om hier op een later tijdstip dieper op in te gaan



De resultaten van deze bevraging zijn redelijk gelijklopend over de 2 groepen. De meer ervaren artsen zijn echter wel meer geneigd om tekenen van urine-incontinentie te negeren. Bij het zien van incontinentiemateriaal zou slechts 20% van de HAIO's dit negeren, tegenover 40% van de meer ervaren artsen. Bij het ruiken of zien van tekenen van urine-incontinentie is dit respectievelijk ongeveer 55% en 70%.

Vraag 4: *Welke niet-medicamenteuze behandeling start u bij een oudere patiënt met urge-incontinentie?*

Bij de seminariegroep start 5/11 blaastraining, 3/11 bekkenbodemtraining, 1/11 zowel blaastraining als bekkenbodemtraining, 1/11 verwijst door naar de tweede lijn, 1/11 doet niets. In de LOK-groep wordt dit 4/9 blaastraining, 1/9 bekkenbodemtraining, 2/9 verwijst door naar kinesist zonder specificatie, 2/9 stuurt door naar de tweede lijn.

Vraag 9: *Indien u opteert voor medicamenteuze behandeling bij urge-incontinentie 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

Bij de seminariegroep start 10/11 oxybutinine oraal, 1/11 start tolterodine. Bij de LOK-groep start 9/9 oxybutynine oraal. Bovendien start 2/11 van de seminariegroep tamsulosine bij mannen, 4/9 doet dit binnen de LOK-groep. In de LOK-groep start tevens 1/9 flavoxaat.

Vraag 12: *Bij een patiënt die zich presenteert met acute urineretentie doe ik die consultatie de volgende zaken: (indien gewenst kan u meerdere antwoorden aanduiden:*

a) Ik breng een katheter in
b) ik start bij mannen een alfablokker (tamsulosine)
c) Ik verwijs door naar de tweede lijn
d) ik verricht een urineonderzoek

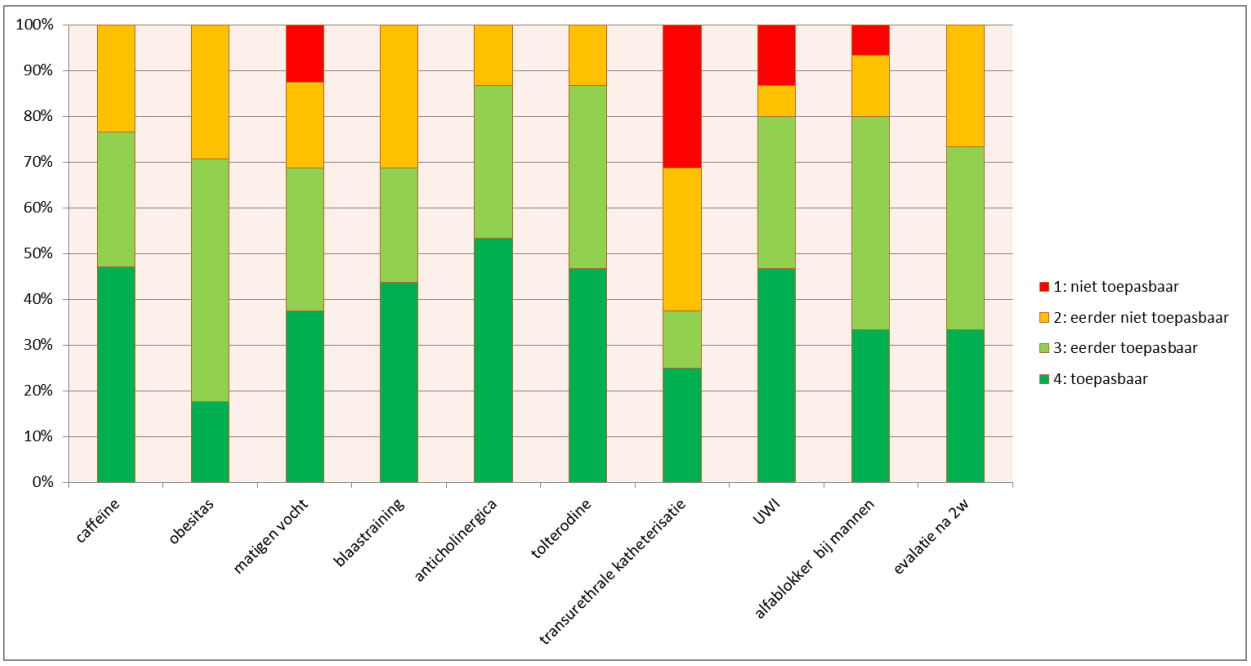
Binnen de seminariegroep verwijst 8/11 de patiënt zonder meer door naar de tweede lijn. 1/11 brengt een katheter in en stuurt dan door, 1/11 brengt een katheter in zonder meer. Binnen de LOK-groep verwijst 6/9 de patiënt zonder meer door naar de tweede lijn, 1/9 brengt een katheter in en stuurt dan door, 1/9 brengt een katheter in zonder meer, 1/9 start een alfablokker en verricht een urineonderzoek (vermoedelijk na eerst inbrengen van een katheter).

Toepasbaarheid
Hieronder wordt de bevraging inzake toepasbaarheid samengevat. De volgende aanbevelingen werden bevraagd:

- 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)
- 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)
- Bespreek met patiënten 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)
- Verricht bij een acute urineretentie een transurethrale katheterisatie, tenzij recent trauma (recente prostatectomie of ongeval). 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. (1B)
- Evalueer na twee weken het gebruik van de alfablokker en staak dit indien er geen mictieklachten zijn waarvoor de patiënt behandeling wenst. (GPP)

De antwoorden konden gescoord worden met 1: Niet toepasbaar 2: Eerder niet toepasbaar 3: Eerder wel toepasbaar 4: Wel toepasbaar.



