

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Gehandicaptenzorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
mw. M. van der Linde
T +31 (0)6 221 078 48

verslag

Bijeenkomst Zinnige Zorg

Datum
10 juli 2019

Onze referentie
2019036351

Omschrijving	Zinnige Zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten
Vergaderdatum	9 juli 2019, 17.00 uur
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland - Kentaurus
Aanwezig	Dhr. B. Blok - NVU Mevr. T. van den Bos - NVBF Mevr. M. Bosch - Bekkenbodempl4all Mevr. E. Janszen - NVOG Mevr. K. Kluivers - NFU Mevr. K. Scheele - ZN Mevr. J. van Uhm - NFU Mevr. P. Voorham - NFU Mevr. I. van Zuiden - V&VN Mevr. J. Groeneweg - ZIN Dhr. P. ten Have - ZIN Mevr. H. Maagdenberg - ZIN Dhr. U. Malanda - ZIN Mevr. H. Moerland - ZIN Mevr. S. Vijgen - ZIN Mevr. M. van der Linde (Notuliste)
Afwezig	Dhr. H. van der Vaart - NVOG (afgemeld) Mevr. J. Russ - NHG (afgemeld)

Actie

1 Opening en mededelingen

De voorzitter opent de vergadering en heet iedereen welkom. Er volgt een korte samenvatting van wat Zinnige Zorg is en wat er tot op heden gedaan is in het project bekkenbodemplachten.

Daarna volgt een korte kennismakingsronde, waarin partijen aangeven namens welke organisatie zij gemandateerd zijn.

De vertegenwoordiger van de NHG kan helaas niet aanwezig zijn. Er heeft wel een telefonisch overleg plaatsgevonden over de

bevindingen die vandaag worden gepresenteerd . De punten van de NHG worden door de voorzitter ingebracht.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Gehandicaptenzorg

2 Doelen van deze bijeenkomst

- a. Bespreken van de eerste resultaten van de verdiepende onderzoeken naar verbetermogelijkheden bij vrouwen met bekkenbodemplachten.
- b. Verkennen wat deze resultaten betekenen voor de gewenste zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten.

Datum
10 juli 2019

Onze referentie
2019036351

3 Zorgtrajecten

Het Zorginstituut presenteert de resultaten van het onderzoek naar de zorgtrajecten stressurine-incontinentie (SUI), urge-urine-incontinentie (UUI) en prolaps. Er is onderzoek gedaan naar diagnostiek, voorlichting, behandeling en follow-up. Voor prolaps is ook gekeken naar de plaats van behandeling.

De resultaten zijn gebaseerd op:

- richtlijnanalyses; deze heeft het Zorginstituut uitgevoerd;
- data-analyses: deze zijn zowel door het Zorginstituut als externe bureaus uitgevoerd.

Aan de deelnemers worden de volgende vragen gesteld:

- Wat valt jullie op in de resultaten?
- In hoeverre herkennen jullie jezelf hier in?
- Wat kunnen oorzaken zijn van de getoonde resultaten?

a. Diagnostiek SUI en UUI (dia's 13-16)

Het valt op dat vaak ontbreekt of diagnostiek in de eerste lijn is uitgevoerd. In de richtlijn is niet specifiek beschreven wat moet worden geregistreerd. De NHG heeft bevestigd dat een specifiek onderdeel van de behandeling (bijvoorbeeld diagnostiek) niet heeft plaatsgevonden, als daarover geen notities in het patiëntendossier staan .

Volgens de tweedelijnsdeclaratiedata wordt er veel urodynamisch onderzoek (UDO) uitgevoerd voorafgaand aan een slingoperatie. Uit de richtlijnanalyse blijkt dat UDO kan worden ingezet wanneer het de beslissing voor een invasieve ingreep kan beïnvloeden.

Gynaecologen en urologen gaan volgens de aanwezigen waarschijnlijk verschillend om met de inzet van UDO bij SUI. De aanwezigen zijn benieuwd of de getoonde data gesplitst kunnen worden naar behandelaar (uroloog en gynaecoloog). Ook is men benieuwd of UMC's andere resultaten laten zien dan perifere ziekenhuizen. Mogelijk speelt praktijkvariatie een rol. Op verzoek zullen we de analyse verder uitwerken en uitsplitsen naar behandelaar en type ziekenhuis.

b. Voorlichting SUI en UUI (dia's 17-22)

Uit de analyse blijkt dat patiënten nauwelijks voorlichting over de

aandoening krijgen. Volgens de aanwezigen ligt een mogelijke verklaring hiervoor in het gebrek aan aandacht in de eerstelijnsopleiding over bekkenbodemplachten.

Via de patiëntenorganisatie(s) zijn wel adviezen over leefstijl en preventie beschikbaar.