Wanneer we gaan kijken naar de (eerder) wel tegenover (eerder) niet scores, dan merken we geen grote verschillen tussen de meeste aanbevelingen. Bij 9/10 aanbevelingen wordt de aanbeveling door 70-90% van de ondervraagden als (eerder) wel toepasbaar gescoord.

Het verrichten van een transurethrale katheterisatie bij acute urineretentie werd slechts door 37.5% als (eerder) wel toepasbaar beschouwd. Binnen de LOK-groep was dit 20%, binnen de seminariegroep was dit 45%. Tijdens de bespreking kwam voornamelijk in beide groepen naar voren dat dit een vaardigheid is die reeds is verleerd (de LOK-groep), of waar nooit voldoende vertrouwen in is opgebouwd (de seminarie-groep). Blaaskatheterisatie werd bij acute urineretentie voornamelijk binnen de LOK-groep eerder als onbelangrijk ervaren, aangezien het ziekenhuis vaak ‘om de hoek’ is.

Wanneer we kijken naar de onderlinge verschillen tussen de groepen, vielen de volgende zaken op:
Bij de aanbeveling om blaastraining aan te bieden bij urge-incontinentie, werd binnen de LOK-groep door 1/6 (17%) de aanbeveling als eerder niet toepasbaar gequoteerd. Binnen de

seminariegroep was dit 5/11 (45%).
De algemene aanbevelingen werden dan weer bij de LOK-groep meer als (eerder) toepasbaar beschouwd, met scores van 83% (cafeïne minderen), 100% (gewichtsreductie) en 100% (matigen van vocht). Binnen de seminariegroep waren deze scores respectievelijk 72%, 55% en 55%.

Praktijkverbeterend project

Samenwerkingsverband kinesisten
Alle drie de kinesisten wilden graag tijd vrij maken en waren zeer geïnteresseerd in de up-to-date evidentie. Ook waren ze geïnteresseerd in de behandelingsmogelijkheden die de huisarts de patiënt verder kan aanbieden indien hun interventies onvoldoende effect hadden. De kinesisten reageerden allen zeer positief op de informatie, omdat ze enerzijds hierdoor een beter zicht kregen op het verder verloop van de problematiek, en anderzijds zo beter weten wanneer een volgende (aanvullende) stap nodig is.

Uit de bevragingen kwam naar voren dat de kinesisten goed wisten wat te doen bij stressincontinentie, maar dat hun beleid bij urge-incontinentie minder overeenkwam met wat de literatuur aanraadt. Het aanleren van blaastraining was echter wel iets wat ze alle drie wilden gaan toepassen op een meer gestructureerde manier dan ze tot nu toe deden.
Eén kinesist deed geen biofeedback voor stressincontinentie, één deed dit indien nodig, en één kinesist deed het vrijwel standaard. De aangepaste aanbeveling (uit het deel van richtlijnpartner Maaike de Graag) beveelt aan om dit niet routinematig te doen. De kinesisten werden hierop geattendeerd.
Allen besteden ze ongeveer 30 minuten per consultatie. Twee van de drie zagen eigenlijk weinig doorverwijzingen vanuit de huisarts, vaak vonden patiënten hun praktijk via derden of waren ze er reeds in behandeling voor andere klachten. 1 kinesist gaf aan dat nieuwe patiënten voornamelijk via de huisarts of vaker via de gynaecoloog of uroloog bij haar terechtkwamen.
2 van de 3 kinesisten hadden geen wachttijden, 1 van de 3 had een wachttijd van ongeveer 2 weken. Deze vroeg echter wel de namen van de twee andere kinesisten zodat ook naar hen kon doorverwezen worden als zij een te lange wachttijd had.

Een kinesist gaf het belang aan van een juiste diagnosestelling bij doorverwijzing. Dit gaf een zekerder gevoel in verband met de uit te voeren behandeling. De andere 2 hadden hier minder behoefte aan, al zou het zeker positief onthaald worden als artsen niet gewoon ‘incontinentie’ als doorverwijzingsreden opschreven. Allen vonden het relevant dat eventuele operaties in de onderbuik werden genoteerd bij doorverwijzing.

Formuleren van de praktijkconsensus
Op 20/04/2016 werd het praktijkverbeterproject geëvalueerd.

Hierbij werd de volgende casus voorgelegd om het stappenschema kort te overlopen:
“In september 2015 kreeg ik op huisbezoek bij een chronische patiënt de opmerking dat hij toch zo veel naar de wc moest. Patiënt is zelf 91 jaar, en woont nog samen met zijn 95-jarige vrouw in een appartement. Hij is over het algemeen nog in goede gezondheid, al klaagt zijn vrouw de laatste tijd dat hij toch wat vergeetachtig wordt. Hij neemt als medicatie enkel acetylsalicylzuur 80mg. Bij navraag bleek het te gaan om klachten van overactieve blaas. Hiervoor kreeg hij in het verleden (meer dan 10 jaar terug) eens tamsulosine van de uroloog.

Gezien dit niets had geholpen is hij daar mee gestopt. Hij is nu enkele weken op eigen initiatief wat minder water gaan drinken, waarbij er een kleine verbetering viel op te merken. Medicatie voor deze klachten wil hij niet, omdat dat toch niets zal helpen, maar hij vraagt of ik nog iets van tips heb. Hij heeft zelf wat geëxperimenteerd met kruiden en voedingssupplementen, maar die helpen niets. Een urinedipstick gaf geen tekenen voor een blaasinfectie.

Ik vraag hem 3 dagen een plasdagboek bij te houden om de klachten te objectiveren. Bij een volgend bezoek zouden we dit dan overlopen. Uit het plasdagboek blijkt dat hij tussen de 18 en 24x per dag moet urineren, en dat hij gemiddeld 2x per dag/nacht een ongelukje heeft. Ik leg hem uit dat ik met hem blaastraining wil opstarten. We besluiten dit samen te doen, voorlopig zonder tussenkomst van een kinesist. De redenen hiervoor zijn dat hij minder mobiel is, het niet direct ziet zitten de verplaatsing naar de kinesist te doen 'tenzij het echt nodig is', en dit tevens voor mij bij een gekende patiënt een goede oefening is om de richtlijn in de praktijk om te zetten.

Blaastraining uitleggen aan een oudere, cognitief achteruitgaande man bleek een uitdaging, waar toch een tiental minuten tijd voor nodig waren. Verder werd gebruik gemaakt van notities om elk stapje minutieus uit te leggen. Een afdruk van 'Ik ga blaastrainingen doen' van zou hierbij een handig hulpmiddel zijn geweest. Ik zou na 2 weken terugkomen om de resultaten met hem te bespreken. Hij zou voordien wederom 3 dagen een plasdagboek moeten bijhouden.

Na 2 weken waren de resultaten zeer uitgesproken. Patiënt gaf aan het grootste deel van de dag bezig te zijn met zijn bekkenbodemspieren te trainen, en voelde een betere controle van zijn urinedrang, wat ook zijn nachtrust ten goede kwam. Hij ging nog slechts gemiddeld 6 à 7 keer per dag naar de wc, en had geen ongelukjes meer gehad. Ik raadde hem aan hier zeker mee voort te doen, omdat dit belangrijk was voor blijvende verbetering van de klachten.

3 maand later zegt patiënt terloops dat hij toch terug veel naar de wc moet, en of ik daar niets voor heb. Zowel hij als zijn vrouw hadden de oefeningen die zo goed hadden geholpen uit het oog verloren. Terug opstarten van de oefeningen gaf opnieuw verbetering. Patiënt vergat nadien echter wel vaker de oefeningen te doen, waardoor ik bij hem ook tolterodine als proeftherapie opstartte. Hier reageerde de patiënt goed op zonder al te veel bijwerkingen, behoudens een wat droge mond. Patiënt besliste de medicatie verder te zetten en ik besliste de herinneringen rond blaastraining levend te houden."

Feedback stroomdiagram
Uit feedback bleek dat het aangeleverde stroomdiagram bruikbaarder zou zijn indien de richtlijnen verkort werden weergegeven. Hierdoor zou het stroomdiagram in een oogopslag kunnen gebruikt worden. Dit zou voornamelijk voordelen geven wanneer het stroomschema werd geraadpleegd in aanwezigheid van een patiënt. Het stroomdiagram werd aan deze feedback aangepast.

In het anamnesedeel van het stroomdiagram werd aangeraden het volgende te vragen om stressincontinentie na te gaan: 'Urineverlies bij hoesten, niezen, springen, tillen of rennen?'. Hier werd opgemerkt dat navraag naar springen en rennen veelal niet toepasbaar is bij een oudere patiënt. De vraag werd dan ook aangepast naar: ''Urineverlies bij hoesten, niezen, lachen, tillen?'.

Er was enige interesse om de blaastraining zelf uit te voeren. De reden hiervoor was dat een patiënt soms nog onvoldoende gemotiveerd is om naar een kinesist te gaan. Aan deze patiënt kan dan aangeraden worden om eerst zelf de blaastraining uit te proberen. Dit kan dan, bij onvoldoende resultaten, een extra motivatie zijn om toch naar een kinesist te gaan. Er werd hiervoor een patiënteninformatiefolder gevraagd om deze patiënten in eigen beheer blaastraining aan te kunnen bieden. Artsen wensten hierbij wel duidelijk dat er vermelding werd gemaakt wanneer de patiënt terug de huisarts diende te consulteren. Dit document werd voorzien, en wordt in deze masterproef als bijlage toegevoegd.

Praktijkconsensus

Er waren geen grote opmerkingen inzake de toepasbaarheid van de richtlijn in onze praktijk. De praktijkconsensus volgt dan ook de aanbevelingen uit de geadapteerde Duodecim-richtlijn. Voor de praktijkrichtlijn werd specifiek gevraagd welke coderingen er in het EMD dienden ingegeven te worden. Ook werd gevraagd wat er op het kinesitherapievoorschrift vermeld moest worden om de uniformiteit binnen de groep te bewaken. Deze bemerkingen werden meegenomen in de praktijkrichtlijn.
De praktijkrichtlijn werd toegevoegd aan onze andere praktijkrichtlijnen. Zo is deze eenvoudig te raadplegen voor alle artsen van de groepspraktijk, zowel tijdens een consultatie in de praktijkruimte als online. De volgende bijlagen werden toegevoegd aan de praktijkrichtlijn:

- Aangepaste Duodecim-richtlijn ‘Urine-incontinentie bij ouderen’
- Stappenschema urine-incontinentie
- Patiënteninformatie Groepspraktijk Fruithof
- Patiënteninformatie Blaastraining in eigen beheer

De praktijkrichtlijn vindt u tevens als bijlage bij deze masterproef.

Discussie

Voor de methodologie werd zo correct mogelijk het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen' aangehouden. Dit handboek maakte dat de masterproef gestructureerd kon verlopen.
Toch zijn er ondanks het handboek heel wat persoonlijke toetsen ingekomen. Niet alle beslissingen die gemaakt werden waren simpelweg terug te brengen tot theorie. Zo dient bijvoorbeeld bij de selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie (stap 5) ook de eigen klinische ervaring meegenomen te worden. Om deze stap zo correct mogelijk te laten verlopen, werd ervoor gekozen om de besluitvorming te overlopen met de richtlijnpartner. Zo kon de uiteindelijke aanbeveling zo goed mogelijk gevalideerd worden. Wanneer we bovendien bekijken dat de richtlijnen zeer grondig bestudeerd zijn over de verschillende stappen heen, kunnen de uiteindelijke aanbevelingen verdedigd worden.