Het blijft onduidelijk of daadwerkelijk amper voorlichting wordt gegeven of dat dit niet wordt geregistreerd. De aanwezigen vinden dat voorlichting over het ontstaan van bekkenbodemplachten al gegeven zou moeten worden tijdens de zwangerschap. Men vindt ook dat er een voorlichtende rol ligt bij de apothekers, met name wanneer incontinentiemateriaal wordt uitgegeven. Ter ondersteuning van de voorlichting en bewustzijn over urine-incontinentie in een vroeg stadium is er een postpartumtool met beslisboom beschikbaar voor vrouwen (vanaf zes weken tot zes maanden na de bevalling). Hiermee kan men zien of men risico loopt op het krijgen van urine-incontinentie.

c. Incontinentiemateriaal (dia's 21-22)

Uit de analyse over incontinentiemateriaal blijkt dat het voorschrijven hiervan wordt gezien als behandeling terwijl dit behandelondersteunend zou moeten zijn. Negen procent van de patiënten in de eerste lijn ontvangt absorberend opvangmateriaal als monotherapie. In de analyse is rekening gehouden met comorbiditeit. De aanwezigen geven aan extra informatie te willen als onderbouwing van de resultaten. Kunnen leveranciers die leveren? Zij declareren bij zorgverzekeraars en beschikken mogelijk over aanvullende data. Een extra vraag is hoe de stijging in incontinentiemateriaal na zestig maanden valt te verklaren. Het Zorginstituut komt hierop terug bij de volgende bijeenkomst in september.

d. Behandeling SUI (dia's 23-26)

Alleen volgens de NHG richtlijn is het plaatsen van een knoppessarium een passende behandeling bij SUI. De onderbouwing hiervoor komt van vier Randomized Controlled Trials (RCT's) van wisselende kwaliteit. Deze geven echter geen uitsluitel over de effectiviteit van het knoppessarium bij SUI. De NFU en NVBF zijn van mening dat in de eerste lijn het advies van een bekkenfysiotherapeut nodig is voor een juiste beoordeling van bekkenbodemplunctie (over- of onderactief).

e. Behandeling UUI (dia's 27-28)

Bij de behandeling van UUI vindt slechts bij veertig procent van de patiënten stepped care plaats. Bijzonder is dat dertien procent van de patiënten een spasmolyticum als monotherapie krijgt voorgeschreven. Volgens de aanwezigen is kennis in de eerste lijn over de juiste inzet van spasmolytica en bijbehorende bijwerkingen ontoereikend.

f. Behandeling onderactieve blaas (dia's 29-30)

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Gehandicaptenzorg

Datum
10 juli 2019

Onze referentie
2019036351

In deze analyse is onderactieve blaas gedefinieerd als minimaal drie urineweginfecties (UWI's) binnen een jaar. Uit de declaratiedata blijken 53.000 patiënten niet de juiste behandeling (verwijzing en profylaxe) te krijgen. De aanwezigen vermoeden dat deze analyses zijn gebaseerd op een mogelijk "vervuild" overzicht. Zij suggereren om de analyse over te doen en hierbij data over hieraan gerelateerde urinekweken te gebruiken als deze beschikbaar zijn.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Gehandicaptenzorg

Datum
10 juli 2019

Onze referentie
2019036351

g. Behandeling prolaps (dia's 31-33)

Als reactie op het ringpessarium als behandeling bij prolaps geeft de NHG aan dat er meer aandacht moet komen voor het aanmeten van een ringpessarium door de huisarts. Doordat vergoeding voor het aanmeten van een pessarium is verdwenen, lijken huisartsen dit minder te doen dan toen zij de vergoeding nog wel kregen. ZN zegt toe te willen onderzoeken waarom deze vergoeding is verdwenen.

De aanwezigen vermoeden ook dat ringpessaria veel meer in de tweede lijn worden aangemeten dan in de eerste lijn. Gynaecologen in ziekenhuizen hebben verschillende maten en typen op voorraad. Dit is voor de patiënt veel makkelijker, omdat meteen een goed passend pessarium kan worden aangemeten en meegenomen. De huisarts heeft meestal niet zo'n grote voorraad in huis, wat betekent dat de patiënte vaak meerdere afspraken nodig heeft voordat een passende ring is gevonden. Daarna moet de patiënte de definitieve ring zelf halen en betalen bij de apotheek voordat de huisarts deze kan plaatsten.