In de uiteindelijke richtlijn zijn er, net als in de oorspronkelijke richtlijn, geen aanbevelingen over diagnostiek bij urine-incontinentie. Dit werd na overleg zo behouden, aangezien de doorlopen procedure bedoeld is voor een adaptatie van de richtlijn, en niet voor richtlijnontwikkeling.
Voor de praktijkimplementatie werd er echter wel geopteerd om de diagnostiek (die overgenomen werd uit de NHG-standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen (2)) mee in de flowchart op te nemen. Zodoende is deze flowchart een handig instrument geworden waarbij de arts vanaf de start van een consultatie de flowchart kan gebruiken. De aanbevelingen in de flowchart over diagnostiek hebben echter niet dezelfde procedure doorlopen als de aanbevelingen in de uiteindelijke richtlijn. Dit werd niet als een ernstige tekortkoming gezien, maar eerder als een praktisch omgaan met de aanbevelingen binnen het praktijkproject.

De peer review is een interessante validatie gebleken. Het vermoeden dat het probleem urine-incontinentie onderschat zou worden, blijkt niet te kloppen. Meer nog, de 'ervaren' artsen (binnen de LOK-groep) overschatten het probleem meer dan de 'startende' artsen (binnen de seminariegroep). Mogelijks hebben de ervaren artsen een ouder patiëntenbestand en overschatten ze het probleem hierdoor meer dan de startende artsen. Veel artsen negeren het probleem urine-incontinentie, ondanks dat zij weten dat dit veel voorkomt. De ervaren artsen doen dit vaker dan de startende artsen. Enkele artsen binnen de seminariegroep gaven spontaan aan dat ze onvoldoende ervaring hebben met de problematiek en de oplossingen hiervoor. Ondanks het veelvuldig voorkomen van de problematiek zijn zij er toch niet in geslaagd om er voldoende ervaring in op te doen. Onvoldoende goede informatie en/of onvoldoende aandacht binnen de praktijk zou hiervoor wel eens de oorzaak kunnen zijn.
De behandeling van urge-incontinentie bleken de artsen redelijk te kennen, hoewel uit de antwoorden en de discussie achteraf bleek dat men toch de details schuldig moest blijven. Vaak stuurde men de patiënt naar de kinesist, zonder dat men wist wat deze juist ging doen of hoe de behandeling juist diende geëvalueerd te worden. Ook stuurden enkele artsen meteen door naar de tweede lijn. Anderen deden dit soms als tweede stap wanneer medicatie of kinesitherapie onvoldoende hielp. Het volgen van de aanbevelingen hieromtrent zou nodeloze of vroegtijdige verwijzingen naar de tweede lijn moeten voorkomen.

Wanneer we de uiteindelijke aanbevelingen over de onderzoeksvragen bekijken, blijken deze over het algemeen toepasbaar te zijn. De aanbevelingen zijn soms zeer algemeen

geformuleerd. Hierdoor is het soms moeilijk om de aanbeveling concreet te maken en uit te voeren (bv. verminderen cafeïnegebruik, gewichtsreductie, matigen van vochtinname). Hierdoor vonden enkele artsen deze aanbevelingen (eerder) niet toepasbaar. Meestal echter, werden er goede scores gegeven op het gebied van toepasbaarheid. Hierdoor zijn geen aanpassingen nodig aan de aanbevelingen.

Het verrichten van een transurethrale katheterisatie werd door de meerderheid van de artsen als (eerder) niet toepasbaar gescoord. Bij de ervaren artsen vond 80% dit (eerder) niet toepasbaar. Uit de commentaren bleek dat deze slechte score voornamelijk gebaseerd was op het feit dat zij hier onvoldoende ervaring mee hadden en dat zij deze vaardigheid niet nuttig vonden aangezien ziekenhuizen zich op korte afstand bevinden. Dit is natuurlijk jammer. Door het uitvoeren van deze vaardigheid kan de huisarts patiënten een bezoek aan het ziekenhuis besparen.
De toetslijst van de eindtermen huisartsgeneeskunde vermeldt bovendien het toepassen van urethrale katheterisatie als basisvaardigheid. (27)
Deze punten in acht genomen werd besloten de aanbeveling onveranderd te houden. Huisartsen, huisartsen-in-opleiding en opleiders worden hierbij gevraagd bijkomende aandacht te hebben voor het aanleren en/of het onderhouden van deze vaardigheid.

De masterproef met zijn hulpmiddelen (stappenschema en patiënteninformatie) werd zeer positief ervaren binnen de praktijk. De opmerkingen die tijdens de evaluatie naar voren kwamen werden verwerkt in de finale documenten. De hulpmiddelen en aanbevelingen werden gebruikt. Indien dit niet het geval was, was de reden dat ze niet eenvoudig beschikbaar waren tijdens de gebruiksperiode. Ze waren immers enkel op papier uitgedeeld en niet online beschikbaar. Door de verwerking tot praktijkrichtlijn met eenvoudig te raadpleging bijlagen zullen de documenten vermoedelijk vaker gevolgd worden.

Hopelijk worden hierdoor patiënten met urine-incontinentie in de praktijk beter geholpen. Sinds het voorstellen van het stroomdiagram lijkt dit alleszins het geval. Door het online beschikbaar worden van de praktijkrichtlijn verwachten we dat dit nog gaat verbeteren.

De gesprekken met de kinesisten verliepen in een aangename sfeer. Het initiatief werd als zeer waardevol ervaren. Zij vonden het een meerwaarde te weten wat de mogelijkheden en overwegingen van een huisarts zijn betreffende urine-incontinentie. Opvallend was dat de kennis rond bekkenbodemtraining zeer goed gekend was, maar dat blaastraining niet echt gestructureerd verliep. De kinesisten maakten allen gebruik van een plasdagboek, maar de opvolging hierin bleek vaag. Er werd afgesproken om de instructies inzake blaastraining naar hen door te mailen bij het afronden van de masterproef.
De bekomen informatie over de kinesisten zorgt voor een nuttige toevoeging aan de sociale kaart van de praktijk. De hoop is dan ook dat deze masterproef, naast het vergroten van de kennis bij de artsen, de doorverwijzing naar en de samenwerking met de kinesisten verbetert Evalueren van dit samenwerkingsverband alsook van het gebruik van de aangereikte documenten in de toekomst (6 maanden tot 1 jaar) lijkt belangrijk. Binnen deze masterproef was geen tijd meer voor een evaluatie. Het belang hiervan werd echter wel meegedeeld aan de artsen van de praktijk.

Het doorlopen van de verschillende stappen om tot een geadapteerde richtlijn te komen heeft heel wat tijd in beslag genomen. Dit heeft er echter toe geleid dat niet alleen het resultaat (de uiteindelijke richtlijn) een bruikbaar en betrouwbaar instrument is geworden,

maar ook dat mijn inzicht in richtlijnen en richtlijnontwikkeling sterk is verbeterd. Zo kan ik nu veel beter de waarde en kwaliteit van richtlijnen en aanbevelingen inschatten. Hierdoor kan ik als huisarts betere keuzes maken om patiënten te begeleiden. Deze kennis heb ik de voorbije maanden ook kunnen gebruiken om patiëntencasussen grondiger uit te werken en discussies hieromtrent open te trekken.

Urine-incontinentie bij ouderen is een belangrijk probleem gebleken. Daarom lijkt het belangrijk de huidige richtlijn om de 3 jaar te evalueren. Hierbij dient gekeken te worden of er nood is aan een (gedeeltelijke) herziening, waarbij er de nodige aandacht is voor nieuwe mogelijkheden en evidentie inzake behandeling.

Besluit

Samen met de masterproef van collega-HAIO Maaike de Graag levert deze masterproef de validatie en onderbouwing van de geadapteerde Duodecim-aanbeveling ‘urine-incontinentie bij ouderen’.
Tijdens het proces werden majeure adaptaties aangebracht aan de oorspronkelijke aanbevelingen. Dit levert een gevalideerde en toepasbare richtlijn op voor de Vlaamse huisarts inzake urine-incontinentie bij ouderen.

Bij finale goedkeuring van de aanbevelingen door de leescommissie van EBMPracticenet zal de geadapteerde richtlijn ‘urine-incontinentie bij ouderen’ gepubliceerd worden in de goed doorzoekbare online databank van medische praktijkrichtlijnen. Door de koppeling aan het medisch dossier (via de CEBAM Evidence Linker) zal de richtlijn eenvoudig raadpleegbaar zijn door alle Vlaamse huisartsen. (28)

Dankwoord

In dit dankwoord wens ik eerst en vooral mijn partner Maaike de Graag te bedanken. Door de aangename samenwerking en de gevoerde discussies met haar is deze masterproef naar een hoger niveau getild.

Ook wens ik promotor Prof. Dr. Johan Wens te bedanken voor zijn constructieve feedback en leerrijke discussiemomenten. Verder wil ik het EBMPracticeNet-team bedanken. In het bijzonder Martine Goossens met haar steeds correcte informatie en haar snelle antwoorden op prangende vragen. Ook dr. Nicolas Delvaux was met zijn interessante leermomenten en feedback na elke doorlopen stap een zeer belangrijke kwaliteitsverbeteraar van deze masterproef.

Ik wil graag de collega's in mijn praktijk bedanken die elk op hun eigen manier geholpen hebben om deze periode zo aangenaam mogelijk te maken, en die allen hebben getracht een bijdrage te leveren aan deze masterproef.

Referenties

1. EBMPracticeNet. [Online]. [cited 2016 4 12. Available from: http://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Onze-methodes.aspx .
2. 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 .
3. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. Br Med J (Clin Res Ed). 1988 May; 296(6632).
4. Darshan S, Gopal B. Treatment of Overactive Bladder and Incontinence in the Elderly. Rev Urol. 2002; 4.
5. Delvaux N et al. Adaptatie Duodecim Richtlijnen. 32013th ed.; 2013.
6. Vernooij RW et al. Guidance for updating clinical practice guidelines: a systematic review of methodological handbooks. Implementation Science. 2014 January; 9(3).
7. Brouwers M et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010.
8. National Collaborating Centre for Women's. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. 2013 September.
9. EBMPracticeNet. Bijscholing. Leuven, 22 september 2015.
10. BCFI. [Online]. [cited 12 4 2016. Available from: http://www.bcfi.be/ .
11. Starkman JS. Management of Overactive Bladder With Transdermal Oxybutynin. Rev Urol. 2006 Summer; 8(3).
12. Kessler TM et al. Adverse event assessment of antimuscarinics for treating overactive bladder: a network meta-analytic approach. PLoS One. 2011; 6.
13. Shamliyan T et al. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. Ann Intern Med. 2012;(156).
14. Dody JD et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10).
15. Boettcher S et al. Urinary Retention: Benefit of Gradual Bladder Decompression - Myth or Truth? A Randomized Controlled Trial. Urol Int. 2013;(91).
16. Zeif H, Subramonian K. Alpha blockers prior to removal of a catheter for acute urinary retention in adult men. Cochrane Database Syst Rev. 2009.
17. 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).