De aanwezigen geven aan dat niet geaccepteerd moet worden dat aanmeten en follow-up van een pessarium alleen een tweedelijnsactiviteit is. Een argument om deze handelingen juist uit te voeren in de eerste lijn is dat deze veel toegankelijker voor de patiënt is. Wel kunnen communicatie en 'schaamte' bij de patiënt de toegang tot de eerste lijn negatief beïnvloeden. Verder is de follow-up in de tweede lijn een grote kostenpost: een afspraak bij de specialist is relatief duurder dan in de eerste lijn. Een argument om een pessarium niet aan te meten in de eerste lijn is dat plaatsing in de tweede lijn voor een patiënt gunstig kan zijn: bij een verbruikt eigen risico lijkt de behandeling gratis.

h. Follow-up van bekkenbodemp- en blaastraining (dia's 35-36)

Uit het onderzoek blijkt dat evaluatie van bekkenbodemp- en blaastraining beperkt plaatsvindt. De aanwezigen zijn het erover eens dat het aantal evaluatiemomenten van deze trainingen zoals beschreven in de NHG-standaard groot is. Zo'n evaluatie blijkt in de praktijk niet op deze manier mogelijk noch noodzakelijk te zijn. Bij blaastraining is een follow-up wel altijd noodzakelijk. Verder zou er altijd communicatie over (het einde van) de behandeling tussen bekkenbodempfysotherapeut en huisarts moeten zijn.

i. Follow-up spasmolytica (dia's 37-38)

Het onderzoek laat zien dat ook evaluatie van spasmolytica zelden

voorkomt. Als duiding van de gepresenteerde data geven de aanwezigen aan dat de therapietrouw bij het gebruik van medicatie slecht is. Oorzaken van het gebrek aan therapietrouw liggen mogelijk in het beschikbaar stellen van onvoldoende informatie over het gebruik van de medicatie en het optreden van bijwerkingen. Voorlichting over bijwerkingen en gebruik van de medicatie zou therapietrouw kunnen verbeteren. De NHG geeft in het telefonisch overleg aan dat hier een taak voor hen ligt.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Gehandicaptenzorg

Datum
10 juli 2019

Onze referentie
2019036351

j. Aanvullende opmerkingen van de stakeholders

De tweedelijns- en de derdelijnszorg blijven buiten schot, terwijl er wel veel punten zijn die opgepakt kunnen worden: zoals

- de opkomst van bekkenpoliklinieken; dit onderwerp wordt al onderzocht in het kader van de NVOG kennisagenda;
- de introductie van nieuwe operatieve behandelingen en intravaginale slings zonder voldoende regulatie en toezicht.

De genoemde voorbeelden zijn van organisatorische aard of betreffen wetenschappelijke kennishiaten en vallen daarmee buiten de methodiek van Zinnige Zorg. Overigens is het ook zo dat tweede- en derdelijnsverrichtingen door keuzes in coderingen moeilijk te volgen zijn. In de tweede lijn is dus mogelijk meer ruimte voor zinnige zorg dan met de beschikbare data kan worden opgemerkt.

Verder geven aanwezigen aan dat het belangrijk is te constateren dat een grote groep vrouwen met bekkenbodemplachten bij de huisarts komen, zonder dat een behandeling wordt gestart. Daarnaast is er nog een grote groep vrouwen die niet met deze klachten naar de huisarts gaan, mogelijk uit schaamte. Door deze klachten meer aandacht te geven in de huisartsenopleiding en door het verhogen van de bewustwording bij vrouwen kunnen meer vrouwen geholpen worden en kan verergering van de klachten worden voorkomen.

Ook merken aanwezigen op dat het Zorginstituut in dit Zinnige Zorg-project eerst naar laaghangend fruit kijkt, zowel op het gebied van betere zorg voor de patiënt als op het gebied van kostenreductie. Omdat uit de resultaten blijkt dat voornamelijk sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling, zullen de verbeteracties van dit project op korte termijn eerder resulteren in verbetering van de zorg dan in een kostenreductie.

4 Rondvraag en sluiting

Het Zorginstituut is verheugd dat de betrokken partijen de resultaten herkennen en zal suggesties voor aanscherping van de analyses en oplossingsrichtingen verwerken. De toegezegde acties zijn:

- UDO: analyse verder uitwerken en uitsplitsen naar behandelaar en type ziekenhuis (actie: ZIN)
- Incontinentiemateriaal: (indien beschikbaar) Extra informatie meewegen ter onderbouwing resultaten (actie: ZIN)

- Onderactieve blaas: Her-analyse en (indien beschikbaar) toevoegen data over gerelateerde urinekweken (actie: ZIN)
- Achterhalen waarom vergoeding voor aanmeten pessaria voor huisartsen is verdwenen (actie: ZN)

Op 17 september a.s. vindt een vervolgbijeenkomst plaats. Het doel van die bijeenkomst is om te komen van verbeterpunten naar concrete verbeterafspraken.

De voorzitter sluit de vergadering.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Gehandicaptenzorg

Datum
10 juli 2019

Onze referentie
2019036351