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

19. Verhamme KM et al. Drug-Induced Urinary Retention: Incidence, Management and Prevention. Drug Safety. 2008; 31(5).

20. The National Clinical Guideline Centre. The management of lower urinary tract symptoms in men. 2010.

21. 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).

22. Subak LL et al. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. J Urol. 2005;(174).

23. Subak LL et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. N Engl J Med. 2009;(360).

24. 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).

25. Teunissen TA et al. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. Int Urogynecol J Perlvic Floor Dysfunct. 2004;(15).

26. Nitti VW et al. The Prevalence of Urinary Incontinence. Rev Urol. 2001;(3).

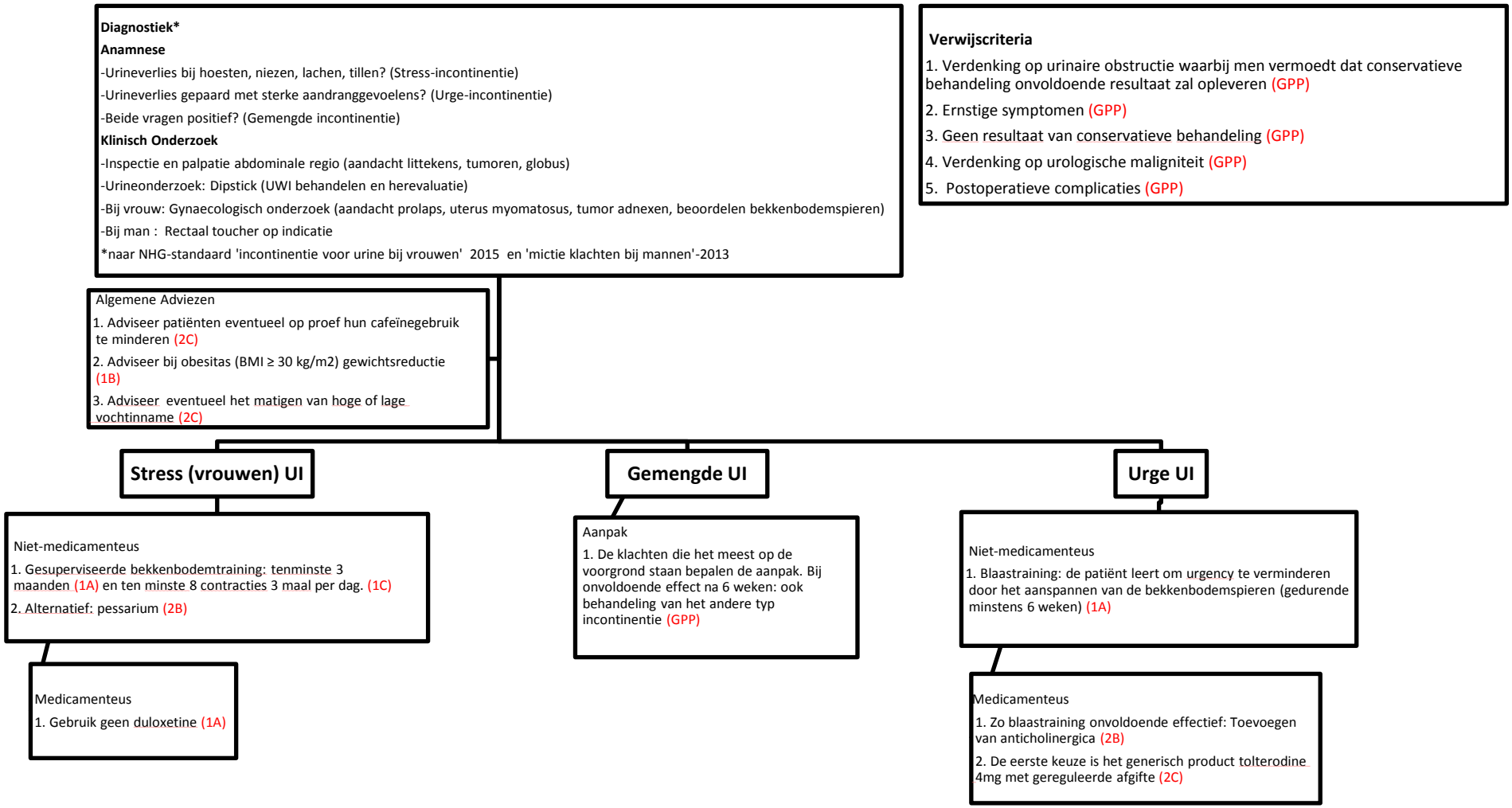
27. Website van ICHO vzw: toetslijst eindtermen. [Online]. [cited 2016 4 16. Available from: http://www.icho-info.be/brochures/ .

28. CEBAM: EBMPracticeNet. [Online]. [cited 2016 4 12. Available from: https://www.cebam.be/nl/ebmpracticenet .

Bijlagen

1. Stappenschema urine-incontinentie
2. Patiënteninformatie Groepspraktijk Fruithof: urine-incontinentie en behandeling
3. Patiënteninformatie Groepspraktijk Fruithof: blaastraining in eigen beheer
4. Praktijkrichtlijn Groepspraktijk Fruithof: urine-incontinentie bij ouderen
5. Aangepaste Duodecim-richtlijn ‘Urine-incontinentie bij ouderen’
6. Goedgekeurd protocol Ethisch Comité
7. Gunstig advies Ethisch Comité

1. Stappenschema: Urine-incontinentie bij Ouderen: behandeling 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

2. Patiënteninformatie Groepspraktijk Fruithof: urine-incontinentie en behandeling

Urine-incontinentie

Urine-incontinentie is een veelvoorkomend probleem, zowel bij mannen als vrouwen. Het probleem komt vaker voor bij stijgende leeftijd. Uw huisarts constateerde bij u een van de volgende problemen:

1. Inpanningsincontinentie: U verliest ineens urine zonder aandrang. Dit bij inspanning zoals hoesten, niezen, lachen, springen… Dit ontstaat door een mindere kracht van de bekkenbodemspieren.
2. Aandrangincontinentie: U voelt plotseling sterke aandrang om te plassen. U kunt de plas niet ophouden tot u het toilet bereikt. Doordat u vaak naar het toilet gaat, wordt het voor uw blaas steeds moeilijker om urine een tijdje vast te houden.
3. Gemengde incontinentie: Een combinatie van voorgaande.

Behandeling

◯ Inspannings-incontinentie

Een gespecialiseerde kinesist kan u aanleren de bekkenbodemspieren te trainen door middel van oefeningen. Vanaf 6 tot 8 weken deze oefeningen dagelijks doen krijgt u geleidelijk meer controle over uw blaas. Vervolgens onderhoudt u deze oefeningen om te voorkomen dat de klachten terugkomen.
De kinesist vertelt u hier graag meer over en begeleidt u in dit proces.

◯ Aandrangincontinentie

Door middel van blaastraining kan u uw blaas opnieuw aanleren langere tijd urine vast te houden. Door middel van enkele tips krijgt u de aandrang onder controle, en gaat u vervolgens de periodes tussen de plasbeurten verlengen om zo minder dringend en minder vaak te moeten plassen. U kunt al na enkele weken uw aandrang beter onder controle krijgen.
Een gespecialiseerde kinesist vertelt u hier graag meer over en begeleidt u in dit proces.

◯ Gemengde incontinentie

Een gespecialiseerde kinesist zal u helpen beide delen van het probleem onder controle te krijgen.

Algemene adviezen

1. Het minderen van cafeïne kan een positief effect hebben op de incontinentie.
2. Bij obesitas (BMI>30) kan gewichtsreductie de klachten verminderen.
3. Zowel een te hoge als een te lage vochtinname kan nadelig zijn voor incontinentie.

Wanneer contact opnemen met de huisarts?

1. Indien na 3 maanden bekkenbodemtraining bij inspannings-incontinentie te weinig verbetering geeft. Uw huisarts bespreekt met u andere mogelijkheden.
2. Indien 3 maanden blaastraining bij aandrangincontinentie onvoldoende heeft geholpen, dan kan de huisarts eventueel medicatie voorschrijven. Uw huisarts bespreekt dit met u.

Gespecialiseerde kinesisten

Beckers Maroushka
Fruithoflaan 34, Berchem
0497/420.894

Bosschaert Peter
Elisabethlaan 158, Berchem
03/230.32.81

Verbeke Joan
Guido Gezellelaan 67, Mortsel
03/440.74.23

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

GROEPSPRAKTIJK
FRUITHOF

www.groepspraktijkfruithof.be
Sint-Theresiastraat 5, Berchem
tel: 03/440.19.25

3. Patiënteninformatie Groepspraktijk Fruithof: blaastraining in eigen beheer

Ik ga blaastrainingen doen

In het kort

- Bij aandrang-incontinentie of een overactieve blaas helpt blaastraining.
- U oefent iedere dag om bij aandrang het plassen uit te stellen.
- De huisarts of een gespecialiseerde kinesist kan u begeleiden.
- Na 6 weken trainen merkt u meestal dat u minder vaak moet plassen en minder vaak urine verliest.

Wat is blaastraining?

Bij aandrang-incontinentie of bij een overactieve blaas voelt u plotseling sterke aandrang om te plassen. U kunt de plas niet ophouden tot u het toilet bereikt.

Als u vaak naar het toilet gaat, wordt het voor uw blaas steeds moeilijker om urine een tijdje vast te houden. Dan krijgt u al aandrang om te plassen als de blaas nog niet goed gevuld is.

U kunt de blaas trainen om meer urine op te slaan. Dat doet u door het plassen uit te stellen.

Hoe gaat de blaastraining?

Schrijf gedurende een dag op, op welke tijden u plast.

Bereken hoeveel tijd er tussen 2 van uw plasmomenten zit. (Bijvoorbeeld 30 minuten).

Maak nu een plan of rooster met de tijden waarop u mag plassen.

Als u in de tussentijd aandrang voelt, moet u proberen het plassen uit te stellen. Daarbij helpen de volgende tips:

- Zoek afleiding
- Probeer te ontspannen (rustig tot 10 tellen, rustig door de neus inademen, door de mond uitademen)
- Span uw bekkenbodemspieren licht aan (alsof u uw plas ophoudt) en ontspan weer.

Herhaal dit zolang de aandrang aanhoudt of terugkomt.

Ga, vooral in het begin, voor de zekerheid bij aandrang op het toilet zitten. Lukt het om te plassen op de afgesproken plasmomenten, zonder urineverlies tussendoor? Probeer dan de tijd tussen twee plasmomenten iedere week met 15 tot 30 minuten te verlengen. Het doel is dat u uiteindelijk slechts 1 keer in de 3 à 4 uur naar het toilet hoeft te gaan.

Begeleiding bij blaastraining

U kunt bij blaastraining begeleiding krijgen van uw huisarts. Het is ook mogelijk om hiervoor naar een gespecialiseerde kinesist te gaan.

Behandeling onder begeleiding van een kinesist is verstandig:

- als u moeite heeft om de bekkenbodemspieren aan te spannen en te ontspannen;
- als de klachten na 6 weken oefenen nog weinig zijn verbeterd;
- of als u of uw huisarts daar om andere redenen zelf de voorkeur voor heeft.

Hoe gaat het verder bij blaastraining?

- 2 weken na starten van de blaastraining komt u bij de huisarts voor controle.
- 6 weken na starten van de blaastraining komt u opnieuw voor controle.

Wanneer contact opnemen bij blaastraining?

Maak een afspraak met uw huisarts:

- als u moeite heeft met de blaastraining en behoefte heeft aan begeleiding;
- als u de blaastraining 3 maanden heeft volgehouden.

Merkt u dat de training heeft geholpen, dan is het goed om daarmee door te gaan.
Heeft u regelmatig geoefend maar is het urineverlies bij aandrang nog te weinig verbeterd? Dan heeft het geen zin om met de training door te gaan. De huisarts kijkt dan of een behandeling met medicijnen mogelijk is.

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

GROEPSPRAKTIJK
FRUITHOF

www.groepspraktijkfruithof.be
Sint-Theresiastraat 5, Berchem
tel: 03/440.19.20

4. Praktijkrichtlijn Groepspraktijk Fruithof: urine-incontinentie bij ouderen

Definitie	• Stressincontinentie: Urineverlies bij hoesten, niezen, springen, tillen of rennen • Urge-incontinentie: Urineverlies gepaard met sterke aandranggevoelens • Gemengde incontinentie: samengaan van bovenstaande types
Anamnestisch	• Ga aan de hand van bovenstaande definities na welk type urine-incontinentie bij de patiënt van toepassing is.
Klinisch onderzoek	• Inspectie en palpatie abdominale regio (aandacht littekens, tumoren, globus) • Urineonderzoek: Dipstick (UWI behandelen en herevaluatie) • Bij vrouw: Gynaecologisch onderzoek (aandacht prolaps, uterus myomatosus, tumor adnexen, beoordelen bekkenbodemspieren) • Bij man : Rectaal toucher op indicatie
Bruikbare documenten	• Stappenschema arts (bijlage in hyperlink) • Patiënteninfo alle types urine-incontinentie (bijlage in hyperlink) • Patiënteninfo blaastraining in eigen beheer (bijlage in hyperlink) • Volledige Duodecim-richtlijn ´urine-incontinentie bij ouderen´ (2016) (bijlage in hyperlink)
Algemene adviezen	• Adviseer patiënten eventueel op proef hun cafeïnegebruik te minderen • Adviseer bij obesitas (BMI<30) gewichtsreductie • Overweeg het adviseren van het matigen van hoge of lage vochtinname
Stress-incontinentie	Niet-medicamenteus • Bied vrouwen met stress-incontinentie een proef aan van (gesuperviseerde) bekkenbodemtraining (tenminste 3 maanden) als eerstelijnsbehandeling • Bekkenbodemtraining programma´s moeten bestaan uit ten minste 8 contracties 3 maal per dag • Bespreek als alternatief de optie om een pessarium te gebruiken bij vrouwen met stressincontinentie. Medicamenteus • Geen plaats voor medicamenteuze behandeling
Urge-incontinentie	Niet-medicamenteus • Adviseer patiënten met urgency-incontinentie blaastraining, waarbij de patiënt leert om urgency te verminderen door het aanspannen van de bekkenbodemspieren, als eerste stap in de behandeling. Adviseer dit gedurende minstens 6 weken. Medicamenteus • Bespreek met patienten met urgency-incontinentie bij wie blaastraining onvoldoende effectief is de optie om anticholinergica te gebruiken, als aanvulling op de blaastraining. • Eerste keus is tolterodine 4mg 1x/d met gereguleerde afgifte. • Bijwerkingen: Hoofdpijn, droge mond, constipatie • absolute contra-indicaties: nauwe kamerhoek glaucoom, verlengde QT-tijd, urineretentie
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.
Doorverwijzen	• Voorschrift

kinesist	• Type urine-incontinentie • Relevante operaties in het kleine bekken • 18 sessies voor bekkenbodemtraining, 9 sessies voor blaastraining (evt. te verlengen) • Kinesisten: zie bijlage Patiënteninfo alle types urine-incontinentie (bijlage in hyperlink)
EMD	• Coderen hoofddiagnose: • Urge incontinentie urine (U04) • Stressincontinentie (U04) • Voor gemengde incontinentie dienen beide bovenstaande codes geregistreerd te worden • Steeds ook als probleem coderen!
Controles bij huisarts	• Blaastraining: • na 2 weken (lukt de training?) • na 6 weken (indien in eigen beheer en onvoldoende resultaat: kinesist?) • na 3 maanden (toevoegen tolterodine?) • Bekkenbodemtraining: • Na 3 maanden (doorverwijzing 2e lijn?)
Doorverwijzen 2e lijn	• Verdenking op urinaire obstructie waarbij men kan vermoeden dat behandeling met conservatieve methoden onvoldoende resultaat zal opleveren (bijv. een prolaps voorbij hymenring bij vrouwen en prostaatproblemen bij mannen) • Ernstige symptomen • Geen resultaat van conservatieve behandeling • Verdenking op urologische maligniteit • Postoperatieve complicaties
Datum	• April 2016 (W. Umans)

5. 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.

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 (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.

6. 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:

1 THE ADAPTE COLLABORATION (2009), THE ADAPTE PROCESS: RESOURCE TOOLKIT FOR GUIDELINE ADAPTATION. VERSION 2.0

7. Gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Postadres: Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 825 05 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 - 2150 Borsbeek
Dr. M. DE GRAAG, NVT, Herentalsebaan 22 bus 002L - 2150 Borsbeek
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk