Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Uw brief van	Uw kenmerk	Datum
----	----	8 juni 2006
Ons kenmerk	**Behandeld door**	**Doorkiesnummer**
PAK/26013771	mw. drs. A.J. Link	(020) 797 86 47

Onderwerp
Voorstel opname bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie in de Zorgverzekeringswet

Geachte heer Hoogervorst,

In 2003 heeft het CVZ in zijn rapport 'Urine-incontinentie bij volwassenen' vastgesteld dat het zorgproces bij urine-incontinentie ondoelmatig is. Om dat zorgproces te verbeteren heeft het CVZ in 2004 de Deskundigencommissie Incontinentie (DINC) ingesteld, samengesteld uit vertegenwoordigers van diverse geledingen. In deze brief informeren wij u over:

- de belangrijkste bevindingen en conclusies van de deskundigencommissie in haar eindrapportage;
- de aanbevelingen die het CVZ naar aanleiding daarvan doet op het gebied van urine-incontinentiezorg. Daarbij besteden wij vooral aandacht aan het voorstel van de commissie om bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie op te nemen als te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De eindrapportage van de deskundigencommissie 'Attentie voor incontinentie' ontvangt u hierbij separaat.

Hieronder vindt u eerst kort de belangrijkste conclusies en oplossingen die de DINC in haar eindrapportage presenteert. Daarna leest u welke beleidsaanbevelingen het CVZ doet op basis van de DINC-rapportage.

1. Eindrapportage DINC: conclusies en oplossingen

De DINC heeft vastgesteld dat de belangrijkste problemen bij de urine-incontinentiezorg te maken hebben met drie aspecten: de toegang tot zorg, de invulling van het zorgverzekeringspakket, en de informatievoorziening.

Om de incontinentiezorg te verbeteren en de verwachte toename (door onder meer vergrijzing) van het aantal patiënten te kunnen opvangen, doet de DINC aanbevelingen voor wijzigingen in het zorgverzekeringspakket en enkele aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk.

De commissie ziet de volgende oplossingen om de urine-incontinentiezorg te verbeteren:

Aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk

a. de opleiding voor incontinentieverpleegkundigen standaardiseren en de kwaliteit van de zorg waarborgen;
b. de instructie over bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining bij voorkeur niet langer laten verzorgen door de huisarts, maar de patiënt doorverwijzen;
c. transmurale afspraken opstellen over de overdracht van patiëntgegevens;
d. een multidisciplinaire richtlijn voor incontinentiezorg ontwikkelen;
e. de niet-effectieve behandelmethode met oestrogenen niet langer voorschrijven en schrappen uit de NHG-standaard.

Aanbeveling voor het verzekerde pakket

f. bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie opnemen in de basisverzekering.

Overige aanbevelingen

g. de zelfstandige positie van incontinentieverpleegkundigen (zie a.) vormgeven in een te verzekeren prestatie;
h. onafhankelijke, taboedoorbrekende informatie over behandelmethoden beschikbaar stellen voor de patiënt.

Op de genoemde oplossingen gaat het CVZ hieronder achtereenvolgens in.

2. Reactie van het CVZ: overwegingen en conclusies

Het CVZ onderschrijft de conclusies en oplossingen van de DINC.

2.1 Aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk

De uitvoering van de oplossingen valt voor een deel niet onder het takenpakket van het CVZ. Het CVZ is dan ook van mening dat het veld zelf aan de slag kan met de volgende oplossingen voor de uitvoeringspraktijk:

a. de opleiding voor incontinentieverpleegkundigen standaardiseren en de kwaliteit van de zorg waarborgen;
b. de instructie over bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining bij voorkeur niet langer laten verzorgen door de huisarts, maar de patiënt doorverwijzen;
c. transmurale afspraken opstellen over de overdracht van patiëntgegevens;
d. een multidisciplinaire richtlijn voor incontinentiezorg ontwikkelen;
e. de niet-effectieve behandelmethode met oestrogenen niet langer voorschrijven en schrappen uit de NHG-standaard.

Het CVZ brengt namens de DINC de rapportage ‘Attentie voor incontinentie’ onder de aandacht van de verschillende beroepsgroepen, ZN en ZON/MW, zodat de uitvoeringspraktijk met deze aanbevelingen aan de slag kan gaan.

2.2 De aanbevelingen voor het verzekerde pakket en de overige aanbevelingen van de DINC

Hieronder gaan wij nader in op de drie oplossingsrichtingen waarin het CVZ wel een (deel)taak heeft:

f. bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie opnemen in de basisverzekering (zie 2.2.1);
g. de zelfstandige positie van incontinentieverpleegkundigen (zie a.) vormgeven in een te verzekeren prestatie na standaardisatie van de opleiding (2.2.2);
h. onafhankelijke, taboedoorbrekende informatie over behandelmethoden beschikbaar stellen voor de patiënt (2.2.3).

Vooraf maken we nog de volgende kanttekening bij de positie en de adviezen van het CVZ. Met de komst van de Zvw is een aantal zaken veranderd die van invloed zijn op het uitbrengen van adviezen over opname van te verzekeren prestaties in de Zvw. In de Zvw staat niet langer omschreven door wie of waar de zorg geleverd wordt. In het nieuwe zorgstelsel hebben zorgverzekeraars de regie gekregen. Zij bepalen in hun zorgpolis waar en door wie de zorg geleverd wordt. Hierbij kunnen zorgverzekeraars ook nadere (administratieve) voorwaarden stellen. Een voorbeeld is de noodzaak van een medisch voorschrift of verwijzing van de behandelend arts. Het CVZ geeft daarom alleen adviezen aan de minister over welke zorg tot de te verzekeren prestatie moet behoren en niet over wie de zorg levert.

2.2.1 Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie opnemen in de basisverzekering

In zijn Werkprogramma 2006 heeft het CVZ aangekondigd pakketvragen integraal te gaan beoordelen. Bij een integrale beoordeling is het van belang inzicht te krijgen in *welke verschillende behandelmethoden* voor dezelfde 'aandoening' tot de te verzekeren prestaties behoren. Daarom heeft het CVZ de verzekerde prestaties voor incontinentie nader bekeken. Het CVZ stelt vast dat onder de te verzekeren prestaties vallen: de behandeling van incontinentie met medicijnen, operaties en incontinentie-absorptiematerialen (verder: IA-materialen). Ook kunnen huisartsen instructie geven over bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining.

Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie valt echter *niet* onder de basisverzekering. Het CVZ heeft beoordeeld of deze therapie daarvoor in aanmerking zou moeten komen op grond van vier criteria, die het CVZ onlangs heeft ontwikkeld voor het beoordelen van zorgvormen: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Verder heeft het CVZ bekkenfysiotherapie beoordeeld vanuit de verschillende perspectieven (patiënt, hulpverlener en maatschappij). Hieronder schetst het CVZ eerst kort een beeld van de omvang van het probleem urine-incontinentie; daarna komen achtereenvolgens de verschillende criteria en perspectieven aan de orde.

Urine-incontinentie: omvang van het probleem
Urine-incontinentie is iedere vorm van ongewild urineverlies. Naar schatting heeft 5% van de volwassenen problemen met continentie. Incontinentie komt vaker voor bij vrouwen. Incontinentie leidt vrijwel altijd tot afname van de kwaliteit van leven door onder andere schaamte, depressie en beperkingen in de mobiliteit, fysiek functioneren en participatie. Incontinentie kan er zelfs toe leiden dat iemand sociale contacten uit de weg gaat of er hobby's of werk voor opgeeft. Ondanks het feit dat incontinentie tot een sociale handicap kan leiden, zoekt minder dan een derde van de mensen met incontinentie hulp. Redenen hiervoor zijn dat incontinentie taboe is en dat men niet op de hoogte is van de behandelmogelijkheden. 'Het is nou eenmaal iets wat hoort bij het ouder worden', lijkt de redenering.

De kosten van incontinentiezorg zijn hoog. De cijfers van het Genees- en hulpmiddelen informatie project (GIP) van het CVZ geven inzicht in de extramurale kosten van IA-materialen en geneesmiddelen voor urine-incontinentie. Deze kosten hebben alleen betrekking op de ziekenfondspopulatie, en er zijn alleen kosten van geneesmiddelen meegenomen die geen bredere indicatie hebben dan alleen incontinentie. De kosten van IA-materialen bedroegen in 2005 € 111,7 miljoen. De kosten van geneesmiddelen voor urine-incontinentie bedroegen in 2005 ruim € 8 miljoen.

Toetsing aan het principe 'noodzakelijkheid'
Het CVZ is van oordeel dat bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie *noodzakelijke zorg* is en een claim op de solidariteit van de zorgverzekering rechtvaardigt. Daarbij spelen de volgende overwegingen een rol.

- Urine-incontinentie veroorzaakt redelijkerwijs meer dan een minimale ziektelast, zoals onder andere blijkt uit het CVZ-rapport 'Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket'.
- Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie is noodzakelijk te verzekeren zorg omdat de kosten voor een individuele gebruiker substantieel zijn (minimaal negen behandelingen van € 40 = € 360,-). Bij dergelijke substantiële kosten is er een noodzaak tot verzekeren.

Toetsing aan het principe 'effectiviteit'
In 1998 heeft de Ziekenfondsraad al positief geoordeeld over de effectiviteit van oefentherapie (bekkenfysiotherapie). De Ziekenfondsraad concludeerde toen dat oefentherapie voor vrouwen met incontinentieklachten leidt tot een significante verbetering in vergelijking met de situatie zonder therapie. Op dat moment vielen de eerste negen behandelingen voor fysiotherapie nog onder de Ziekenfondswet.
Vanaf 2004 is de te verzekeren prestatie fysiotherapie beperkt tot mensen met een chronische ziekte en geldt deze te verzekeren prestatie pas na negen behandelingen. Kortdurende behandelingen met fysiotherapie of oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder zijn ook uitgesloten. Dit zijn maatregelen geweest in het kader van kostenbeheersing in de zorgsector.

In 2003 heeft het CVZ het rapport 'Urine-incontinentie bij volwassenen' uitgebracht. Ook in dit rapport staat vermeld dat bekkenfysiotherapie een effectieve en de eerst aangewezen behandeling is. Dit rapport was gebaseerd op een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van de behandelmogelijkheden bij urine-incontinentie.

Ook uit een recent uitgevoerde systematische review blijkt de effectiviteit van bekkenbodemspieroefeningen. Zo is kortgeleden een Cochrane-review (2006) gepubliceerd over het effect van bekkenbodemspieroefeningen op urine-incontinentie bij vrouwen. Tussen de verschillende onderzoeken uit de Cochrane-review is overigens sprake van een behoorlijke variatie in interventies, studiepopulatie en uitkomstmaten. Dit heeft tot gevolg dat vergelijkingen tussen studies slechts beperkt mogelijk zijn. Hieronder staan kort de belangrijkste conclusies uit het onderzoek:
- De therapie helpt bij alle vormen van urine-incontinentie.
- Het effect is waarschijnlijk het grootst bij 'jonge' vrouwen (tussen de 40 en de 60 jaar) met stressincontinentie die deelnemen aan bekkenbodemspieroefeningen onder begeleiding van een therapeut voor ten minste drie maanden.
- Vrouwen lijken gemiddeld genomen door bekkenbodemspieroefeningen ongeveer één keer minder urine te verliezen per 24 uur dan de controle groep.
- De interventiegroepen in de verschillende onderzoeken rapporteerden dat vrouwen minder beperkingen ervoeren in participatie en activiteit. Van de gebruikte vragenlijsten was alleen niet duidelijk in hoeverre deze valide waren. Specifieke vragenlijsten voor het effect van urine-incontinentie op de kwaliteit van leven zijn pas recentelijk ontwikkeld.

Er is in 2006 eveneens een Cochrane-review uitgekomen over het effect van blaastraining op urine-incontinentie. Van deze training is het effect minder overtuigend. Het beperkte bewijs suggereert dat er een effect is, maar dit is niet evident. De beperking van deze review is dat niet alle onderzoeken van goede kwaliteit waren en dat het aantal proefpersonen laag was.

Toetsing aan het principe 'kosteneffectiviteit'
Het is niet mogelijk om een uitspraak te doen over de kosteneffectiviteit. De reden daarvan is, dat geen van de onderzoeken uit de hierboven aangehaalde Cochrane-reviews een kostenanalyse of een kosteneffectiviteitsonderzoek heeft uitgevoerd. Toch concludeert het CVZ dat de verhouding tussen kosten en baten meer dan acceptabel is om bekkenbodemtherapie op te nemen in het pakket.

Hoewel het niet mogelijk is om een uitspraak te doen over kosteneffectiviteit, heeft het CVZ een schatting gemaakt welke kosten *bespaard* kunnen worden. De kosten die bespaard worden, zijn de kosten van vermindering van het gebruik van IA-materialen bij

een deel van de doelgroep en mogelijk het levenslange niet-gebruik bij een ander deel. Overige kosten die bespaard kunnen worden, zoals geneesmiddelen of operaties, laat het CVZ hier buiten beschouwing. Op basis van de resultaten van de Cochrane-review is het niet mogelijk om hierover een uitspraak te doen.

In bijlage 1 staan de gegevens beschreven waarop het CVZ de schatting van de kosten en de besparingen heeft gebaseerd.

Deze gegevens leiden tot de volgende schatting van de kosten en de besparingen:
- De kosten van bekkenfysiotherapie na vijf jaar zijn € 82,8 miljoen (uitgaande van negen behandelingen).
- De totale besparingen van IA-materialen na vijf jaar zijn € 102,5 miljoen.
- De gemiddelde besparing per jaar komt neer op bijna € 4 miljoen.

Naast de kosten en baten uitgedrukt in geld, speelt een rol dat bekkenfysiotherapie voor patiënten leidt tot:
- een verbetering van kwaliteit van leven door afname van schaamte, depressie en beperkingen in mobiliteit en fysiek functioneren;
- een toename in maatschappelijke participatie.

Toetsing aan het principe 'uitvoerbaarheid'
Het CVZ komt ook tot een positieve conclusie als het gaat om de vraag of opname van bekkenbodemtherapie in het verzekerde pakket *uitvoerbaar* is. De overwegingen daarbij zijn de onderstaande.

- Er zijn op dit moment ruim 160 bekkenfysiotherapeuten in Nederland werkzaam. Dit aantal zal de komende jaren stijgen tot 500 à 600. Naar verwachting is dit aantal voldoende om de gewenste zorg te kunnen leveren. Daarbij speelt een rol dat niet alle patiënten binnen een jaar een beroep zullen doen op een bekkenfysiotherapeut.
- De Zvw laat ook de mogelijkheid open dat *andere* beroepsbeoefenaren deze zorg kunnen leveren. Het college is van mening dat de zorg geleverd zou moeten worden door een geregistreerde bekkenfysiotherapeut, maar de zorgverzekeraar bepaalt in zijn polis wie de zorg levert.
- Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie is verzekerbaar. Het is mogelijk om de te verzekeren prestatie zodanig af te bakenen dat alleen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie als te verzekeren prestatie in de Zvw wordt opgenomen als onderdeel van paramedische zorg.
- Bekkenfysiotherapie heeft geen invloed op de risicoverevening van zorgverzekeraars en de premie.
- Als bekkenfysiotherapie tot de te verzekeren prestaties behoort, vragen ook de informatievoorziening en het zorgproces aandacht. Er zal meer informatie beschikbaar moeten komen voor de patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar over bekkenfysiotherapie. Ook deze randvoorwaarden acht het CVZ goed uitvoerbaar.

Toetsing vanuit drie perspectieven
Het CVZ heeft de opname van bekkenfysiotherapie in het verzekerde pakket ook bekeken vanuit de volgende drie perspectieven: het perspectief van patiënten, het perspectief van hulpverleners, en het maatschappelijk perspectief.

a. Patiëntenperspectief

Vanuit het perspectief van de patiënt komt het CVZ tot positieve bevindingen over bekkenfysiotherapie. Daarbij baseert het CVZ zich onder andere op de commissie (DINC), waaraan namens de Stichting Bekkenbodem Patiënten (SBP) twee ervaringsdeskundigen en een bestuurslid hebben deelgenomen. Vanuit het patiëntenperspectief zijn de volgende overwegingen van belang:
- Bekkenfysiotherapie vermindert de urine-incontinentie.
- De kwaliteit van leven neemt hierdoor toe, doordat negatieve gevolgen afnemen (zoals schaamte, depressie en beperkingen in mobiliteit, fysiek functioneren en participatie).

- Een patiënt die sociale contacten uit de weg ging of er hobby's (zoals sport of reizen) voor heeft opgegeven, zal deze door meer zelfvertrouwen weer kunnen oppakken. Ook in de Cochrane-review rapporteren de interventiegroepen in de verschillende onderzoeken dat vrouwen minder beperkingen ervoeren in participatie en activiteit.
- Bekkenfysiotherapeuten hebben over het algemeen meer aandacht en tijd voor de patiënt. De ervaringen met huisartsen zijn minder positief, omdat het regelmatig voorkomt dat een patiënt alleen met een recept voor IA-materialen naar huis gaat en verder geen instructie krijgt over het gebruik van het materiaal of de keuze ervan.
- Als een patiënt zonder verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut kan, bevordert dit de laagdrempelige toegang tot de zorg. Een zorgverzekeraar kan overigens wel in zijn polis opnemen dat een verwijzing van een medisch specialist of huisarts verplicht is.
- Veel patiënten denken niet in eerste instantie aan een chirurgische ingreep, onder meer omdat dit ingrijpend is en men onbekend is met behandelmogelijkheden in het algemeen.
- Bekkenfysiotherapie is een conservatieve behandelmethode. Patiënten ervaren de stap naar een bekkenfysiotherapeut dan ook als minder belastend dan de stap naar de specialist en het ziekenhuis.

b. Het perspectief van de hulpverlener

In de DINC hadden verschillende hulpverleners zitting namens hun beroepsgroep: huisarts, incontinentieverpleegkundige, verpleeghuisarts, bekkenfysiotherapeut, gynaecoloog en uroloog. Vanuit het hulpverlenerperspectief zijn de volgende overwegingen van belang:
- Uit zowel de (wetenschappelijke) literatuur als de praktijk blijkt dat veel patiënten verbeteringen ervaren of zelfs 'helemaal droog' zijn. (Zie ook hiervoor bij de toetsing aan de principes 'effectiviteit' en 'kosteneffectiviteit'.)
- De hulpverleners van de commissie zijn unaniem van mening dat bekkenfysiotherapie meerwaarde heeft in de incontinentiezorg en onderdeel zou moeten zijn van de verzekerde zorg.

c. Het maatschappelijk perspectief

Ook vanuit maatschappelijk perspectief acht het CVZ het gewenst om bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie op te nemen in het verzekerde pakket. Overwegingen daarbij zijn:
- Urine-incontinentie heeft een meer dan minimale ziektelast.
- Door de behandeling neemt voor patiënten de mogelijkheid tot maatschappelijke participatie toe (onder andere functioneren in een werksituatie).
- De kwaliteit van leven neemt toe doordat onder meer schaamte, depressie en beperkingen in mobiliteit afnemen.
- De kosten van bekkenfysiotherapie wegen op tegen de kosten die bespaard worden op de IA-materialen en de toename in kwaliteit van leven; dat betekent dat de voorgestelde pakketaanvulling de maatschappij geen extra geld kost.

Samenvattend: standpunt CVZ over bekkenfysiotherapie als verzekerde prestatie
Het CVZ heeft geconstateerd dat de behandeling van incontinentie met medicijnen, operaties en IA-materialen onder de verzekerde prestaties vallen. Bekkenfysiotherapie, dat in de praktijk, in de literatuur en in het Farmacotherapeutisch Kompas wordt beschouwd als de eerst aangewezen behandelmethode, maakt echter geen onderdeel uit van de te verzekeren prestaties.

Hoewel het CVZ op de hoogte is van de kostenbeheersing in de zorgsector, is het opmerkelijk dat de eerst aangewezen behandelmethode vanwege kostenbeheersing niet onder de te verzekeren prestaties valt. Dat is vooral opvallend omdat andere interventies en IA-materialen, die vaak op een later moment in het zorgproces worden ingezet, wel als te verzekeren prestaties zijn opgenomen.

Dat de eerst aangewezen behandeling voor eigen rekening komt, kan ongewenste effecten tot gevolg hebben. Een gevolg kan zijn dat patiënten uitwijken naar een andere (duurdere) behandelmethode die wel onder de te verzekeren prestaties valt. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt geen behandeling ondergaat en levenslang IA-materialen blijft gebruiken. Daarbij behoudt de patiënt een lagere kwaliteit van leven door schaamte, depressie en beperkingen in de mobiliteit, fysiek functioneren en participatie.

Het CVZ concludeert dat bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie positief scoort op alle criteria en perspectieven. De volgende overwegingen hebben een doorslaggevende rol gespeeld bij de beoordeling of bekkenfysiotherapie tot de te verzekeren prestaties moet behoren:

- Bekkenfysiotherapie is de eerst aangewezen behandelmethode.
- Urine-incontinentie heeft meer dan een minimale ziektelast.
- Door bekkenfysiotherapie neemt de kwaliteit van leven toe, doordat negatieve gevolgen afnemen (zoals schaamte, depressie en beperkingen in mobiliteit, fysiek functioneren en participatie).
- Bekkenfysiotherapie is een behandeling die niet onnodig kostbaar is.
- Bekkenfysiotherapie bespaart mogelijk op de IA-materialen die nu al wel onder de te verzekeren prestaties vallen.
- Bekkenfysiotherapie is een vervanging voor mogelijk duurdere operatieve ingrepen.

Op basis hiervan adviseert het CVZ bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie voor de eerste drie maanden als te verzekeren prestatie in de Zvw op te nemen als onderdeel van de paramedische zorg. Als voor een verzekerde een behandeling van drie maanden onvoldoende is of een verzekerde een 'opfriscursus' nodig vindt, komt dit voor eigen rekening of kan een zorgverzekeraar dit vanuit een aanvullende verzekering vergoeden. Overigens zal het CVZ, als bekkenfysiotherapie als te verzekeren prestatie opgenomen is, de ontwikkelingen op het terrein van de IA-materialen de komende jaren volgen in de zijn Monitor hulpmiddelen.

2.2.2. De zelfstandige positie van incontinentieverpleegkundigen vormgeven in een te verzekeren prestatie na standaardisatie van de opleiding

Vraagstukken rond de zelfstandige financiering van een prestatie behoren niet tot de taken van het CVZ. Maar het is wel een taak van het CVZ om de zorg te beschrijven die geleverd wordt binnen een dergelijke, eventueel zelfstandig te contracteren, te verzekeren prestatie. In dat kader heeft het CVZ onlangs een onderzoek gestart naar de functie verpleging binnen de eerste lijn (Zvw en AWBZ); hierin zal incontinentieverpleging meegenomen worden. Op grond van dit onderzoek zal het CVZ in de tweede helft van 2006 beschrijven welke verzekerde zorg binnen de verpleging in de eerste lijn geleverd wordt. Het is vervolgens aan partijen om te bepalen of een zelfstandige financiering met daarbij horende tarieven wenselijk en mogelijk is.

2.2.3 Onafhankelijke, taboedoorbrekende informatie over behandelmethoden beschikbaar stellen voor de patiënt

Het CVZ deelt de mening van de DINC dat onafhankelijke informatievoorziening aan patiënten over behandelmogelijkheden van groot belang is.
Voor voorlichting over het pakket heeft het CVZ een bedrag ter beschikking gesteld aan de commissie om een van de oplossingen te implementeren: op verzoek van de commissie heeft het CVZ een bijlage over bekkenbodemproblemen (incontinentie) in het vrouwenblad Margriet financieel ondersteund. Het doel van de bijlage is om bekkenbodemproblemen uit de taboesfeer te halen en de lezeressen te informeren over de mogelijke behandelmogelijkheden en de vergoeding hiervan. De Margriet-bijlage is in week 8 van 2006 verschenen. Deze bijlage is ook geplaatst op de website van het CVZ.

Het CVZ denkt dat patiëntenorganisaties een rol kunnen spelen als informatieverstrekker in samenwerking met beroepsgroepen en zorgverzekeraars. Dit sluit aan bij de filosofie van de Zvw. De patiëntenorganisaties beschikken echter niet over de financiële middelen en draaien veelal op vrijwilligers. De overheid kan patiëntenvoorlichting ondersteunen door voor dit doel meer middelen beschikbaar te stellen. Daarnaast is het CVZ van mening dat zorgverzekeraars een rol hebben in het voorlichten van hun verzekerden. Zorgverzekeraars kunnen verzekerden, wanneer zij een aanvraag voor IA-materiaal indienen, informeren over de behandelmogelijkheden. Daarnaast kan de zorgverzekeraar de verzekerde doorverwijzen naar een zorgaanbieder die advies kan geven over de keuze en het gebruik van IA-materialen.

Hoogachtend,

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter

drs. J.S.J. Hillen

Directeur

M. van Brouwershaven MPA RA

Bijlage 1

Om de kosten en de kostenbesparing te kunnen schatten, is het CVZ uitgegaan van de volgende gegevens:

- In de Cochrane-review komt naar voren dat een behandelingsperiode van ten minste drie maanden het meeste effect heeft.
- Een behandeling kost tussen € 36,- en € 40,-. De verwachting van de DINC is dat patiënten gemiddeld negen behandelingen nodig hebben. Hiermee komen de kosten op € 360,-.
- Vrouwen verliezen gemiddeld genomen door bekkenbodemspieroefeningen ongeveer één keer minder urine per 24 uur dan de controle groep. In een aantal gevallen betekent dit zelfs 'helemaal droog'.
- Het is bekend dat het effect op de lange termijn niet voor iedereen blijvend is. Over de langetermijneffecten zijn nog weinig wetenschappelijk onderbouwde uitspraken gedaan.
  De Cochrane-review haalt een onderzoek aan met een follow-up van 5 jaar. De uitkomst van dit onderzoek is dat na 5 jaar 67% van de personen tevreden is met de uitkomst van de behandeling en geen andere behandeling wil ondergaan. Bij een ander deel was de situatie verslechterd; deze vrouwen zijn alsnog geopereerd.
  Op basis van de literatuur en contacten met de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en met pre- en post-partum-gezondheidszorg neemt het CVZ aan dat de effectiviteit na 3 jaar ongeveer 70% is, en na 5 jaar 50%. Overigens kan een 'opfriscursus' mogelijk de langetermijneffecten verbeteren. Hiernaar is nog weinig onderzoek gedaan.
- Bekkenfysiotherapie is niet bij alle gebruikers een effectieve behandelmethode. Hierbij valt te denken aan mensen met een niet-fysiologische vorm van urine-incontinentie en een deel van de gebruikers uit de leeftijdscategorie 75+. Het CVZ heeft het aantal ziekenfondsverzekerden geëxtrapoleerd naar de gehele populatie en rekening gehouden met een te verwachten groei van het aantal gebruikers door de dubbele vergrijzing. Op basis van het aantal gebruikers van IA-materialen schat het CVZ dat ongeveer 230.000 gebruikers in aanmerking komen voor een behandeling met bekkenfysiotherapie.
- De gemiddelde prijs van één IA-materiaal is berekend op € 0,34. Dit is een gewogen gemiddelde van de meest verbruikte materialen, waarbij de dure materialen niet zijn meegenomen in deze berekening (GIP-cijfers).

Literatuurlijst

CVZ. 'Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket' publicatienummer 2002/92
CVZ. 'Urine-incontinentie bij volwassenen' publicatienummer 2003/147

Hay-smith EJC and Dumoulin: Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane review 2006*

Wallace SA, Roe B, Williams K and Palmer M: Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane review 2006.*

Ziekenfondsraad. PROVIN, stuk Z 169/88 + bijlage. April 1998.

Attentie voor incontinentie

Door de Deskundigencommissie Incontinentie aangeboden aan het CVZ in februari 2006.

Inhoud:

pag.

Samenvatting

1 1. Inleiding

1 1.a. Aanleiding

1 1.b. Wat is urine incontinentie

3 2. Deskundigencommissie Incontinentie (DINC)

3 2.a. Taken commissie

3 2.b. Samenstelling commissie

5 3. Beschrijving huidige incontinentiezorg

5 3.a. Hulpverleners

6 3.b. Interventies

7 3.b.1. Stand van de wetenschap

8 3.c. Richtlijnen

8 3.d. Financiering van de zorg

8 3.e. Wat zijn kosten van incontinentie?

10 4. Inventarisatie van knelpunten

10 4.a. Inleiding

10 4.b. Geprioriteerde knelpunten

10 4.b.1. Gebrek aan onafhankelijke informatie aan patiënt

10 4.b.2. Gebrek aan tijd en specifieke kennis bij deel van de huisartsen

11 4.b.3. Inco-verpleegkundige extramuraal weinig beschikbaar

11 4.b.4. Hoogdrempelige toegang tot zorg

12 4.b.5. Intramurale knelpunten

13 5. Oplossingsrichtingen

13 5.a. Inleiding

13 5.b. Laagdrempelig aanspreekpunt

13 5.b.1. Inleiding

13 5.b.2. Bekkenfysiotherapeut

15 5.b.3. Spreekuur inco-verpleegkundige

16 5.c. Multidisciplinair incontinentiecentrum

17 5.d. Informatievoorziening

17 5.d.1. Landelijke Informatievoorziening aan patiënten

18 5.d.2. Informatievoorziening vanuit industrie

18 5.e. Acties richting huisarts

18 5.e.1. NHG-standaard wijzigen

19 5.e.2. Wijziging taak huisarts

20 5.e.3. Incontinentie onder aandacht brengen bij opleiding

20 5.f. Intramurale oplossingen

20 5.f.1. Transmurale afspraken en overdracht patiëntgegevens
21 5.f.2. Verbetering kennis medewerkers
21 5.f.3. Informatievoorziening aan patiënten
22 6. Activiteiten DINC en ontwikkelingen
22 6.a. Inleiding
22 6.b. Activiteiten DINC
22 6.b.1. Prevalentiemetingen
22 6.b.2. Televisieprogramma 'Onder controle'
22 6.b.3. Bijlage incontinentie in de Margriet
23 6.b.4. www.KiesBeter.nl
23 6.c. Ontwikkelingen
23 6.c.1. Farmacotherapie
23 6.c.2. Internationale patiëntenvereniging
24 6.c.3. Verhouding gebruikers IA-materiaal naar absorptiecapaciteit
25 6.c.4. Incontinentie meer aandacht in ouderenzorg
26 7. Afronding activiteiten Commissie
26 7.a. Reorganisatie CVZ
26 7.b. Gevolgen voor commissie
27 8. Conclusies Commissie
28 9. Aanbevelingen Commissie
28 9.a. Laagdrempelige zorg
28 9.b. Bekkenfysiotherapie
28 9.c. Patiëntvoorlichting
29 9.d. Huisarts
29 9.e. Intramuraal
29 9.f. Slotopmerking DINC

Bijlage

- Afkortingen, websites en bronnen

Samenvatting

Urine-incontinentie is een aandoening die voorkomt bij meer dan de helft van de thuiswonende vrouwen van 45 jaar en ouder. Dit leidt vrijwel altijd tot een afname in de kwaliteit van leven.

Aanleiding

In 2003 concludeerde het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in het rapport 'Urine incontinentie bij volwassenen' dat het zorgproces bij incontinentie ondoelmatig is. Om het zorgproces te optimaliseren heeft het CVZ in 2004 de deskundigencommissie incontinentie (DINC) ingesteld.
De commissie is in 2004 begonnen met het in beeld brengen van de knelpunten op het terrein van de urine incontinentie. Urine-incontinentie is iedere vorm van urineverlies. Uit de groslijst zijn vervolgens 24 knelpunten geprioriteerd. Deze punten zijn grotendeels onder te brengen in de volgende vijf groepen:

Geprioriteerde knelpunten

- gebrek aan onafhankelijke informatie aan patiënt;
- gebrek aan tijd en specifieke kennis bij deel van de huisartsen;
- incontinentieverpleegkundige (inco-verpleegkundige) extramuraal weinig beschikbaar;
- hoogdrempelige toegang tot incontinentiezorg;
- intramurale knelpunten in verzorgings- en verpleeghuizen.

Uiteindelijk concludeert de commissie dat bij incontinentie de grote problemen zitten in de toegang tot de zorg, de invulling van het basispakket en de informatievoorziening.
Om de incontinentiezorg te verbeteren en de verwachte toename van het aantal patiënten in de zorg te kunnen opvangen doet de deskundigencommissie aanbevelingen voor wijzigingen in het basispakket en enkele aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk.

Aanbevelingen

De aanbevelingen van de commissie aan het CVZ zijn:

- Incontinentiezorg laagdrempelig maken door toegang tot gespecialiseerde aanspreekpunten in de buurt van de patiënt. Eerst is het nodig om de opleiding tot inco-verpleegkundige te standaardiseren. Daarna dient directe toegankelijkheid van deze zorg in het basispakket geregeld te zijn.
- Bekkenfysiotherapie voor incontinentie opnemen in het basispakket.
- Onafhankelijke informatie over behandelmethoden toegankelijk maken voor patiënt (taboe doorbrekend).
- De huisarts geeft bij voorkeur niet langer zelf instructie over bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining maar verwijst direct door.
- De behandeling van de niet-effectieve oestrogenen schrappen uit NHG-standaard.
- Het opstellen van transmurale afspraken over de overdracht van patiëntgegevens.
- Het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

CVZ rapport 2003

In 2003 concludeerde het CVZ in het rapport 'Urine incontinentie bij volwassenen' dat het zorgproces rond incontinentie ondoelmatig is. Dit bleek onder meer uit het feit dat heersende richtlijnen voor behandeling niet geheel overeenkwamen met de resultaten van de uitgevoerde systematische review en dat het onbekend was in hoeverre de richtlijnen in de zorg werden gebruikt. Ook in de indicatiestelling en in de organisatie van de zorg zijn knelpunten gesignaleerd. Om het zorgproces te verbeteren heeft het CVZ in 2004 de deskundigencommissie incontinentie (DINC) ingesteld.

Bevindingen en aanbevelingen

In dit rapport leest u de bevindingen van deze commissie. Om de incontinentiezorg te verbeteren en de verwachte toename van het aantal patiënten in de zorg te kunnen opvangen doet de deskundigencommissie in dit rapport per knelpunt één of meer aanbevelingen.

1.b. Wat is urine incontinentie

Urine en ontlasting

Er zijn twee vormen van incontinentie: urine incontinentie en ontlastingsincontinentie. Een combinatie van urine en ontlastingsincontinentie komt ook voor. Dit rapport richt zich alleen op de problematiek rond de urine-incontinentie.

Definitie

Urine incontinentie is door de International Continence Society gedefinieerd als iedere vorm van ongewild urineverlies. Er is sprake van incontinentie indien twee of meer keer per maand onwillekeurig verlies van urine op ongepaste plaatsen en momenten optreedt, ongeacht de hoeveelheid van de verloren urine (Thomas et al., 1980).
Naar schatting heeft 5% van de volwassenen problemen met continentie. Incontinentie komt vaker voor bij vrouwen. Dit is vooral het gevolg van de relatief zwakkere bouw van het afsluitingsmechanisme van de blaas bij vrouwen, waarvan de werking verder kan verminderen als gevolg van bevallingen.

Afname kwaliteit van leven

Incontinentie leidt vrijwel altijd tot afname van de kwaliteit van leven door onder andere schaamte, depressie en beperkingen in de mobiliteit, fysiek functioneren en participatie.
Incontinentie kan er zelfs toe leiden dat iemand sociale contacten uit de weg gaat of er hobby's voor opgeeft, zoals sport of reizen. Ondanks het feit dat incontinentie tot een sociale handicap kan leiden, zoekt minder dan éénderde van de mensen met incontinentie hulp. Redenen hiervoor zijn dat incontinentie taboe is en het feit dat men niet op de hoogte is van de mogelijke behandelmethoden. “Het is nou eenmaal iets dat hoort bij het ouder worden”.

Soorten incontinentie

De drie belangrijkste soorten urine incontinentie:

- *Stress- of inspanningsincontinentie (50%)*
  Stressincontinentie is een vorm van ongewild urineverlies die optreedt bij hoesten, tillen of andere fysieke inspanning. Hierbij schiet de werking van het afsluit-mechanisme tekort om de opgebouwde druk van de urine in de blaas te weerstaan.
- *Urge- of aandrangincontinentie (14%)*
  Urge incontinentie is een vorm van ongewild urineverlies in de aanwezigheid van hevige mictie drang als gevolg van een overactieve blaas.
- *Mixed urine-incontinentie (36%)*
  Bij mixed urine incontinentie is er sprake van beide componenten.

Functionele incontinentie

Er zijn ook andere factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van incontinentie. Vooral bij ouderen spelen stoornissen in andere systemen een rol, zoals vermindering van mobiliteit en de cognitie. Bovendien kunnen er belemmeringen in de omgeving zijn waardoor het toilet niet op tijd is te bereiken of te gebruiken. Men spreekt dan wel van functionele incontinentie.

Toename verwacht

De behoefte aan en noodzaak van de behandeling van urine incontinentie zal in de komende jaren toenemen. Oorzaken hiervan zijn de toenemende vergrijzing, een grotere bewustwording bij het publiek dat er iets aan te doen is en de verdere innovatie op het gebied van de behandeling van de incontinentie.

2. Deskundigencommissie Incontinentie (DINC)

2.a. Taken commissie

Met ingang van 1 januari 2004 is de deskundigencommissie incontinentie ingesteld. De commissie heeft een adviserende taak naar het CVZ. De taakstelling heeft betrekking op:

- Voorstellen doen tot verbetering van het zorgproces;
- Aandacht geven aan de positie van de patiënt binnen dit zorgproces (onder meer patiëntvoorlichting);
- Zorgverzekeraars voorzien van handreikingen voor de realisering van adequate incontinentiezorg;
- Onderzoek naar de wenselijkheid van een Hulpmiddelen Kompas incontinentie en eventuele begeleiding van de totstandkoming van dit kompasdeel.

2.b. Samenstelling commissie

Urine incontinentie is bij uitstek een zorgvraag waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Omdat het CVZ kiest voor een integrale aanpak van de zorg, is de commissie samengesteld uit vertegenwoordigers van diverse geledingen. De commissie bestond uit de volgende leden:

- De heer J.J.A.M. van Dongen, huisarts (namens het Nederlandse Huisartsen Genootschap);
- Mevrouw M. van Engelenburg-van Lonkhuyzen, bekkenfysiotherapeut (namens de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre en postpartum gezondheidszorg);
- Mevrouw L. de Geus, inco-verpleegkundige (namens de Vereniging Nederlandse Incontinentieverpleegkundigen);
- De heer H. Heynen, zorgadviseur CZ (namens Zorgverzekeraars Nederland);
- De heer J. Hoeymans, inco-verpleegkundige (namens de Vereniging Nederlandse Incontinentieverpleegkundigen);
- Mevrouw M. Kluyver, inco-verpleegkundige (namens de Vereniging Nederlandse Incontinentieverpleegkundigen);
- Mevrouw S. Kroese, verpleegkundige en ervaringsdeskundige (namens de Stichting Bekkenbodem Patiënten);
- Mevrouw B.E. Parmentier-Gonggrijp, verpleeghuisarts (namens de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen);
- De heer J.A.L.H. van de Pol, directeur Astra Tech BV en lid van cluster incontinentie NEFEMED (namens de Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten);
- Mevrouw E. Salamone-Ziepseerder, ervaringsdeskundige (namens de Stichting Bekkenbodem Patiënten);
- De heer P.F.J.H. Salden, arts (namens de Nederlandse Vereniging van de Researchgeoriënteerde Farmaceutische Industrie);
- De heer R. Scheurink, inco-verpleegkundige (namens de Stichting Bekkenbodem Patiënten);

- De heer dr. C.H. van der Vaart, gynaecoloog (namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie);
- De heer dr. P.L. Venema, uroloog (namens de Nederlandse Vereniging voor Urologie).

De commissie is door de volgende medewerkers van het CVZ ondersteund:

- De heer mr. J.F.H. Voogt, secretaris;
- Mevrouw H.H.C. de Vaan, arts;
- Mevrouw N. Heerema, arts Maatschappij & Gezondheid;
- Mevrouw drs. A.J. Link, adviseur.

Voorzitter van de commissie was mevrouw W.J.G. Lijs-Spek, arts Maatschappij & Gezondheid.

3. Beschrijving huidige incontinentiezorg

3.a. Hulpverleners

Eerste lijn

De huisarts is, als poortwachter, in het zorgproces het eerste aanspreekpunt voor iemand met klachten van incontinentie. Een huisarts stelt de diagnose, kan de patiënt instructie geven voor oefenen van de bekkenbodemspieren, schrijft incontinentie-absorptiemateriaal (IA-materiaal) voor of kan de patiënt doorverwijzen naar een inco-verpleegkundige, bekkenfysiotherapeut of medisch specialist.

De bekkenfysiotherapeut is, door het volgen van een post-HBO-opleiding bekkenfysiotherapie, een gespecialiseerde fysiotherapeut. Een bekkenfysiotherapeut kan zelfstandig gevestigd zijn of verbonden zijn aan een instelling. De bekkenfysiotherapeut richt zich op mensen of patiënten met problemen in het gehele gebied van lage rug en bekken, buik en bekkenbodem. De bekkenfysiotherapeut helpt bij het leren herkennen en trainen van alle relevante spieren rondom het bekken en maakt daarbij soms gebruik van speciale apparatuur.

Tweede lijn

In de tweede lijn zijn de gynaecoloog en uroloog de specialisten op dit gebied. Andere specialismen die met incontinentieproblematiek te maken (kunnen) hebben zijn de neuroloog en de revalidatiearts. Intramuraal hebben verpleeghuisartsen, maar ook bijvoorbeeld artsen voor verstandelijk gehandicapten hiermee te maken.
Andere zorgverleners die te maken hebben met incontinentieproblematiek zijn inco-verpleegkundigen, verloskundigen, psychologen, seksuologen en maatschappelijk werkers. Hieronder staan de werkzaamheden van een inco-verpleegkundige beschreven.

Een inco-verpleegkundige is een verpleegkundige met de aantekening incontinentie. De inco-verpleegkundige neemt een verpleegkundige anamnese af. De inco-verpleegkundige stelt de verpleegkundige diagnose vast en stelt in overleg met patiënt en behandelend arts een behandelplan op. De inco-verpleegkundige verricht uit het behandelplan het voorlichten en begeleiden van de patiënt, de partner en eventueel de mantelzorg. Verder komt het instrueren en het adviseren op gebied van hulpmiddelen voor incontinentie aan bod en het adviseren over de incontinentie in relatie tot de algemeen dagelijkse levensverrichtingen. Verder staat het behandelen van problemen centraal. Deze kunnen betrekking hebben op uiteenlopende zaken zoals materiaal technische problemen, huidproblemen, sociale problemen, seksuele problemen en financiële problemen. In overleg met de patiënt en de behandelend arts kan er een doorverwijzing volgen naar andere disciplines zoals huisarts, specialist, seksuoloog,

psychiater, maatschappelijk werker en fysiotherapeut. Naast de zorg voor de patiënt geeft de inco-verpleegkundige ook scholing aan collegae, artsen, fysiotherapeuten en andere disciplines die direct of indirect met incontinentie te maken hebben. Op dit moment zijn voornamelijk werkzaam in de tweede lijn. Op kleine schaal werken inco-verpleegkundigen ook in de eerste lijn.

Multidisciplinaire incontinentiezorg

De laatste jaren zijn er initiatieven gekomen voor het opzetten van multidisciplinaire incontinentiezorg, zoals multi-disciplinaire incontinentiespreekuren en bekkenbodemcentra. Deze functioneren op lokaal of regionaal niveau. In verpleeg-huizen kent incontinentie altijd een multidisciplinaire aanpak.

SBP

Patiëntenorganisaties spelen een belangrijke rol, onder meer bij voorlichting, individuele hulp, lotgenotencontact, signalering en verbetering van de zorg. De grootste patiëntenorganisatie in Nederland is de Stichting Bekkenbodem Patiënten (SBP). De organisatie heeft ongeveer 500 leden. Ongeveer 10.000 mensen bezoeken jaarlijks de website van de SBP (www.bekkenbodem.net). Daarnaast ontvangt het SBP jaarlijks ongeveer 1200 telefoontjes en 800 e-mails met vragen over incontinentie.

Andere betrokkenen bij de zorg rond incontinentie zijn zorgverzekeraars, hulpmiddelenfabrikanten en -leveranciers (apothekers, thuiszorgwinkels en postorderbedrijven) en de farmaceutische industrie.

3.b. Interventies

Behandelmethoden

De therapeutische behandelmethoden voor urine incontinentie gericht op genezen of verbeteren zijn:

- Conservatieve therapie (zoals voorlichting, begeleiding, bekkenbodemspiertraining, biofeedback, blaastraining);
- Chirurgie (zoals colposuspensie, Tension-free Vaginal Tape (TVT), voorwandplastiek, sling procedure);
- Medicatie (zoals spasmolytica);
- Hulpmiddelen (pessarium);
- Nieuwe behandelmethoden (zoals neuromodulatie).

De behandelmethode van functionele incontinentie is gericht op verbeteren van lichamelijke conditie (mobiliteit, kracht en transfers), gedrag en omgevingsfactoren (toilet- en kledingaanpassing).

Compenserende interventies gericht op de gevolgen van incontinentie zijn IA-materialen en katheters. Deze hulpmiddelen kunnen een zinvolle aanvulling zijn gedurende de behandeling van incontinentie, maar kunnen ook in belangrijke mate bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit van leven van mensen met een chronische, niet curatief te behandelen, aandoening. Deze mensen zijn vaak levenslang aangewezen op het gebruik van deze hulpmiddelen. Te

denken valt hierbij aan mensen waarbij een behandeling niet of maar gedeeltelijk werkt. Voor deze groep mensen is het gebruik van hulpmiddelen vaak essentieel voor het kunnen leiden van een zo normaal mogelijk (sociaal en werkzaam) leven.

3.b.1. Stand van de wetenschap

Training

Stressincontinentie bij vrouwen is veruit de meest uitgebreid onderzochte patiëntcategorie. Bekkenfysiotherapie is – mede gezien het niet-invasieve karakter en het ontbreken van bijwerkingen – de eerst aangewezen behandelmethode. Hierbij kunnen biofeedback en functionele elektrostimulatie behulpzaam zijn. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat 60-70% van de vrouwen verbetering ervaart. Bij urge incontinentie is blaastraining, gericht op het verhogen van de blaascapaciteit, de eerst aangewezen therapie. Voorwaarden voor goede lange termijn effecten van deze methoden zijn wel een actieve betrokkenheid en goede therapietrouw.

Chirurgie

Voor wat betreft chirurgische behandelingen bieden colposuspensie en de TVT-procedure de beste kans op genezing of sterke verbetering van stressincontinentie. Bij urge incontinentie heeft chirurgie slechts een beperkte effectiviteit. Neurostimulatie door implantaten laat relatief goede resultaten zien bij urge incontinentie (CVZ 2003, publicatie 147).

Incontinentie-verpleegkundige

Uit een Engels onderzoek (Williams et al, 2005) blijkt dat de interventies van de inco-verpleegkundige een reducerend effect hebben op de symptomen van incontinentie. De Universiteit van Maastricht en het Academisch Ziekenhuis Maastricht voeren op dit moment, in samenwerking met Universitair Medisch Centrum Nijmegen, een door Zon/MW gesubsidieerd pragmatisch multicenter gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit waarbij een speciaal voor deze interventie opgeleide en getoetste verpleegkundige onder regie van de huisarts volgens richtlijnen en protocollen taken van de huisarts ten aanzien van de incontinentiezorg overneemt.

Medicatie

In de behandeling van incontinentie neemt de farmacotherapie op dit moment nog geen prominente plaats in. Voor de behandeling van stressincontinentie is geen effectief medicijn op de markt. Oestrogenen zijn geregistreerd voor klachten als mictieklachten en milde urine incontinentieklachten. Uit het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van behandel-methoden van het CVZ (CVZ 2003, publicatie 147) blijkt dat de effectiviteit van oestrogenen voor stressincontinentie niet is aangetoond. In het Farmacotherapeutisch Kompas (2006) staat beschreven dat indien een blaastraining fysiek en cognitief niet mogelijk of onvoldoende effectief is, komen volgens huidig gebruik flavoxaat, darifenacine, oxybutynine, solifenacine en tolterodine in aanmerking voor de behandeling van urge incontinentie. Er zijn onvoldoende gegevens om de

effectiviteit van flavoxaat vast te stellen. De gemiddelde verbeteringen van oxybutynine, solifenacine en tolterodine zijn gering ten opzichte van placebo. Alle middelen geven frequent aanleiding tot bijwerkingen. De voorkeur blijft uitgaan naar tolterodine. Net als bij bekkenfysiotherapie is de mate van therapietrouw een knelpunt.

IA-materiaal

Het gebruik van IA-materiaal is feitelijk geen behandeling. Het gebruik van IA-materialen is echter wel een zinvolle aanvulling op de behandeling van incontinentie. Voor ziektebeelden waarbij een behandeling niet werkt of genezing niet te verwachten is, is IA-materiaal een praktische ondersteuning.

3.c. Richtlijnen

Op verschillende terreinen (huisartsengeneeskunde, bekkenfysiotherapie, gynaecologie, verpleegkunde, urologie en CBO) in de incontinentiezorg bestaan richtlijnen. Een multidisciplinaire richtlijn voor incontinentiezorg bestaat op dit moment nog niet. Er staat wel een gecombineerde richtlijn (LESA) van huisartsen en bekkenfysiotherapeuten in de planning. De richtlijnen zijn te vinden op de websites van de betreffende beroepsgroepen.

3.d. Financiering van de zorg

Zvw en AWBZ

Zorg door huisarts en specialist is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) opgenomen. De verzekerde prestatie van inco-verpleegkundigen in ziekenhuizen (Zvw) en thuiszorginstelling (AWBZ) is ook in het pakket opgenomen. De vergoeding van (bekken)fysiotherapie voor de behandeling van incontinentie zit sinds 2004 niet langer meer in het pakket. Hulpmiddelen die bij operaties gebruikt worden vallen onder medisch specialistische zorg.
Voor extramurale hulpmiddelen geldt de Regeling zorgverzekering, waarin IA-materiaal en katheters zijn opgenomen. Het pessarium voor incontinentie en apparaten voor neuromodulatie vallen niet onder de aanspraak.

3.e. Wat zijn kosten van incontinentie?

Kosten genees- en hulpmiddelen in ZFW

De kosten van de behandeling van incontinentie zijn hoog. Om inzicht te krijgen zijn, op basis van de door het GIP (Genees- en hulpmiddelen informatie project, CVZ) opgebouwde bestanden, macroramingen gemaakt van de kosten van IA-materialen en geneesmiddelen voor urine incontinentie over de periode 2000-2004 (tabel 1). De kosten hebben alleen betrekking op de ziekenfondspopulatie (2004 = 10,1 miljoen verzekerden) en er zijn alleen de kosten van geneesmiddelen meegenomen, die geen bredere indicatie hebben dan alleen incontinentie. In de GIP-bestanden is geen informatie beschikbaar over de overige zorgkosten op het terrein van de incontinentie (ziekenhuis en overige zorginstellingen, preventie en maatschappelijke kosten etc.).

Wel is bekend dat de particuliere sector (drogisterijen en supermarkten) een behoorlijke omzet heeft met de verkoop van IA-materialen en maandverbanden. Patiënten kopen veelal maandverband bij problemen met continentie. Dit is namelijk meer geaccepteerd om te kopen dan IA-materialen. Hieruit blijkt ook weer dat er nog een taboe op rust.

Tabel 1: Kosten IA-materialen en geneesmiddelen (ATC-code: G04BD) bij urine-incontinente ZFW 2000 – 2004

Kostenontwikkeling ziekenfondswet, 2000-2004 **1 = 1 miljoen euro**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004** *Voorlopig*
Geneesmiddelen bij urine- incontinentie	**4,92**	**5,01**	**5,46**	**6,19**	**6,30**
IA-materialen	**81,5**	**88,5**	**89,9**	**98,5**	**119,3**

bron: *GIP / College voor zorgverzekeringen 2005*

4. Inventarisatie van knelpunten

4.a. Inleiding

Knelpunten

De commissie is in 2004 begonnen met het in beeld brengen van de knelpunten op het terrein van de urine incontinentie. De leden hebben in totaal 55 knelpunten aangedragen.
De leden hebben per knelpunt beoordeeld in welke fase van het zorgproces het knelpunt zich voordoet, waar het aangrijpingspunt voor het oplossen van het knelpunt ligt, wat de moeilijkheidsgraad is voor het oplossen van het probleem en welke prioriteit het knelpunt heeft.

24 knelpunten geprioriteerd

De resultaten zijn geanalyseerd en de knelpunten die meer dan 6 keer prioriteit één kregen zijn er uitgelicht. Dit bleken 24 knelpunten te zijn.
Deze 24 knelpunten waren grotendeels onder te brengen in de volgende 5 groepen:

- gebrek aan onafhankelijke informatie aan patiënt;
- gebrek aan tijd en specifieke kennis bij de huisarts;
- inco-verpleegkundige extramuraal weinig beschikbaar;
- hoogdrempelige toegang tot incontinentiezorg;
- knelpunten intramuraal in verzorgings- en verpleeghuizen.

Hieronder staat per knelpuntengroep de inhoud van het probleem beschreven.

4.b. Geprioriteerde knelpunten

4.b.1. Gebrek aan onafhankelijke informatie aan patiënt

Gebrekkige informatie

Eén van de geprioriteerde knelpunten is de onvolledige informatievoorziening aan de patiënt. Het blijkt dat de aangeboden informatie (reclame en folders) onvoldoende inspeelt op de behandeling van incontinentie. Vaak is er alleen aandacht voor de verstrekking van IA-materialen. Daarbij krijgen patiënten nauwelijks voorlichting over het juiste gebruik van de materialen. Patiënten zien het gebruik van IA-materialen als de standaardbehandeling. Informatie over een mogelijk wegnemen of vermindering van klachten bereikt de patiënt op dit moment nog onvoldoende. Hierdoor blijven veel patiënten denken dat incontinentie gewoon hoort bij het ouder worden. Een reden hiervoor is dat de patiëntenorganisatie te weinig mensen en middelen hebben om hun doelgroep te bereiken.

4.b.2. Gebrek aan tijd en specifieke kennis bij deel van de huisartsen

Gebrek aan tijd

Een ander probleem in de behandeling van incontinentie ligt bij de huisarts. Een deel van de huisartsen heeft te weinig tijd en weinig specifieke kennis over incontinentie en bijbehorende behandelvormen en hulpmiddelen. De huisarts zou meer kunnen doorverwijzen naar bekkenfysiotherapeuten en specialisten en heeft over het algemeen weinig aandacht voor

incontinentie. Vaak is er weinig communicatie tussen patiënt en arts over de incontinentieklachten. Het komt meermalen voor dat een huisarts alleen een recept voor IA-materiaal meegeeft zonder de oorzakelijke factoren en mogelijkheden voor behandeling of doorverwijzing te hebben onderzocht.

NHG-standaard

Er is een NHG-standaard voor incontinentie ontwikkeld door de huisartsen. Hierin staat opgenomen dat bepaalde vormen van incontinentie behandeld moeten worden met bekkenbodem-spieroefeningen en andere vormen door blaastraining. In eerste instantie is het volgens de NHG-standaard de taak van de huisarts om hierover voorlichting en instructie te geven. Indien er binnen drie maanden geen verbetering is geconstateerd, moet de huisarts doorverwijzen.
Het is echter niet duidelijk in hoeverre huisartsen deze richtlijn naleven, en indien dit gebeurt, wat de effectiviteit van deze zorg is. Uit onderzoek is gebleken dat van de vrouwen met stressincontinentie slechts 1,6% wordt doorverwezen naar de fysiotherapeut en 1,9 % naar de uroloog of gynaecoloog (Gezondheidsraad, 2001).

4.b.3. Inco-verpleegkundige extramuraal weinig beschikbaar

Geen erkenning

Een belangrijk gesignaleerd probleem in de behandeling van incontinentie is het feit dat er geen erkenning is van de zorgverlening door (incontinentie)verpleegkundigen. Hierdoor blijft de patiënt langdurig in een grijs gebied bij de huisarts/apotheek, voordat een verpleegkundige een anamnese doet. Een inco-verpleegkundige is gespecialiseerd in het voorlichten, begeleiden, instrueren, coachen en behandelen van problemen met continentie. De behandeling kan door inzet van een incontinentieverpleegkundige verbeteren. Op dit moment is er in de Zvw geen eigen positie voor een extramuraal werkende inco-verpleegkundige. Er is ook geen sprake van directe verwijzing door een (huis)arts naar de inco-verpleegkundige. Daarnaast is de samenwerking tussen intramurale en extramurale zorgverleners vaak niet goed geregeld. Intramuraal vindt er meestal wel een doorverwijzing naar de inco-verpleegkundige plaats. Dit is dan een service die het ziekenhuis betaalt. Doordat de inco-verpleegkundige intramuraal voor de organisatie geen directe inkomsten genereert, bestaat de vrees dat deze functionarissen worden wegbezuinigd. De inco-verpleeg-kundigen worden op dit moment al gekort in hun tijd om als inco-verpleegkundige werkzaam te zijn. Zij doen soms dit soms naast hun andere werk als verpleegkundige.

4.b.4. Hoogdrempelige toegang tot zorg

Taboe

Incontinentie zit nog steeds in de taboesfeer. Door schaamte en onwetendheid over de mogelijke effectieve behandelingen komen patiënten niet in de zorg terecht. Veel patiënten denken dat incontinentie hoort bij het ouder worden.
De patiënten die wel naar de huisarts gaan (zie 4.b.2) worden soms weer naar huis gestuurd met een recept voor IA-

materialen, zonder dat (lichamelijk) onderzoek heeft plaatsgevonden of over behandelmogelijkheden is gesproken.

4.b.5. Intramurale knelpunten

Afstemming en overdracht

In de intramurale zorg zijn uit vele knelpunten er drie geprioriteerd.

- Er is onvoldoende afstemming van het zorgproces in de instelling.
- Het proces rond incontinentie is nog onvoldoende geprotocolleerd en gestandaardiseerd en er is weinig zicht op de aard en omvang van de problematiek.
- Een ander belangrijk probleem is het gebrek aan informatie over incontinentie bij opname en overdracht. Doordat het vaak personen met meerdere aandoeningen betreft en veelal een moeilijke periode met vele hulpverleners voorafgegaan is, krijgt de incontinentie te weinig aandacht in de informatieoverdracht.

Naast deze specifieke problemen in de intramurale setting spelen twee algemene knelpunten die al zijn genoemd. IA-materiaal is de standaard 'behandeling'. Door onvoldoende aandacht voor het probleem incontinentie wordt geen kennis en ervaring met andere interventies opgedaan. Daarnaast kan de informatievoorziening aan de patiënt of de vertegenwoordiger van de patiënt verbeterd worden. Door dit niet te doen benut men de eigen inzet en aandacht voor het verbeteren van het probleem niet en blijft het patiëntenperspectief onderbelicht. Een ander probleem dat speelt in de intramurale zorg is het feit dat de instelling vaak een contract afsluit met slechts één fabrikant van IA-materialen. In het algemeen geldt dat het merendeel van de bewoners hiermee geholpen is. Een deel van de bewoners heeft ander materiaal nodig. Dit geeft dan vaak problemen.

Informatievoorziening

5. Oplossingsrichtingen

5.a. Inleiding

Tijdens de bijeenkomsten zijn enkele oplossingsrichtingen per knelpuntengroep genoemd. De commissie heeft vervolgens aangegeven wat de voor- en nadelen zijn van de verschillende oplossingen, waar het primaire aangrijpingspunt ligt en welke andere partijen hierbij een rol spelen.
Hieronder staat kort de inhoud van de verschillende oplossingen beschreven. Daarnaast is aandacht besteed aan de voor- en nadelen, voorwaarden en verantwoordelijkheden. Ook doet de commissie enkele aanbevelingen voor de implementatie en organisatie van de oplossingen.

5.b. Laagdrempelig aanspreekpunt

5.b.1. Inleiding

Een belangrijk probleem is dat veel incontinentiepatiënten niet de noodzakelijke zorg krijgen. Redenen hiervoor zijn het taboe en de onwetendheid van de patiënt. Belangrijk is ook dat men de incontinentiezorg (via de huisarts) als hoogdrempelig ervaart.
De commissie ziet mogelijkheden om de incontinentiezorg laagdrempeliger te maken. Eén voorwaarde daarbij is dat deze aanspreekpunten zich in de buurt van de patiënt bevinden.

In de buurt van patiënt

Twee mogelijke aanspreekpunten zouden de bekkenfysiotherapeut en de inco-verpleegkundige kunnen zijn. Een ander mogelijk laagdrempelig aanspreekpunt zouden de multidisciplinaire incontinentiecentra kunnen worden. Deze centra zijn echter slechts op enkele plekken in Nederland beschikbaar. Om die reden is dit aanspreekpunt in deze paragraaf ook niet uitgewerkt. In paragraaf 5.c zal aan deze oplossingsrichting verder aandacht besteed worden.

Kwaliteit van zorg

Hieronder staan beide aanspreekpunten beschreven. Voorwaarde van de commissie bij deze oplossingsrichting is dat de kwaliteit van de zorg is gewaarborgd. Op dit moment is dat voor de inco-verpleegkundigen nog niet het geval. Dit heeft met de erkenning van de opleiding te maken.

5.b.2. Bekkenfysiotherapeut

Inleiding

De bekkenfysiotherapeut houdt zich bezig met preventie, voorlichten, begeleiden en behandelen van klachten als urine-incontinentie. Bekkenfysiotherapeuten hebben na hun HBO-opleiding fysiotherapie een aanvullende opleiding gevolgd van minimaal drie jaar. Naar verwachting zal de bekkenfysio-therapeut vanaf 2007 een Master of Health niveau hebben. Conservatieve behandeling (bestaande uit uitleg, leefstijl-adviezen, toiletadviezen, blaastraining en bekkenbodem-spieroefeningen (eventueel met behulp van biofeedback en/of elektrostimulatie) is de eerste keus bij behandeling van

stressincontinentie en een aanvullende therapie bij urge incontinentie. Vanaf januari 2006 is bekkenfysiotherapie (in de aanvullende verzekering) direct toegankelijk. In principe heeft de patiënt dan geen verwijzing meer nodig van een arts. Een zorgverzekeraar kan een verwijzing als verplichting opnemen in zijn reglementen.

Voordelen

Bekkenfysiotherapie heeft de volgende voordelen:

- goede kans op verbetering bij incontinentie;
- is laagdrempelig;
- kosten liggen lager dan langdurig gebruik van materialen;
- de directe toegankelijkheid ontlast de huisartsenpraktijk;
- niet belastend voor patiënt
- er is meer tijd en aandacht voor patiënt;
- bekkenfysiotherapeuten denken multidisciplinair en kunnen zo nodig via korte lijnen doorverwijzen.

Beperkingen

Bekkenfysiotherapie kent ook enkele beperkingen:

- slechts 1,6% van de patiënten wordt op dit moment doorverwezen naar een bekkenfysiotherapeut.
- oefentherapie vergt discipline met als gevolg dat de resultaten op lange termijn mogelijk verdwijnen.
- vanaf 2004 is fysiotherapie voor niet chronische aandoeningen uit de basisverzekering. Tot nu toe is dat nog niet als echt nadeel gebleken omdat bijna alle verzekerden hiervoor aanvullend zijn verzekerd.

De commissie maakt hierbij de opmerking dat idealiter voor deze bewezen effectieve behandelmethode vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet plaats zou moeten vinden.

Voorwaarden

Een belangrijke voorwaarde is dat er voldoende bekkenfysiotherapeuten beschikbaar zijn. Per 1 januari 2005 is in het Centraal KwaliteitsRegister van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) het deelregister 'bekkenfysiotherapeut' geopend. De verwachting is dat er eind 2005 160 fysiotherapeuten en in 2006 zelfs 300 fysiotherapeuten zijn ingeschreven. Het is de verwachting dat in de toekomst er landelijk 500-600 geregistreerde bekkenfysiotherapeuten nodig en beschikbaar zijn.
Tot 1 januari 2006 behandelt de bekkenfysiotherapeut op verwijzing van huisarts of medisch specialist. Vanaf 2006 kan de patiënt zonder verwijzing van huisarts of medisch specialist naar de bekkenfysiotherapeut. Het is noodzakelijk dat altijd terugkoppeling plaatsvindt naar de huisarts.
Op dit moment werkt de NVFB in samenwerking met het KNGF aan een 'indicatiestelling bekkenfysiotherapie'. Hiermee kan op verzoek van patiënt, huisarts of medisch specialist een zeer uitgebreide intake en onderzoek plaatsvinden.

Organisatie

De meeste bekkenfysiotherapeuten zijn werkzaam in de eerste lijn en zijn goed geoutilleerd. Vaak zijn de therapeuten betrokken bij een multidisciplinair overleg. Bekkenfysio-

therapeuten werken volgens evidence based en best practices opgestelde richtlijnen. De richtlijn urine incontinentie is in 2005 herzien. Op de website www.nvfb.nl kunnen zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten zien welke fysiotherapeuten een specialisatie bekkenfysiotherapie hebben in hun regio.

5.b.3. Spreekuur inco-verpleegkundige

Inleiding

Een incontinentiespreekuur is een spreekuur gegeven door een inco-verpleegkundige. Op dit spreekuur kunnen patiënten terecht met o.a. incontinentieproblemen. Een inco-verpleegkundige coördineert de zorg voor de patiënt en werkt daarin samen met behandelend arts en andere disciplines, die zorg leveren aan de patiënt. Het spreekuur is in eerste instantie georganiseerd in de eerste lijn, zodat patiënten laagdrempelig hiervan gebruik kunnen maken.

Voordelen

Het voordeel is, net als bij de bekkenfysiotherapeut en het multidisciplinaire centrum, dat de huisarts kan worden ontlast. Daarnaast is een inco-verpleegkundige gespecialiseerd in de aanpak van deze problematiek en heeft meer tijd en aandacht voor de patiënt.

Nadelen

Een belangrijk nadeel is dat er nog geen gestandaardiseerde HBO-opleiding tot inco-verpleegkundige bestaat. Hierdoor is de kwaliteit van de zorg nog niet geborgd. Een ander nadeel is dat er nog onvoldoende inco-verpleegkundigen beschikbaar zijn. Op dit moment onderzoekt de VNIV de mogelijkheden om tot een post HBO opleiding te komen voor continentie-stoornissen. Er zijn nu ongeveer 500 verpleegkundigen met de scholing incontinentie. Het merendeel is werkzaam in de tweede lijn. Daarnaast is bekendheid met en een goede afbakening van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden tijdens de behandeling noodzakelijk.

Voorwaarden/ bevoegdheden

Een goede samenwerking tussen inco-verpleegkundige en huisarts is een voorwaarde voor het slagen van een incontinentiespreekuur. Zowel een medische als een verpleegkundige diagnose is van belang voor het opstellen van een goed behandelplan voor de patiënt. Dit betekent dat een consult van een (huis)arts vaak wel nodig is. Omdat (huis)-artsen patiënten moeten gaan doorverwijzen is het van belang dat zij de meerwaarde van het werk van de inco-verpleeg-kundigen erkennen. Een andere voorwaarde is dat de vergoeding en erkenning van inco-verpleegkundigen wettelijk regeling vindt. Daarnaast moet er een inco-verpleegkundige zijn in de nabijheid van een huisarts of groep van huisartsen om een incontinentiespreekuur te kunnen organiseren. Ook behoort er een praktijkruimte beschikbaar (bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum) te zijn.

Organisatie

De belangrijkste partijen bij het opzetten van een spreekuur zijn de huisartsen, inco-verpleegkundigen en zorgverzekeraars. Daarnaast kan de gemeente een rol spelen bij het mogelijk maken van praktijkruimte.

5.c. Multidisciplinair incontinentiecentrum

Inleiding

Een multidisciplinair incontinentiecentrum is een centrum waarbij de eerste analyse en behandeling door een inco-verpleegkundige en een bekkenfysiotherapeut plaatshebben. Het grootste deel van de problematiek bij incontinentiepatiënten is eenvoudig van aard. Aan dit centrum zijn tevens minimaal een uroloog en/of gynaecoloog, met affiniteit plus kennis en kunde op het gebied van de incontinentiezorg, verbonden. De patiënten met complexe problemen kunnen worden verwezen naar gespecialiseerde centra in (academische) ziekenhuizen.

Voordelen

Een multidisciplinair centrum is laagdrempelig omdat de patiënt in eerste instantie in contact komt met een inco-verpleegkundige. Indien nodig, zijn alle disciplines in één centrum aanwezig. Een ander voordeel is dat de toch al overbezette huisarts de patiënt direct kan doorverwijzen naar het centrum en niet zelf onderzoek hoeft te doen. Dit geeft de huisarts ruimte voor andere zaken. Ook is dit centrum zonder verwijzing van een (huis)arts toegankelijk, indien de zorgverzekeraar dit in zijn polis mogelijk maakt.

Nadelen

Een nadeel van een multidisciplinair centrum op dit moment is dat er onvoldoende geschoolde inco-verpleegkundigen zijn om dit plan op grote schaal uit te voeren. Een ander nadeel is dat er slechts enkele centra bestaan. Op dit moment moeten patiënten vaak ver reizen om bij een centrum te komen.

Voorwaarden

De basiselementen voor een goed functionerend multidisciplinair centrum zijn communicatie, empathie, kennis van zaken en tijd voor de patiënt. De verantwoordelijkheid zou kunnen liggen bij een op te richten stichting waarin een huisarts, een lid van de zorgverzekeraars, een inco-verpleegkundige, een vertegenwoordiger van een patiënten-vereniging en een specialist zitting hebben. Dit bestuur kan de opzet en werkwijze van een dergelijk centrum bepalen en eventueel vastleggen in een statuut.

Organisatie

Voor het inpassen van deze centra in een regio zal uitgebreid overleg met de zorgverzekeraars en (keten van) zorgaanbieders moeten voorafgaan. Dit is van belang om een centrum in een regio in te bedden en bekendheid te geven. Verspreid over Nederland zijn al enkele multidisciplinaire centra gestart als zelfstandig behandelingscentrum of verbonden aan een ziekenhuis.

5.d. Informatievoorziening

5.d.1. Landelijke Informatievoorziening aan patiënten

Inleiding

Het doel van de landelijke informatievoorziening is mensen te bereiken die niet zelf op zoek gaan naar informatie. Vaak gaat het hierbij om de groep die denkt dat incontinentie hoort bij het ouder worden. Om een grote groep mensen te bereiken is een andere methode nodig. In de commissie zijn diverse mogelijkheden genoemd: 'de week van de incontinentie', een postbus 51 spotje en bijvoorbeeld een bijlage in een tijdschrift (vrouwenblad). De nadruk bij deze informatievoorziening zou moeten liggen op het doorbreken van het taboe en het informeren over de behandelingsmogelijkheden. Daarnaast veel aandacht voor bekkenfysiotherapie; wat is het, hoe werkt het en hoe behoud ik het resultaat. Ook is van belang aan te geven welke actie de persoon zelf kan ondernemen en waar meer informatie is te vinden: websites, brochures, nieuwsbrieven en bijvoorbeeld een helpdesk.

Voordelen

Het voordeel van de landelijke informatievoorziening is dat het een groot deel van de doelgroep bereikt. Daarnaast werkt het positief op het imago van incontinent-zijn en kan het vooroordelen wegnemen.

Nadelen

Een nadeel is dat de SBP op dit moment niet beschikt over de middelen en mensen om hun doelgroep voldoende te bereiken en informeren.
Een ander nadeel op dit moment is dat de incontinentiezorg nog niet goed is geregeld. Als iemand bijvoorbeeld dankzij een postbus 51 spotje naar de huisarts gaat, maar van de huisarts alleen een recept voor IA-materiaal krijgt, is het probleem nog niet opgelost. Daarom is het belangrijk om bij deze vorm van informatievoorziening ook aandacht te besteden aan wat de mensen zelf kunnen doen.

Voorwaarde

Een voorwaarde is dat de informatie begrijpelijk, volledig en onafhankelijk is. Hierin kan een patiëntenorganisatie een belangrijke rol spelen.

Organisatie / implementatie

De SBP zou in de landelijke informatievoorziening een trekkersrol kunnen vervullen. Hiervoor is alleen mankracht en geld noodzakelijk. De SBP beschikt op dit moment niet over voldoende mankracht en middelen hiervoor.
De vraag dringt zich daarbij op of de zorgverzekeraar, vanuit zijn regiefunctie en vanuit de wens tot doeltreffende en doelmatige zorg, hierbij een voortrekkersrol kan vervullen.
De VNIV heeft aangegeven een landelijke folder voor patiënten over incontinentie te kunnen ontwikkelen. Deze folder kan aangepast worden aan de organisatie van de incontinentiezorg in de regio. Op de website van de VNIV (www.vniv.nl) zijn de verpleegkundige incontinentiespreekuren in Nederland te vinden. De verspreiding van de folders kan via de Regionaal Incontinentieforums (RIF's) verlopen. Verder kan de VNIV via

de RIF verdere regionale publiciteit geven aan incontinentie via weekbladen en andere disciplines zoals huisartsen.

5.d.2. Informatievoorziening vanuit industrie

Inleiding

De industrie kan ook een rol spelen in de informatie-voorziening. De industrie heeft contacten met de apothekers, patiëntenorganisatie en andere beroepsbeoefenaren. De industrie kan incontinentie bij deze groep gemakkelijk onder de aandacht brengen. De over te brengen boodschap aan deze groep zou kunnen zijn dat incontinentie geen ziekte is en dat bij adequate voorlichting en ondersteuning een reeks van bijkomende (zelfs psychosomatische) klachten kan verminderen of verdwijnen.
Ook kan de industrie informatie verspreiden via de reguliere opleidingskanalen van de apothekers. De industrie kan hiervoor informatie- en presentatiemateriaal aandragen. Veel van dit materiaal is al ontwikkeld en wordt gebruikt bij voorlichting aan patiënten. Eventueel zou de industrie dit bestaande materiaal kunnen aanpassen voor de verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld instructie over klachten, onderkenning en meer voorlichting in algemene zin.
De industrie zou ook via een andere weg een belangrijke rol kunnen spelen bij de voorlichting van patiënten. Op het verpakkingsmateriaal van IA-materialen kan de industrie informatie opnemen over behandelmethoden en bijvoorbeeld verwijzen naar een internetpagina over incontinentie.
Ook kan de industrie de samenwerking met de patiëntenvereniging intensiveren, in alle objectiviteit.

Voordelen

De voordelen van informatievoorziening vanuit de industrie is dat het efficiënt is en dat de industrie het snelst beschikt over de nieuwste ontwikkelingen en behandelmethoden.

Nadelen

Een nadeel is het zakelijke belang.

Voorwaarden

Voorwaarde is dat de informatie zoveel mogelijk onafhankelijk en objectief is. Daarnaast moet de informatie aandacht besteden aan de diverse behandelmethoden.

Organisatie

Van belang is dat de industrie haar informatie voorlegt aan een multidisciplinair samengestelde onafhankelijke commissie.

5.e. Acties richting huisarts

5.e.1. NHG-standaard wijzigen

Inleiding

Gebleken is dat de NHG-standaard nog niet up-to-date is. De commissie stelt voor de standaard te wijzigen op de volgende punten:

- het geven van bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining door de huisarts zelf. De commissie is van mening dat huisartsen bij voorkeur niet langer zelf instructie moeten geven over bekkenbodemspier-

oefeningen en blaastraining maar dat ze patiënten hiervoor direct moeten doorverwijzen;
- de niet effectieve behandeling met oestrogenen schrappen. Uit onderzoeken is gebleken dat er geen overtuigend bewijs is dat systematische oestrogenen een positief effect hebben op stressincontinentie. Oestrogenen zijn dus niet meer aangewezen voor de indicatie stressincontinentie. De commissie stelt voor dit op te nemen in de standaard.

Voordelen De eerste wijziging is voornamelijk van invloed op de tijdsbesteding van de huisarts.
De tweede wijziging heeft het voordeel dat vrouwen met stressincontinentie niet onnodig oestrogenen slikken.

Voorwaarden Bij wijziging van de standaard op eerste punt (doorverwijzen) is het van belang dat de huisartsen nauw gaan samenwerken met de bekkenfysiotherapeuten. Een andere voorwaarde is dat het NHG deze wijzigingen breed onder zijn achterban verspreidt zodat alle huisartsen de huidige stand van de wetenschap kennen en kunnen toepassen.

Implementatie Deze rapportage brengt het CVZ onder de aandacht van de NHG. Te verwachten is dat het NHG deze aanbeveling meeneemt in de wijziging van de standaard in 2006.

5.e.2. Wijziging taak huisarts

Inleiding De commissie heeft gekeken welke voor- en nadelen het heeft wanneer de huisarts bij voorkeur alleen de taak krijgt om te diagnosticeren en vervolgens door te verwijzen. Het doorverwijzen naar bekkenfysiotherapeuten is al beschreven, maar het is ook mogelijk dat de huisarts verwijst naar een multidisciplinair incontinentiecentrum of naar het incontinentiespreekuur gegeven door een inco-verpleegkundige.

Voordelen Op deze manier kost het de huisarts relatief weinig tijd. Daarnaast heeft het als voordeel dat de patiënt een behandeling krijgt van een gespecialiseerde zorgverlener. Deze heeft meer tijd beschikbaar voor de patiënt en beschikt over meer ervaring. De huisarts kan zich hierdoor meer richten

Nadelen op andere taken. Een nadeel is dat de patiënt naar andere zorgverleners moet voordat de behandeling daadwerkelijk start. Daarnaast zal de aandacht en kennis van incontinentie bij de huisartsen minder worden.

Voorwaarden Voorwaarde bij invulling van deze oplossing is dat er overleg plaatsvindt tussen de huisarts en de andere zorgverlener. Afspraken hierover kunnen worden vastgelegd in Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) of Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's). Een LESA is een overbruggingsdocument en richt zich hoofdzakelijk op de afspraken tussen de huisartsen en de andere beroepsgroep. In een LESA staan suggesties voor regionaal overleg tussen beide betrokken partijen. Op basis hiervan kan er een

gedachtewisseling plaatsvinden en kunnen er werkafspraken over verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg worden geformuleerd. Het uiteindelijke doel van een LESA is om de patiënt een herkenbaar, eenduidig beleid en continuïteit in zorg te bieden. Een LTA is in feite een LESA maar gaat dan over de afspraken tussen huisartsen en specialisten.

Implementatie De NHG en de andere beroepsgroepen zullen het initiatief moeten nemen om tot een LESA of LTA te komen. De NHG en de KNGF hebben al het initiatief genomen om tot een LESA te komen. De ontwikkeling van deze LESA start in 2006. Een LTA is wenselijk, maar hiervoor ontbreken nog financiën.

5.e.3. Incontinentie onder aandacht brengen bij opleiding

Inleiding Om de kennis van de huisartsen te verhogen stelt de commissie voor incontinentie nadrukkelijker onder de aandacht te brengen in de opleiding. Het Diagnostisch kompas van het CVZ (www.cvz.nl) had met een aantal klinische probleemstellingen die functie. Dit zou op een of andere manier in de opleiding moeten worden gecontinueerd.

Voordelen Dit zal niet alleen de kennis bevorderen maar ook zal hierdoor de aandacht voor incontinentie toenemen. Dit is een redelijk eenvoudige oplossing zonder nadelige gevolgen.

Organisatie/ implementatie De commissie is van mening dat hier een taak is weggelegd voor de beroepsopleiding huisartsen.

5.f. Intramurale oplossingen

5.f.1. Transmurale afspraken en overdracht patiëntgegevens

Inleiding Een knelpunt in de intramurale setting is dat bij de informatieoverdracht van patiënten te weinig aandacht is voor incontinentie. Om te beginnen moeten er transmurale afspraken komen over patiëntgegevens bij de overdracht. Het structureel vermelden van het item incontinentie in de ontslagbrieven zal hierin al verbetering brengen. Ook het elektronische patiëntendossier kan een rol vervullen. Opname-gegevens en onderzoek kunnen dan worden vertaald via zorgdiagnostiek in het individuele zorgplan met betrekking tot behandeling en interventies.

Voordeel Het opnemen van het item incontinentie in de ontslagbrieven is eenvoudig en het invullen van dit item kost weinig extra tijd.

Nadeel Deze aanpassing heeft geen nadelen.

Voorwaarden Deze overdrachtsafspraken moeten worden afgestemd met verwijzende instanties en het Centrum Indicatiestelling Zorg.

Organisatie Er zullen transmurale ketenzorgafspraken op regionaal en landelijk niveau moet worden opgesteld. Intramurale protocollering dient op basis van richtlijnen te gebeuren. De commissie stelt voor dat de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) hierin het initiatief neemt.

5.f.2. Verbetering kennis medewerkers

Inleiding

Op dit moment is het verstrekken van IA-materiaal vaak de standaardaanpak. Scholing van medewerkers in de instellingen zal de kwaliteit van de zorg verbeteren. De nadruk moet liggen op het continent houden van de patiënten door betere diagnostiek en kennis over behandel- en interventiemethoden. Van belang hierbij is de aandacht en het nemen van voldoende tijd voor de toiletgang van bewoners. Daarnaast zal expliciet aandacht moeten komen voor de hygiëneproblematiek die incontinentie met zich mee brengt en de omgang met en het gebruik van IA-materaal, zoals verspreiding van bacteriën en de toename van multiresistente bacteriën.
Daarbij zal het standaardiseren van de incontinentiezorg en het uniformeren van de zorg op basis van richtlijnen kunnen bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in de mate van kwaliteit. Ook de toenemende aandacht voor het probleem bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg zal hiertoe bijdragen. Van belang is dat de kwaliteitsverbetering ook daadwerkelijk de zorg voor de individuele patiënt ten goede komt.

Voordelen

Het standaardiseren van incontinentiezorg in instellingen en het verhogen van de kennis van de medewerkers verhoogt de kwaliteit van zorg voor de patiënt met incontinentieproblemen.

Nadelen

Hiervoor moet natuurlijk wel tijd en geld beschikbaar zijn.

Organisatie

De NVVA kan een initiërende rol vervullen in het standaardiseren van de incontinentiezorg in instellingen en het verhogen van de kennis van de medewerkers, waarbij zorginstellingen de belangrijkste verantwoordelijke probleemhouders zijn.
De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn incontinentiezorg heeft een hoge prioriteit.

5.f.3. Informatievoorziening aan patiënten

Informatievoorziening en de betrokkenheid van patiënten en hun familie is een belangrijk onderdeel. Wanneer patiënten of hun familie op de hoogte zijn van de behandelmogelijkheden zal de vraag naar goede incontinentiezorg toenemen. Dit geldt ook voor patiënten in de intramurale setting (zie paragraaf 5.d.1)

6. Activiteiten DINC en ontwikkelingen

6.a. Inleiding

In de twee jaar dat de commissie actief is geweest, hebben enkele ontwikkelingen plaatsgevonden en is de commissie betrokken bij een aantal activiteiten. In de volgende paragrafen staan kort activiteiten en de ontwikkelingen beschreven.

6.b. Activiteiten DINC

6.b.1. Prevalentiemetingen

Prevalentie-metingen

Universiteit Maastricht verricht jaarlijks een prevalentiemeting decubitus. Deze meting is in 2004 uitgebreid met twee andere zorgproblemen, namelijk voeding en incontinentie. De Universiteit Maastricht heeft de commissie benaderd om mee te kijken naar de inhoud van de vragen over incontinentie. De vragenlijsten, ontwikkeld voor de prevalentiemetingen voor incontinentie, zijn op advies van de commissie op enkele punten aangepast. Vanaf 2006 gaat de Universiteit Maastricht de aangepaste lijsten gebruiken bij de prevalentiemetingen.

6.b.2. Televisieprogramma 'Onder controle'

'Onder controle' bij RTL 7

De commissie is benaderd door een onderzoeksbureau dat zich bezighoudt met een nieuw televisieprogramma van RTL 7 genaamd 'Onder controle'. Dit programma gaat over kiezen in de zorg. De commissie heeft aan de invulling van het programma meegewerkt. In het programma is aandacht besteed aan welke keuzes een patiënt heeft wanneer het gaat om incontinentie. Het programma is op 14 september 2005 en op 3 december 2005 uitgezonden.

6.b.3. Bijlage incontinentie in de Margriet

Margriet-bijlage

Het CVZ heeft een bedrag beschikbaar gesteld voor de implementatie van één van de door de deskundigencommissie aangedragen oplossingsrichtingen. Het CVZ heeft op verzoek van de commissie besloten een incontinentiebijlage van 24 bladzijden in het vrouwenblad Margriet financieel mede te ondersteunen. Initiatiefnemer en organisator van dit project is de patiëntenvereniging SBP. Met deze bijlage hoopt de commissie een groot deel van de doelgroep te bereiken. In de bijlage van dit vrouwenblad is aandacht voor wat de patiënt zelf kan doen, waar de patiënt terecht kan voor hulp etc. Ook kan het helpen het taboe te doorbreken. De Margriet + bijlage is uitgebracht in week 8 van 2006.

Taboe doorbreken en voorlichten!

6.b.4. www.KiesBeter.nl

RIVM

KiesBeter.nl is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De uitvoering ligt in handen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in samenwerking met de Consumentenbond, het CVZ, College Toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en ZonMw. Kiesbeter.nl geeft informatie en verwijzingen naar andere websites over verschillende zorgvormen. De informatie en verwijzingen bevatten alleen onafhankelijke informatie.
Het RIVM plaatst de informatie op de website, maar onderhoudt de informatie niet.

Margriet-bijlage en rapport op site

Het CVZ heeft geïnventariseerd of informatie over incontinentie past binnen het programma medische informatie van KiesBeter.nl. Dit rapport en de bijlage van de Margriet krijgen een plaats op deze site. Andere onafhankelijke informatie voor kiesbeter.nl moet van veldpartijen komen.

6.c. Ontwikkelingen

6.c.1. Farmacotherapie

Een veilige en effectieve farmacotherapeutische oplossing zou veel waarde toevoegen aan het huidige arsenaal van therapieën. Daarom zit de geneesmiddelenindustrie niet stil. Er vindt op dit moment onderzoek plaats naar nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van stressincontinentie. Ook bij urge incontinentie zijn nieuwe medicijnen in ontwikkeling die voordelen lijken te hebben ten opzichte van bestaande farmaca.
Een knelpunt bij het gebruik van geneesmiddelen is de mate van therapietrouw. Dit is ook terug te vinden bij andere behandelvormen, zoals bekkenfysiotherapie. Een goed werkend medicijn met weinig bijwerkingen zal de therapietrouw verhogen.

Botox

Een andere mogelijke behandeling is de behandeling met Botox. Dit is een nog vrij nieuwe behandelingsvorm en is bedoeld voor patiënten met ernstige klachten en die niet reageren op andere behandelingsvormen.

6.c.2. Internationale patiëntenvereniging

Internationale patiënten-vereniging

Medio 2005 was er in Rome een eerste internationale bijeenkomst van patiëntenverenigingen voor incontinentie. Daarbij is besloten een wereldwijde patiëntenvereniging op te richten. Nederland is daarbij met twee mensen vertegenwoordigd in het bestuur. In december 2005 zijn de statuten getekend en is de World Federation of Incontinence Patients (www.wfip.org) officieel van start gegaan. Het doel van deze internationaal opererende patiëntenvereniging is om de bestaande kennis internationaal te bundelen, meer bekendheid te geven aan incontinentie en de behandelingsmogelijkheden en het taboe te doorbreken. Ook bestaat hierdoor een situatie,

Informatie

waarbij informatie over incontinentiezorg in de verschillende

uitwisselen

landen gemakkelijk is uit te wisselen. Verschillen in aanpak van de problematiek en verzekerd pakket zijn daarbij te traceren. Bij het inslaan van nieuwe wegen kan deze informatie van grote betekenis zijn.

6.c.3. Verhouding gebruikers IA-materiaal naar absorptiecapaciteit

Het GIP heeft in opdracht van de DINC inzicht gegeven in het gebruik van IA-materialen naar absorptiecapaciteit. Het GIP heeft hierbij gebruik gemaakt van de indeling van Nigella (Bever hulpmiddelendatabank). Deze indeling is gebaseerd op functionele eigenschappen van het materiaal. Hiermee was het mogelijk om 92% van de gebruikers van IA-materiaal uit de steekproef van de GIP in te delen in 5 categorieën.
In onderstaande tabel is de verdeling van het aantal gebruikers van IA-materiaal uit de steekproef naar de 5 door Nigella gehanteerde categorieën. De cijfers hebben betrekking op het jaar 2004 en de omvang van de steekproef was in dat jaar gemiddeld 5,8 miljoen ziekenfondsverzekerden. Het totaal aantal gebruikers van IA-materiaal in 2004 is door het GIP geraamd op 417.000. Omdat een verzekerde in een kalenderjaar IA-materiaal uit meer dan één categorie kan gebruiken, is de som van de categorieën groter dan 100%.

Tabel: verdeling gebruikers IA-materiaal uit GIP-steekproef naar indeling Nigella in 2004

Categorie Nigella	Omschrijving Nigella	% gebruikers GIPsteekproef
1. Druppel- tot lichte absorptie	Beperkte absorptiecapaciteit, variërend van 80 – 250ml. Te gebruiken bij druppelsgewijs urineverlies, of verlies van af en toe kleine hoeveelheden urine.	33%
2. Licht- tot matige absorptie	Beperkt vermogen andere stoffen op te nemen en vast te houden. Te gebruiken bij (regelmatig) verlies van kleine hoeveelheden urine.	46%
3. Matig- tot middelzware absorptie	Vermogen om andere stoffen op te nemen en vast te houden. Te gebruiken bij verlies van scheuten tot flinke scheuten urine.	37%
4. Zware tot dubbele absorptie	Groot vermogen om andere stoffen op te nemen en vast te houden. Te gebruiken bij verlies van grote hoeveelheden urine en/of ontlasting.	4%
5. Zware tot dubbele absorptie, uitsluitend voor de nacht.	Groot vermogen om andere stoffen op te nemen en vast te houden. Te gebruiken bij verlies van grote hoeveelheden urine en/of faeces gedurende de nacht.	4%
Niet ingedeeld		8%

Bron: *GIP/College voor zorgverzekeringen*

Groot gebruik lichte materialen

Uit de tabel blijkt dat het grootste deel van de verzekerden uit de steekproef gebruik maakt van IA-materiaal bedoeld voor een lichte vorm van incontinentie. Dit komt volgens de commissie overeen met de ervaringen in het veld.

Afname verwacht

De commissie verwacht dat bij een goede behandeling van incontinentie een afname is te verwachten van het gebruik van IA-materialen voor een lichte vorm van incontinentie. Het aantal gebruikers zal door goede behandeling verminderen. Ook is een verlaging van het aantal materialen per gebruiker te verwachten. Het zwaartepunt van bovenstaande tabel zou kunnen verschuiven naar categorie 3/4. De categorie 1 en 2 zullen echter nooit uitkomen op 0%. Dit komt doordat de behandeling bij een deel van de patiënten slechts gedeeltelijk voor verbetering zorgt en bij andere patiënten geen verbetering te verwachten is.

6.c.4. Incontinentie meer aandacht in ouderenzorg

Incontinentie aandachtsgebied

Incontinentiezorg is als aandachtsgebied opgenomen in de notitie “Op weg naar normen voor verantwoorde zorg” van Arcares, NVVA, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden en STING (landelijke beroepsvereniging verzorgenden) en in het “Zorg voor beter” programma van VWS. Dit zal een impuls geven om meer zicht te krijgen op “best practice incontinentie-zorg” in de algemene geriatrie. Deze impuls tot verbetering zal nog versterkt worden door de extra aandacht die de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat geven aan de incontinentiezorg zoals die wordt verleend in verzorgings- en verpleeghuizen.

7. Afronding activiteiten Commissie

7.a. Reorganisatie CVZ

In verband met de komst van de Zorgverzekeringswet en een hieruit voortvloeiende herschikking van taken, heeft het CVZ een beperkter takenpakket gekregen. Dit gaat samen met een beperking van de menskracht bij het CVZ (aanzienlijke reductie aantal medewerkers).

Pakketbeheer

Eén van de taken die het CVZ heeft is de taak pakketbeheer. Pakketbeheer heeft de volgende doelen:

- zorgdragen voor een passend pakket bij de maatschappelijke behoeftes;
- bevorderen van eenduidige uitleg van pakket;
- streven naar betaalbare zorg op langere termijn;
- zorgen voor goede afstemming Zvw en AWBZ en overige wetgeving;
- voorkomen van negatieve systeeminvloeden op het pakket (als gevolg van elkaar beïnvloedende wet- en regelgeving);
- zorgdragen voor een samenhangende zorg voor de verzekerde;
- zorgdragen dat verzekerden passende zorg krijgen.

Overige taken CVZ

De overige (meer uitvoerende) taken zijn fondsbeheer, verzekeraarfinanciering en uitvoering.

7.b. Gevolgen voor commissie

De doelstellingen en taken van de commissie zijn verdergaand en breder dan de beperktere taken van het CVZ. Daarnaast heeft het CVZ niet langer de menskracht om commissies als deze te faciliteren. Het CVZ heeft daarom moeten besluiten de activiteiten van de commissie voortijdig te beëindigen. Daarom is gevraagd al in eind 2005 een eindverslag aan het CVZ uit te brengen.

Vroegtijdig beëindigen

Hierdoor is een aantal aspecten niet of te beperkt aan bod gekomen. Zo is nauwelijks tijd geweest voor de opzet van een plan tot implementatie van de aangedragen oplossings-richtingen. Daarnaast is de taak van de commissie om onderzoek te doen naar de wenselijkheid van een Hulpmiddelen Kompas Incontinentie en eventuele begeleiding van de totstandkoming van dit kompasonderdeel niet gerealiseerd.

8. Conclusies Commissie

Hieronder staan de belangrijkste conclusies van de commissie op basis van de knelpuntenanalyse:

Probleem toegang

- Patiënten ervaren de huidige incontinentiezorg als hoogdrempelig.
- Patiënten krijgen in het algemeen beperkte aandacht van de huisarts, doordat deze beschikt over te weinig tijd en weinig specifieke kennis.
- Incontinentie vergt gespecialiseerde zorg. Deze zorg is voorhanden (bekkenfysiotherapie, incontinentie-verpleegkunde en enkele multidisciplinaire centra), maar de toegang tot deze zorg is nog onvoldoende geregeld.

Pakketprobleem

- Het huidige aansprakenpakket voor de diagnose en behandeling van incontinentie is naast de stand van de wetenschap gelegd. Opvallend is dat de aanspraak op bekkenfysiotherapie voor incontinentie niet in het basispakket is opgenomen. Bekkenfysiotherapie is een niet-invasieve therapie zonder bijwerkingen. Volgens de literatuur en de richtlijnen is dit de eerst aangewezen behandelvorm bij vrouwen met stressincontinentie. Andere duurdere of mindere effectieve behandelvormen vallen wel onder de aanspraak.

Informatie-probleem

- Incontinentie zit nog altijd in de taboesfeer. Een groot deel van de patiënten zoekt geen hulp uit schaamte of onwetendheid.
- Gebleken is dat artsen en patiënten niet of onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijk effectieve behandelmethoden.

NHG-standaard

- De NHG-standaard is op dit moment nog niet up-to-date. De commissie is van mening dat huisartsen bij voorkeur niet zelf instructie geven over bekkenbodemspier-oefeningen en blaastraining, maar dat ze patiënten hiervoor direct doorverwijzen. Daarnaast moet de behandeling met oestrogenen geschrapt worden uit NHG-standaard.

Intramurale problemen

- In de intramurale setting is er bij overdracht van patiënten onvoldoende aandacht voor incontinentie.
- Intramurale zorgverleners zijn onvoldoende op de hoogte van behandelmogelijkheden.

9. Aanbevelingen Commissie

Hieronder staan de belangrijkste aanbevelingen van de commissie aangegeven voor het oplossen van de gesignaleerde problemen:

9.a. Laagdrempelige zorg

Laagdrempelige zorg

- *Opleiding inco-verpleegkundigen standaardiseren en kwaliteit zorg waarborgen.*
- *Daarna en daarnaast de zelfstandige positie van inco-verpleegkundigen vorm geven in aanspraken.*

Voorwaarden bij het verkrijgen van laagdrempelige zorg is dat er gespecialiseerde zorgverleners zijn in de buurt van de patiënt. Deze aanspreekpunten moeten wel direct toegankelijk (zonder verwijzing) zijn. De commissie is van mening dat bekkenfysiotherapeuten en inco-verpleegkundigen mogelijke laagdrempelige aanspreekpunten kunnen zijn. Vanaf 2006 zijn de bekkenfysiotherapeuten direct toegankelijk. Dit geldt niet voor de extramuraal werkende inco-verpleegkundigen. Hiervoor zou dat toegangsrecht in de basiszorg geregeld moeten zijn. Voorwaarde hiervoor is dat de opleiding tot inco-verpleegkundigen gestandaardiseerd is en de kwaliteit van zorg gewaarborgd.
Een andere genoemd gespecialiseerd aanspreekpunt is een multidisciplinair centrum voor bekkenproblemen. Deze is direct toegankelijk, maar op dit moment nog redelijk onbekend bij de doelgroep en daarnaast moeten patiënten vaak ver reizen om bij een centrum te komen.

9.b. Bekkenfysiotherapie

Bekkenfysio-therapie in pakket

- *Bekkenfysiotherapie voor incontinentie opnemen in basispakket.*

In een 'passend pakket' voor incontinentiezorg hoort de aanspraak op bekkenfysiotherapie voor incontinentie geregeld te zijn. Bekkenfysiotherapie is op het moment de eerst aangewezen behandelmethode bij incontinentie, omdat deze effectief is en non-invasief. Bekkenfysiotherapie zal tot een afname van het gebruik van IA-materialen leiden en een toename van de kwaliteit van leven.

9.c. Patiëntvoorlichting

Patiëntvoorlichting

- *Onafhankelijke informatie over behandelmethoden moet beschikbaar komen voor patiënt.*
- *Taboe doorbreken door landelijke informatievoorziening over incontinentie (bijvoorbeeld Postbus 51).*

Wanneer een patiënt beter op de hoogte is van de behandelmogelijkheden, kan hij/zij gericht een oplossing voor de problemen zoeken. Dit kan het permanente gebruik van materialen terugdringen en de kwaliteit van leven verbeteren. Met meer financiële middelen kunnen de patiëntenorganisaties invulling geven aan deze rol. Op dit moment draaien de

patiëntenorganisaties op vrijwilligers. Hiermee is het moeilijk om de hele doelgroep te bereiken.
Daarnaast kan de portal van het RIVM (www.kiesbeter.nl) bijdragen aan de totstandkoming en verspreiding van onafhankelijke informatie.

9.d. Huisarts

De NHG-standaard aanpassen op de volgende punten:

Taak huisarts wijzigen

- *De huisarts diagnosticeert en geeft bij voorkeur niet zelf instructie over bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining maar verwijst direct door.*
- *De behandeling met niet effectieve oestrogenen schrappen.*

In de organisatie van de zorg is winst te behalen via verlichting van de taak van de huisarts. Op dit moment is de huisarts in de NHG-standaard de eerst aangewezen persoon om de patiënt te behandelen en voor te lichten. De commissie stelt voor dat de huisarts een diagnose stelt en bij voorkeur niet zelf instructie geeft over oefeningen en blaastraining maar doorverwijst naar een bekkenfysiotherapeut, inco-verpleegkundige of multidisciplinair centrum. In LTA's en LESA's kunnen werkafspraken worden geformuleerd over verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg. Van het grootste belang is dat hierbij een heldere invulling van het incontinentie zorgproces tot stand komt.

9.e. Intramuraal

- *Opstellen transmurale afspraken en overdracht patiëntgegevens*

Voor het verbeteren van de intramurale incontinentiezorg is het belangrijk dat er landelijke en regionale transmurale afspraken komen. Hierin dient onder andere geregeld te zijn dat incontinentie een vast aandachtsgebied is bij de overdracht van patiënten.

- *Ontwikkeling multidisciplinaire richtlijn incontinentie*

Het kennisniveau van een deel van de medewerkers is op dit moment voor verbetering vatbaar. Vaak is het verstrekken van IA-materiaal de standaardbehandelmethode. Het standaardiseren van de incontinentiezorg in instellingen kan bijdragen aan een hoger kennisniveau van medewerkers. De NVVA kan hierin een initiërende rol vervullen.

Multidisciplinaire richtlijn

De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn incontinentiezorg heeft een hoge prioriteit.

9.f. Slotopmerking DINC

De commissie DINC heeft met deze rapportage nog geen volledig beeld van de incontinentiezorg kunnen schetsen. De opdracht van het CVZ is beperkt gebleven tot een inventarisatie van de ondervonden problemen en het geven van oplossingsrichtingen. Niettemin meent de commissie met de conclusies en aanbevelingen van dit rapport voorstellen aan te dragen, die de incontinentiezorg kunnen verbeteren.

Het credo is daarbij dat een differentiatie en specialisatie van deze zorg het resultaat van de zorg voor de patiënt in aanzienlijke mate kan verbeteren.
Daarmee neemt aan de ene kant de kwaliteit van leven toe door betere participatiemogelijkheden, maar kunnen anderzijds door doeltreffender en doelmatiger incontinentie-zorg ook de kosten een reductie ondergaan. De commissie pleit daarom in beleidsmatige en zorginhoudelijke zin voor ‘Attentie voor incontinentie’.

Bijlage

Afkortingen
AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CTZ = College Toezicht op de zorgverzekeringen
CVZ = College voor zorgverzekeringen
DINC = Deskundigencommissie Incontinentie
GIP = Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
IA-materiaal = Incontinentie-absorptiematerialen
KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LESA = Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
LTA = Landelijke Transmurale Afspraken
Nefarma = Nederlandse Vereniging van de Researchgeoriënteerde Farmaceutische Industrie
NEFEMED = Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten
NHG = Nederlandse Huisartsen Genootschap
NPCF = de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVFB = Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre en postpartum gezondheidszorg
NVOG = Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVU = Nederlandse vereniging voor Urologie
NVVA = Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
SBP = Stichting Bekkenbodem Patiënten
TVT = Tension-free Vaginal Tape
VNIV = Vereniging Nederlandse Incontinentieverpleegkundigen
WFIP = World Federation of Incontinence Patients
ZN = Zorgverzekeraars Nederland
Zvw = Zorgverzekeringswet

Websites beroepsgroepen DINC
Nefemed = www.nefemed.nl
Nefarma = www.nefarma.nl
NHG = www.nhg.artsennet.nl
NVVA = www.nvva.artsennet.nl
NVFB = www.nvfb.nl
NVOG = www.nvog.nl
NVU = www.nvu.nl
SBP = www.bekkenbodem.net
VNIV= www.vniv.nl
ZN = www.zn.nl

Bronnen

- Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, et al. Prevalence of urinary incontinence. BMJ 1980; 281: 1243-5.
- CVZ. Urine incontinentie bij volwassenen publicatienummer 2003/147
- Williams KS, Assassa RP, Cooper NJ, Turner DA et al. The Leicestershire MRC Incontinence Study Team. Clinical and cost-effectiveness of a new nurse-led continence service: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2005 Sep;55(518):696-703.
- Gezondheidsraad. Urine-incontinentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatienummer 2001/12

margriet

Alles over de bekkenbodem

De 15 meest gestelde vragen over de blaas • Verklein de kans op bekkenpijn tijdens en na de zwangerschap • Zo kwam Yvonne van haar blaasproblemen af • Tips en oefeningen

Wist u dat er meer dan
1 miljoen Nederlanders last
hebben van ongewild urine-
of ontlastingverlies?

Blijf er niet mee zitten. Er is meer aan te doen dan u denkt.

Neem contact op met de
Stichting Bekkenbodem Patiënten
en word donateur.

☎ 0900-1111 999 (€ 0,45 per minuut)
of kijk op www.bekkenbodem.net

De Stichting Bekkenbodem Patiënten is er voor u.
Om te luisteren en te helpen.

Ook voor mensen met prostaatklachten, seksuele problemen,
darmklachten en andere bekkenbodemproblemen.

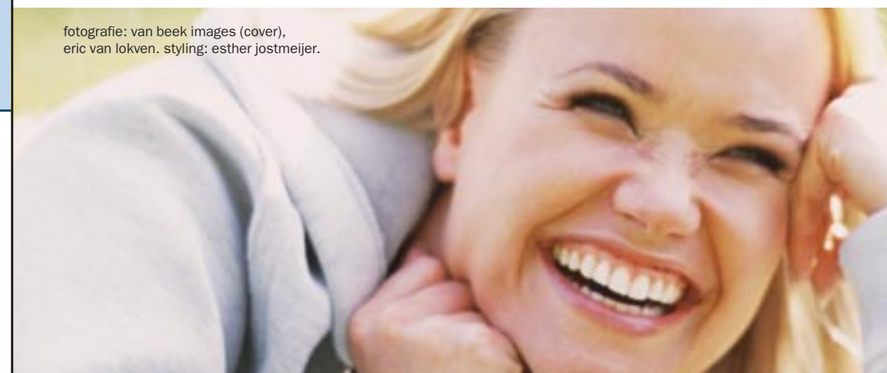
SBP
Stichting Bekkenbodem Patiënten
Stationsplein 6, 3818 LE Amersfoort

Anneliese

Bekkenbodemproblemen. Eén miljoen mensen in Nederland hebben er last van, zo las ik tot mijn verbazing. Eén miljoen! Dus als je uitgaat van zo'n twaalf miljoen volwassenen, één op elke twaalf. De meesten zijn vrouwen en dus bekent dat in elke vriendinnengroep minstens één en op elk familiefeestje minstens twee. Hoe komt het dan dat ik daar zo weinig over hoor? Op verjaardagen komen toch echt zo ongeveer alle onderwerpen voorbij, van opvoedproblemen tot geldzorgen. Tijdens vriendinnenuitjes gaat het gesprek net zo makkelijk over de lijn als over onze mannen. Maar problemen met plassen, vaak het gevolg van een slecht functionerende bekkenbodem, nee dat onderwerp was ik nog niet tegengekomen in dit soort gezelschappen. Tot iemand een keer begon over de handige gids die de *Stichting Bekkenbodem Patiënten* ooit heeft gemaakt: een wegwijzer naar de toiletten in de grote winkelsteden. Ja, toen kwamen de tongen los. Een vriendin bleek precies te weten waar in haar stad alle voor het publiek toegankelijke toiletten waren. En dat niet alleen: ze kon er ook bij vertellen welke een aangenaam verblijf bieden en welke niet. Een andere vriendin vertelde dat ze in de stad nog steeds de wc's opzoekt in de universiteitsgebouwen waar ze vroeger als studente kwam. En een derde gaat gewoon prinsheerlijk plassen bij de chicste hotels op haar winkelroute. Zij bleken dus wel degelijk 'plasproblemen' te hebben, in de vorm van heel vaak naar de wc moeten, ofwel een overactieve blaas. Best mee te leven, maar ook vaak lastig. Net als die andere bekkenproblemen waarvan dus zo veel vrouwen last hebben, variërend van een paar druppels urine verliezen als je een sprintje trekt,tot heftige bekkenpijn of incontinentie. Onze moeders liepen er vroeger gewoon mee door; ze gebruikten hun eigen noodoplossingen en spraken er verder niet over. Gelukkig zijn de vrouwen van nu mondig genoeg om wél om hulp te vragen. En gelukkig leven we in een tijd waarin er ook prima oplossingen zijn voor de meeste klachten. Als je maar de weg weet. Daarom ben ik blij met deze bijlage in *Margriet*, die we samen met de *Stichting Bekkenbodem Patiënten* hebben gemaakt. In de bijlage staan openhartige verhalen van vrouwen over de problemen die ze hadden en de oplossingen die ze daarvoor vonden. Ook vindt u heel veel informatie, tips en behandelmethoden, plus het nodige over vergoeding daarvan door de zorgverzekeraars. Een bijlage die de weg wijst, niet naar de beste toiletten van Nederland, maar wel naar de beste oplossingen voor een probleem waarmee zó veel vrouwen te maken hebben.

Anneliese Bergman, hoofdredacteur Margriet

4 'Ik word ouder, dit zal er wel bij horen, dacht ik.' **Drie vrouwen** over incontinentie
8 Alles over blaasproblemen. **15 vragen én antwoorden**
12 **Dit houdt mij bezig**. Een vrijwilligster vertelt
13 Lekker en gezond: smoothie met **cranberry**
14 'Na mijn **bevalling** had ik het gevoel dat mijn bekken met losse schoeven aan elkaar zat'
18 Alles onder controle dankzij deze slimme **tips en oefeningen**
22 **Het allerlaatste nieuws** over bekkenbodemproblemen
24 Word **donateur** van de SBP en maak kans op een weekend of midweek weg



fotografie: van beek images (cover),
eric van lokven. styling: esther jostmeijer.

Dit is een bijlage bij Margriet 8/2006, geproduceerd in samenwerking met de Stichting Bekkenbodem Patiënten (SBP), Stationsplein 6, 3818 LE Amersfoort, info@bekkenbodem.net, **www.bekkenbodem.net**, 0900 – 11 11 999 (€ 0,45 p.m.).
Redactionele productie en coördinatie
Annemie de Vries
Met dank aan
College voor zorgverzekeringen, Johnson & Johnson Medical BV, Ocean Spray®, SCA Hygiene Products BV, UCB Pharma BV
Vormgeving
Annemarie Zandbergen
Eindredactie
Leontine Haverhals (chef), Martine van Drongelen, Laura Kraeger, Ilona Oerlemans

‘Ik word wel ouder, dit zal er bij horen, dacht ik’

Wat moet dat heerlijk zijn, als je ontdekt dat de oplossing van een groot probleem eigenlijk heel simpel is. Tegen al je verwachtingen in. Dat geldt zeker voor incontinentie.

Yvonne van den Brink (34) | getrouwd | 2 kinderen van 7 en 5.

“Vlak na de geboorte van mijn jongste kind merkte ik dat ik geregeld urine verloor en heel vaak moest plassen. Maar het beheerste mijn leven niet echt, dacht ik. Ik dacht steeds: het valt allemaal wel mee, het is niet zo erg bij mij. Mijn omgeving merkte er niets van en ik had ook niet het idee dat anderen het roken, daarvoor verloor ik te weinig urine. De urine ving ik op met inlegkruisjes, want incontinentiemateriaal was me een stap te ver en zou een bevestiging zijn geweest van mijn probleem. Ik deed er dus niets aan en sprak er niet over, maar paste ondertussen wel mijn leven erop aan. Dat zie ik vooral achteraf heel duidelijk.
’s Ochtends, voordat ik de kinderen naar school bracht, was ik bijvoorbeeld al vijf keer naar het toilet geweest. Het ging dan steeds om maar kleine beetjes, maar dan kon ik in ieder geval nog boodschappen doen nadat ik de kinderen had weggebracht.
Toch kwam er een moment waarop ik dacht: nu moet er wat aan worden gedaan. Dat was toen ik een keer net naar het toilet was geweest, terugliep naar de kamer, moest niezen en meteen weer urine verloor. Bovendien merkte mijn man in diezelfde periode dat ik ook tijdens het vrijen urine verloor. Dat was letterlijk en figuurlijk de druppel. Hoewel mijn man het niet erg vond, geneerde ik me. Ik voelde me minder vrij en dacht: hier ben ik te jong voor, dit wil ik niet meer. Mijn man stimuleerde me toen wel om er wat aan te doen.
Mijn huisarts verwees me door naar de gynaecoloog die me op zijn beurt weer doorverwees naar de uroloog. De uroloog attendeerde me op de mogelijkheid van een operatie, maar daarover had ik mijn twijfels. Daarom ging ik eerst naar de bekkenfysiotherapeut om mijn bekkenbodem te trainen. Na vijf maanden was echter duidelijk dat dat mij niet afdoende hielp. Na een vakantie, waarin ik minder trouw mijn oefeningen deed, was ik namelijk weer terug bij af. Een vriendin attendeerde me toen op Alant Vrouw, een gespecialiseerd centrum voor bekkenbodemproblemen. De gynaecoloog daar vroeg: ‘Spring je nog wel eens touwtje met je kinderen?’ Ik realiseerde me dat ik dat niet meer deed. Hinkelen? Ook nu deed mama even niet mee! De gynaecoloog verwoordde het heel treffend: ‘Dat soort dingen ga je ontlopen.’ Toen was ik overtuigd en was de operatie binnen een week geregeld.
Ik ben geopereerd in juni 2004. Er is toen een bandje om mijn plasbuis geplaatst, volgens de TVT-methode. Het was een heel simpele ingreep die werd uitgevoerd met een ruggenprik; nog dezelfde dag was ik weer thuis. Uit angst voor pijn vond ik het spannend om die eerste keer weer te gaan plassen, maar ik voelde daar echt helemaal niks van. Ik mocht alleen de eerste twee tot drie weken niet tillen. De operatie had meteen resultaat: geen urineverlies meer en niet meer continu naar het toilet. Als ik dat had geweten, had ik er veel eerder voor gekozen! Wel moest ik mijn plasgedrag aanpassen. In het begin vroeg ik me af: heb ik nu echt aandrang of ga ik voor de zekerheid? Vaak bleek dat ik inderdaad alleen voor de zekerheid ging. Dat is nu over, mijn plasgedrag is weer normaal en ik betrap me er soms op dat ik op een dag maar een paar keer naar het toilet ben geweest.
Hoewel ik voor de operatie met vrijwel niemand sprak over mijn bekkenbodemprobleem, ben ik er nu tamelijk open over. En wat blijkt? Veel jonge vrouwen om mij heen hebben hetzelfde probleem. Ik krijg vaak vragen. ‘Wat voor operatie heb je gehad?’ Of: ‘Waar ben je geweest?’ En: ‘Doet het pijn?’ Iedere jonge vrouw met dit probleem kan ik aanraden om zich te laten opereren als iets anders niet helpt. Je hoeft er niet mee door te lopen, dat is zo zonde. Afgelopen weekend liep ik met mijn kinderen door het bos. Toen was het: ‘Kom op, mam, we gaan even rennen!’ Dan trek ik rustig een sprintje. Het probleem speelt nu niet meer voor mij, maar op zulke momenten denk ik er wel even aan terug. Dan realiseer ik me dat de kwaliteit van mijn leven een stuk is verbeterd.”

‘Rennen en hinkelen met de kinderen, die leuke dingen ging ik allemaal ontlopen’

‘Voordat ik de deur uitging, was ik ’s morgens al tien keer naar de wc geweest’

Marloes Scheepsbouwer (46) | 2 dochters.

“De afgelopen vijf jaar sloop het erin: ’s morgens wel tien keer naar het toilet en zeker nog even snel plassen voor het golfen of tennissen. Dat ik af en toe wat urine verloor, vooral bij het sporten of hoesten, daaraan raakte ik gewend. Als ik op stap ging, nam ik altijd een verschoning mee. In eerste instantie gebruikte ik inlegkruisjes, maar al gauw werkten die niet meer: de inlegkruisjes konden de hoeveelheid vocht niet aan. Toen heb ik via een advertentie een proefpakket incontinentiemateriaal opgevraagd. Dat beviel prima, dus ben ik het daarna gewoon in de supermarkt en bij de drogist gaan kopen. Ik heb daar niet zo’n probleem mee. Zeker sinds het overlijden van mijn man kan ik zoiets als urineverlies goed relativeren. Het is toch een bekend vrouwenprobleem? Daarvoor hoef ik me, naar mijn idee, niet te schamen. Op een gegeven moment vond een vriendin dat het niet normaal was, zo vaak als ik moest plassen. Zij is verpleegkundige en raadde me aan om naar de huisarts te gaan voor een doorverwijzing naar een specialist. De huisarts reageerde heel goed. Ze vertelde me over een incontinentiepoli waarover zij goede verhalen had gehoord. Zo kwam ik bij de uroloog terecht. Een prettige man die me uitgebreid uitlegde wat er aan de hand was. Ik bleek een overactieve blaas te hebben en stressincontinentie. Dat laatste kwam vooral door een verzwakte bekkenbodem, ontstaan door de twee bevallingen van mijn kinderen. Hij verwees me door naar een bekkenfysiotherapeute.

De oplossing voor mijn plasprobleem bleek heel simpel: ik moest anders gaan plassen. Ik leerde dat ik rechtop op het toilet moet zitten en rustig en bewust mijn blaas helemaal moet leegplassen. Dit had en heeft bij mij veel resultaat, ik ga lang niet meer zo vaak naar het toilet. Als ik na half negen ’s avonds niets drink, kan ik zelfs de hele nacht doorslapen. Voor mijn tweede probleem, het urineverlies bij het sporten, tillen en hoesten, heb ik van de bekkenbodemfysiotherapeute oefeningen gekregen om mijn bekkenbodemspieren te verstevigen. Die moet ik elke dag doen en dat is best moeilijk, ik weet niet of ik het ga volhouden. Mocht dat niet lukken, dan ga ik weer naar de uroloog. Misschien besluit ik dan om me te laten opereren, dan wordt mijn plasbuis met een bandje verstevigd. De uroloog vertelde me dat het een relatief eenvoudige ingreep is. Als ik daarmee geholpen ben, zie ik er niet tegenop.
Zolang ik nog last heb van urineverlies, gebruik ik incontinentiemateriaal, daar ben ik heel tevreden over. Toen ik inlegkruisjes gebruikte, had ik regelmatig last van een schimmelinfectie. Nu ik het juiste materiaal gebruik, heb ik er nooit meer last van. Inmiddels koop ik het trouwens niet meer zelf, ik krijg het toegestuurd door een medisch speciaalzaak. Ik heb een klantnummer en kan bellen als ik weer iets nodig heb. Op deze manier wordt het vergoed door mijn zorgverzekeraar. Maar hopelijk heb ik het op een dag niet meer nodig. Aan urineverlies is gelukkig van alles te doen, dat is mij wel duidelijk geworden.”

‘Veel vrouwen met incontinentie denken dat ze er maar mee moeten leven’

Uroloog Pieter Venema: “Er rust een groot taboe op incontinentie. Wanneer ik mijn patiënten ernaar vraag, blijkt tachtig tot negentig procent zich ervoor te schamen. Vaak hebben vrouwen al veel aanpassingen in hun leven gedaan voordat ze naar een specialist durven stappen. Ze gaan bijvoorbeeld niet meer naar het theater of naar gymnastiek. Dit komt doordat er over incontinentie veel vooroordelen bestaan en onwetendheid is. Dit moeten we veranderen door voorlichting te bieden en vrouwen nuttige adressen te geven.
In de eerste lijn kan vijftig tot zestig procent van de mensen met incontinentie zodanig worden geholpen dat ze er goed mee uit de voeten kunnen. Zo kan de incontinentieverpleegkundige – bij voorkeur gekoppeld aan een huisartsenpraktijk – instructies geven over incontinentiemateriaal, plashouding en drinken. Daarna horen vrouwen met incontinentieproblemen naar de bekkenfysiotherapeut te gaan. Pas als dit alles onvoldoende werkt, komt de uroloog of gynaecoloog in beeld.
Als uroloog kan ik andere behandelingsmethoden aanreiken, bijvoorbeeld de TVT-procedure bij stressincontinentie, inspuiting in de ureter of het veranderen van de medicatie bij een overactieve blaas. Twee jaar geleden heb ik een poliklinisch continentiecentrum opgericht in het Haga Ziekenhuis in Den Haag. Patiënten die bij ons komen, krijgen meteen een lang gesprek met de incontinentieverpleegkundige en maken een afspraak met de bekkenfysiotherapeut. Heel belangrijk vind ik dat patiënten bij ons aandacht krijgen, iedereen die bij ons werkt heeft ‘liefde’ voor incontinentie. Eigenlijk zou incontinentie overal zo behandeld moeten worden: met kennis van zaken en met voldoende tijd en aandacht voor de patiënt.”

‘Je gaat op theevisite bij je vriendin niet opeens zeggen: ‘Ik moet zo vaak plassen, heb jij dat nou ook?”

Ineke Vierhout (55) | getrouwd | 2 dochters van 26 en 30.

“Jarenlang heb ik dag en nacht het gevoel gehad dat ik moest plassen. Steeds voelde het alsof er een enorme plas aan zat te komen, maar als ik dan naar het toilet ging, kwam er maar een beetje. Ik dacht dat dat kwam door een aantal eerdere problemen. In 2000 kwam ik terug van vakantie met een blaasontsteking. Daar liep ik zo lang mee door dat het een urineweginfectie werd. In dezelfde periode viel ik van de trap, met een hersenschudding als gevolg. Toen de urineweginfectie en de hersenschudding waren verdwenen, bleef ik zitten met dat plasprobleem. Ik merkte bovendien dat ik af en toe wat urine verloor als ik moest niezen of hoesten. Ik zag het als een overblijfsel van de infectie en hersenschudding. En ook dacht ik: ik word ouder, dit zal er wel bij horen. Je hoort immers vaak dat vrouwen in de overgang last hebben van urineverlies en een gevoelige blaas.
Ik deed er dus niets aan, ik gebruikte wat vaker inlegkruisjes en leerde ermee te leven. Uiteindelijk wende ik aan het gevoel steeds te moeten plassen, maar het bleef heel vervelend. Als ik bijvoorbeeld met mijn man een lange fietstocht ging maken, ging ik voor we op de fiets stapten naar het toilet en vlak daarna moest ik alweer. Maar ik heb mezelf aangewend het te negeren.
Vorig jaar september ben ik toch bij de uroloog terechtgekomen. Ik was in die tijd onder behandeling van een neuroloog vanwege andere klachten. Die vroeg mij of ik nog ergens anders last van had. Toen heb ik aangegeven dat ik zo vaak moest plassen. De neuroloog verwees me naar de uroloog. Ik vond het eigenlijk wel prettig dat ik nu eens mijn verhaal kwijt kon. En toen bleek dat er wel degelijk iets aan gedaan kon worden! Ik was heel verbaasd, ineens had ik een heel ander perspectief. Ik wist daarvoor niet beter dan dat ik met dit probleem moest leven. Ik had er eerder met niemand over gesproken, juist omdat ik dacht dat het erbij hoorde en ook omdat ik er niemand mee wilde lastigvallen. Ik schaam me nergens voor, hoor, maar je gaat op theevisite bij je vriendin niet opeens zeggen: ‘Ik moet zo vaak plassen, heb jij dat nou ook?’
De uroloog schreef mij een medicijn voor een overactieve blaas voor. Dat wordt via een pleister die je op je heup of buik plakt, toegediend. Na een week of twee begon ik de werking ervan te merken en ik ben er nu heel enthousiast over. Ineens had ik niet meer steeds het gevoel dat ik naar het toilet moest. Heel bevrijdend! Ik doe ook nog steeds oefeningen om mijn blaas te trainen. Zo moet ik bijvoorbeeld zo lang mogelijk niet plassen en ook niet vlak voordat ik de deur uit ga. Dat is best wennen als je vijftig jaar lang niet anders gedaan hebt. Maar langzaam gaat dat steeds beter. Ik ben heel blij dat dat vervelende gevoel weg is. Ik voel me heerlijk. En hoewel mijn man er zelf niet veel last van had, vindt hij het ook prettig voor mij dat er iets aan wordt gedaan.”

tekst: marianne wenneker/maremedia.
fotografie: marjolein volmer

15 vragen over blaasproblemen

Omdat u dit misschien liever niet met vriendinnen bespreekt, omdat naar de dokter gaan soms ook weer zo'n stap is. En omdat u het wél wilt weten. Daarom dus deze vragen en antwoorden.

Ik verlies wel eens wat urine, ben ik dan incontinent?

Urine-incontinentie betekent dat iemand ongewild urine verliest. Er zijn verschillende vormen van urine-incontinentie. Bij inspannings- of stressincontinentie wordt ongewild urine verloren bij bewegingen als lachen, niezen, dansen of iets optillen. 1 op de 7 vrouwen heeft dit. Bij aandrang- of urge incontinentie wordt urine verloren samen met, of voorafgegaan door een plotselinge, hevige aandrang om te plassen. Deze vorm wordt vaak gezien bij een overactieve blaas, waarbij iemand ook meer dan acht keer per dag moet plassen. Bij gemengde incontinentie is er last van stressincontinentie en urge incontinentie. Bij overloopincontinentie verliest iemand de hele tijd urine, ook 's nachts. Ze voelt wel aandrang, maar het lukt niet om op een normale manier alles uit te plassen. Hierdoor blijft de blaas te vol. Deze incontinentievorm komt niet vaak voor.

Is er iets te doen tegen urineverlies?

Ongewild urineverlies door inspannings- of aandrangincontinentie is goed te behandelen met bekkenfysiotherapie. U leert dan uw bekkenbodemspieren beter te beheersen. Soms vult de therapeut de training aan met 'biofeedback'. Daarbij wordt met een elektrode die is aangebracht in de vagina of de anus de spanning van de bekkenbodem zichtbaar gemaakt op een scherm. Dit geeft een goed inzicht in de kracht van de spier. Ook adviezen over goed 'toiletgedrag' kunnen onderdeel zijn van de behandeling, net als adviezen over drinkgedrag. Uw huisarts kan bepalen of fysiotherapie voor u helpt. Zelf kunt u ook zonder verwijzing een afspraak maken met een bekkenfysiotherapeut. De vergoeding van bekkenfysiotherapie zit niet in het basispakket van de zorgverzekeraars. U moet zich hiervoor aanvullend verzekeren.

De bekkenbodem

De bekkenbodem bestaat uit drie boven elkaar liggende spierlagen. De spieren vormen een soort vlechtwerk en zitten vast aan het bekken. Ze dragen en steunen de organen van het kleine bekken (blaas, darmen en baarmoeder) en houden de uitgangen daarvan (urinebuis, anus en vagina) gesloten. Bij een gezonde bekkenbodem ontspannen de spieren op het juiste moment om te kunnen plassen, ontlasten of een kind ter wereld te brengen.

En als fysiotherapie niet helpt?

Dan is er bij stressincontinentie de mogelijkheid om een bandje onder de plasbuis te laten plaatsen, de zogeheten TVT-procedure (*tensionfree vaginal tape*). Het bandje zorgt voor een stevige onderlaag voor de plasbuis. Als er druk op de plasbuis komt door bijvoorbeeld hoesten of tillen, wordt de plasbuis tegen het bandje dichtgedrukt. Het is een vrij eenvoudige ingreep die onder plaatselijke verdoving wordt uitgevoerd. De specialist, bijvoorbeeld de uroloog of gynaecoloog, bepaalt of dit de juiste behandeling voor u is en voert de operatie uit. Deze behandeling wordt vergoed. Op **www.stressincontinentie.nl/tvt** leest u meer over de TVT-procedure en bij welke ziekenhuizen in Nederland u voor deze ingreep terecht kunt.

Ik moet wel twaalf keer per dag plassen, wat kan er aan de hand zijn?

Als iemand meer dan acht keer per etmaal en ook 's nachts moet plassen, spreken we van een overactieve blaas. Daarbij kan ook sprake zijn van een plotselinge, niet te onderdrukken aandrang om te plassen. Het achterhalen van de oorzaak van een overactieve blaas is soms erg moeilijk, omdat de aansturing van de blaas nogal ingewikkeld in elkaar zit. Soms gaat er iets fout in de overdracht van informatie vanuit de hersenen naar de blaas en andersom. Waarom dat gebeurt, is lang niet altijd duidelijk. Neurologische aandoeningen kunnen een rol spelen, maar ook lokale afwijkingen of overmatig gebruik van alcohol, drugs of medicijnen. In Nederland heeft ongeveer 10% van de bevolking boven de 18 jaar last van één of meer symptomen van een overactieve blaas. Ongeveer 25% ondervindt hiervan belemmeringen bij dagelijkse activiteiten.

Kan ik dat vaak plassen afleren?

Ja, door een blaastraining leert u minder snel toe te geven aan de aandrang. Dat doet u geleidelijk door het aantal malen dat u per dag gaat plassen terug te brengen. Als u daarbij evenveel blijft drinken, zult u uiteindelijk meer urine kunnen vasthouden in uw blaas. In eerste instantie zal het best moeilijk zijn om het plassen uit te stellen. Het kan helpen om u te concentreren op iets wat uw volle aandacht vraagt, zoals het maken van een boodschappenlijstje of het doen van de administratie. Ook kan het helpen om te gaan zitten en u te concentreren op uw ademhaling in plaats van op het gevoel in uw blaas. Geleidelijk zult u merken dat u het plassen inderdaad kunt uitstellen gedurende langere periodes. Streef ernaar om uiteindelijk vijf tot zes maal per etmaal naar het toilet te gaan om te plassen. Om te kijken of u vooruitgang boekt, is het handig om gedurende één of twee weken een plasdagboek bij te houden. Een eenvoudige blaastraining kunt u zelf doen, maar het is beter om u hierin te laten begeleiden, bijvoorbeeld door een incontinentieverpleegkundige of bekkenfysiotherapeut.

Zijn er ook medicijnen die helpen tegen vaak moeten plassen?

Er zijn medicijnen beschikbaar, die ervoor kunnen zorgen dat de blaasspier minder intens en minder vaak samentrekt. Soms moet iemand eerst een aantal medicijnen proberen voordat blijkt welke het beste helpen. Nieuw is de pleister. Het voordeel is dat het een vorm van medicatie is die niet hoeft te worden ingenomen. Deze medicijnen worden geheel of deeld vergoed vanuit de basisverzekering. Check dit wel even bij uw zorgverzekeraar.

Het bekken

Het bekken is samengesteld uit een aantal verschillende botten: aan de rugzijde het heiligbeen, aan beide zijkanten een darmbeen en aan de voorzijde onderin de buik de schaambeenderen. Het heiligbeen vormt het onderste deel van de wervelkolom. De verbindingen tussen de verschillende onderdelen van de bekkenbeenderen bestaan uit kraakbeen. Rond deze verbindingen zitten elastische banden en kapsels om ze te verstevigen.

Als blaastraining en medicijnen niet helpen, wat dan?

Dan is er in sommige gevallen de mogelijkheid om botox te laten inspuiten in de blaaswand. Botox is een spierverlammer en door die in de blaaswand te spuiten, wordt de blaasspier minder actief. De botox werkt ongeveer zes tot negen maanden, dan moet de behandeling worden herhaald. Het is een eenvoudige ingreep die poliklinisch plaatsvindt. Een uroloog bepaalt of deze behandeling geschikt is voor u.

Ik heb wel eens gehoord van neuromodulatie. Wat is dat?

Bij neuromodulatie worden de zenuwen gestimuleerd die betrokken zijn bij de regeling van de blaas en de bekkenbodemspieren. Er zijn twee technieken. Bij de ene methode wordt met een acupunctuurnaaldje een zenuw achter de enkel gestimuleerd. Dit is de PTNS-methode. De behandeling vindt een keer per week plaats en duurt twaalf weken, daarna wordt het effect geëvalueerd. De tweede techniek heet de SNS-methode en hierbij wordt een elektrode via het heiligbeen ingebracht en verbonden met een soort pacemaker. Deze vorm van neuromodulatie wordt alleen toegepast in ernstige gevallen van urine- en soms ook ontlastingsincontinentie. Verschillende ziekenhuizen in Nederland voeren de implantatie uit. In principe wordt neurostimulatie vergoed, maar controleer dit eerst even bij uw zorgverzekeraar. Kijk voor meer informatie op **www.pvvn.nl**.

Vrijen is pijnlijk voor mij. Wat kan er aan de hand zijn?

Omdat de bekkenbodem uit spieren bestaat, kan hij niet alleen te slap zijn, maar ook te gespannen. Dit wordt ook wel een overactieve bekkenbodem genoemd. Pijn bij het vrijen kan duiden op een overmatig gespannen bekkenbodem. Ook problemen als veel kleine beetjes moeten plassen, steeds terugkerende blaasontstekingen, afwisselend verstopping en diarree, aambeien of het gevoel dat er iets achterblijft kunnen betekenen dat u een overmatig gespannen bekkenbodem heeft.

Welke behandeling is er voor een overactieve bekkenbodem?

Het is goed mogelijk om de bekkenbodem te leren ontspannen door middel van oefeningen. Dit dient te gebeuren onder begeleiding van een bekkenfysiotherapeut. Een bekkenfysiotherapeut bij u in de buurt kunt u vinden via de Nederlandse Vereniging van Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre- en postpartum gezondheidszorg (**www.nvfb.nl**) of zoek een bekkenbodemcentrum via **www.bekkenbodem.net**.

Meer dan 1 miljoen mensen in Nederland hebben last van bekkenbodem klachten

Het lukt mij niet om goed uit te plassen, wat is de oplossing?

Achterblijvende urine in de blaas is een voedingsbodem voor bacteriën en dus een risico op infecties. Ook kan het zijn dat de blaas gaat 'overlopen', waardoor u ongewild urine verliest. U kunt door oefening leren om goed uit te plassen, maar soms is katheterisatie nodig om de blaas goed leeg te krijgen. Met een katheter, een soort buisje, wordt via de urinebuis de blaas geleegd. Dat moet regelmatig gebeuren, meestal zo'n vier keer per etmaal. Een katheter via de urinebuis kunt u na enige oefening vrij makkelijk zelf inbrengen. Katheterisatie is vrijwel altijd tijdelijk, na enige tijd kunt u meestal zelf weer goed de blaas leegplassen. Aanleren van zelfkatheterisatie wordt gedaan door de incontinentieverpleegkundige. Katheters worden vergoed door de verzekering. De begeleiding door een incontinentieverpleegkundige wordt volledig vergoed door de zorgverzekeraar wanneer dit plaatsvindt in het ziekenhuis of bekkenbodemcentrum. Indien u de begeleiding via de thuiszorg ontvangt, moet u een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betalen.

Waarom is incontinentiemateriaal beter dan maandverband? Het is toch ongeveer hetzelfde?

Maandverband en inlegkruisjes zijn niet gemaakt om waterige vloeistoffen zoals urine op te vangen. Incontinentie-absorptiemateriaal is er speciaal voor ontworpen en biedt de juiste bescherming. Er is een grote keuze aan materiaal. Laat u door een deskundige, bijvoorbeeld uw huisarts, apotheker of een incontinentieverpleegkundige, adviseren welk type voor u geschikt is. Bij de meeste leveranciers kan een gratis proefpakket worden aangevraagd. Kijk bijvoorbeeld eens op **www.tena.nl**. Zij sturen u het materiaal in een discrete verpakking toe. Zorgverzekeraars vergoeden incontinentie-absorptiematerialen vanuit de basisverzekering. Hoeveel materiaal er wordt vergoed en onder welke voorwaarden kan per verzekeraar verschillen. In een individueel geval kan de zorgverzekeraar toestemming geven om van de aangegeven hoeveelheid materiaal af te wijken.

Hoe ontstaat een blaasontsteking?

Een blaasontsteking ontstaat doordat een bacterie uit de darm vanuit de anus via de plasbuis naar de blaas opklimt. Daarom komt blaasontsteking ook meer voor bij vrouwen dan bij mannen, simpelweg omdat de afstand tussen de anus en plasbuis veel korter is. Daarnaast is de plasbuis van een vrouw veel korter dan die van een man. Via de blaas kan de infectie opstijgen naar de nieren, waardoor een (zeer pijnlijke) nierbekkenontsteking kan ontstaan.

Kan ik een blaasontsteking voorkomen?

Niet helemaal, maar u kunt wel veel problemen voorkomen door een aantal simpele regeltjes. Veeg na de ontlasting bijvoorbeeld altijd de billen van voor naar achteren af, drink veel, zo'n twee à drie liter water per dag, en plas altijd goed uit. Achterblijvende urine in de blaas is namelijk een voedingsbodem voor bacteriën. Een belangrijke regel is: ga plassen na het vrijen.

Is het waar dat cranberrysap helpt tegen blaasontsteking?

Het merendeel van alle blaasontstekingen wordt veroorzaakt door de E-coli bacterie. Cranberry's bevatten een gecomprimeerde tanninestructuur die voorkomt dat deze bacterie zich aan de blaaswand hecht. Een bacterie die zich niet kan hechten, kan geen infectie veroorzaken. Cranberrysap werkt dus preventief. Als u eenmaal een blaasontsteking heeft, kunt u deze niet met cranberrysap 'wegdrinken'. Uroloog Oncko van Viersen-Trip over de werking van cranberry: "Veel mensen denken dat cranberry werkt omdat het de urine zuur zou maken. Dat is niet het geval. Het gaat echt om het voorkomen van de aanhechting van de bacterie. En dat blijkt goed te werken. Als preventieve maatregel kan ik het daarom aanbevelen, bijvoorbeeld in periodes dat je makkelijk een blaasontsteking krijgt. Mensen die daar regelmatig last van hebben, weten zelf wanneer het weer zover is. Het is sowieso goed om veel te drinken. Dan kun je dus net zo goed cranberrysap nemen."
Wordt u geregeld geplaagd door een blaasontsteking? Dan is het goed om preventief twee- tot driemaal daags een glas cranberrysap te drinken, bijvoorbeeld *Ocean Spray® Cranberry Classic*, te vinden in het sappenschap van de meeste supermarkten. Heeft u eenmaal een blaasontsteking, ga dan naar de huisarts.

Naar de huisarts

Heeft u besloten om iets aan uw probleem te doen? Maak dan eerst een afspraak met de huisarts. Zet uw klachten en vragen op papier, dan gaat u goed voorbereid het gesprek aan. De 'checklist' op deze pagina's is misschien een handig hulpmiddel. Heeft u – misschien door het lezen van deze informatie – al een idee wat uw probleem zou kunnen zijn? Zeg dat dan ook tegen uw huisarts. Het komt voor dat huisartsen niet goed op de hoogte zijn van bekkenbodemklachten, behalve de meest gangbare, zoals na een bevalling. Uw idee over wat uw probleem kan zijn, kan dan helpen bij het stellen van de juiste diagnose, zodat u goed kunt worden behandeld en indien nodig kunt worden doorverwezen. De huisarts zal een aantal vragen stellen over uw toiletgedrag, uw drink- en eetgewoonten en eventuele pijnklachten. Misschien heeft u al eens een plasdagboek bijgehouden, dat is dan heel nuttige informatie voor de huisarts. Vervolgens stelt hij, indien mogelijk, een diagnose. De huisarts verwijst u eventueel door naar een bekkenfysiotherapeut, een uroloog of gynaecoloog. Meestal kunt u in een ziekenhuis ook een incontinentieverpleegkundige raadplegen. Zit u na het bezoek aan uw huisarts nog met veel vragen, dan kunt u ook zelf een afspraak maken bij een bekkenbodemcentrum of een bekkenfysiotherapeut. Die zijn gespecialiseerd en kunnen u verder helpen. Veel ziekenhuizen hebben een bekkenbodemcentrum. Kijk voor adressen op **www.bekkenbodem.net**. Een bekkenfysiotherapeut bij u in de buut vind u via **www.nvfb.nl.**

Huisarts en seksuoloog Peter Leusink: "Er zijn veel klachten die kunnen wijzen op een probleem met de bekkenbodem. Vragen over incontinentie komen bij mij in de praktijk het meeste voor. Verder ben ik alert op bekkenbodemproblemen als de patiënt één van de volgende klachten meldt: ongewild urineverlies, heel vaak plassen of juist moeite hebben met uitplassen, pijn in de onderbuik of onderrug, pijn bij het vrijen, obstipatie of aambeien. Bij mannen kan een pijnlijk perineum ('zadelpijn') of pijn in de balzak een aanduiding zijn. Ook kijk ik of iemand tot de groep van zogenaamde 'ophouders' hoort. Dat zijn bijvoorbeeld leerkrachten of echte 'vergadertijgers'. Beroepen en situaties waarin je niet altijd naar het toilet kunt, waardoor je algauw je urine of ontlasting gaat ophouden. Dat kan tot problemen leiden."

Checklist voor uw bezoek aan de huisarts
De volgende vragen kunt u bij uw huisarts verwachten, dus het kan handig zijn om daar alvast over na te denken en eventueel het ingevulde lijstje mee te nemen.

Hoe vaak gaat u overdag naar het toilet om te plassen?
☐ 1 – 4 keer ☐ 5-8 keer ☐ vaker

Hoe vaak 's nachts?
☐ 1-2 keer ☐ 3-4 keer ☐ vaker

Heeft u vaak aandrang om te plassen terwijl u net bent geweest?
☐ ja ☐ nee

Moet u vaak rennen naar het toilet omdat u het (bijna) niet kunt ophouden?
☐ ja ☐ nee

Heeft u meer dan drie keer per jaar een blaasontsteking?
☐ ja ☐ nee

Heeft u last van ongewild urineverlies?
☐ ja, … keer per dag/week ☐ nee

Verliest u urine bij inspanningen, bijvoorbeeld bij tillen, sporten, lachen of niezen?
☐ ja ☐ nee

Hoe lang heeft u al last van bovengenoemde klachten?
… weken … maanden … jaren

Hoeveel urine verlies u per keer?
☐ enkele druppels
☐ een klein plasje
☐ een hele plas

Wat gebruikt u om urine op te vangen?
☐ niets ☐ inlegkruisjes ☐ maandverband
☐ incontinentiemateriaal

Wie doet wat?

De bekkenfysiotherapeut doet oefeningen met u om uw bekkenbodem te leren spannen en ontspannen. Daarnaast wordt gewerkt aan houding en gedrag op het toilet en blaastraining.
De incontinentieverpleegkundige adviseert bij de keuze van incontinentiemateriaal en kan dat voor u aanvragen. Mocht een katheter nodig zijn, dan leert de verpleegkundige u deze aan te brengen en te gebruiken. Ook kan hij of zij blaastraining geven. Voor vragen over seksualiteit in het algemeen of voor praktische tips kunt u ook terecht bij de incontinentieverpleegkundige.
De uroloog kan vaststellen wat de oorzaak is van klachten zoals urineverlies. De uroloog behandelt uw klachten met medicijnen of een operatie.
De gynaecoloog houdt zich bijvoorbeeld bezig met het probleem van een verzakking. De gynaecoloog kan de klachten behandelen met een ring of een operatie.
De seksuoloog kan samen met u op zoek gaan naar de oorzaak van seksuele problemen en pijnklachten en daarna starten met de behandeling.
De chirurg kan een echo maken om eventuele beschadiging van de bekkenbodem op te sporen en deze vervolgens via een operatie herstellen.
In steeds meer ziekenhuizen werken gynaecologen, urologen en chirurgen samen met fysiotherapeuten en verpleegkundigen in één bekkenbodemteam. Door goed met elkaar te overleggen, kunnen ze de beste behandeling kiezen.

tekst: jannemieke van dieren/maremedia. met dank aan: bert messelink, uroloog van bekkenbodemcentrum olvg, huub van der vaart, gynaecoloog bij alant vrouw en florien verhoeff, incontinentieverpleegkundige bekkenbodemcentrum olvg

Dit houdt mij bezig

“Tien jaar geleden had ik nog een baan, schaatste en fietste ik veel en voer ik af en toe met een bootje door het mooie Friesland. Ik genoot van mijn leven als vrijgezel. Inmiddels heb ik moeten leren leven met de ziekte neurosarcoïdose, een chronische ontsteking in het ruggenmerg, die maar heel weinig voorkomt en waarvoor nog geen geneesmiddel bestaat. Wel is de ontsteking te onderdrukken met prednison, wat ik dan ook in een lage dosering gebruik. Mijn ziekte heeft tot gevolg gehad dat ik een retentieblaas heb, een blaas die zichzelf niet goed leegmaakt. Daarom moet ik mezelf een paar keer per vierentwintig uur eenmalig katheteriseren met behulp van een wegwerpkatheter. Ook heb ik ontlastingsproblemen vanwege een niet optimale darmwerking. Obstipatie dus en dat betekent om de dag laxeermiddelen gebruiken in de vorm van zetpillen. Het heeft zijn weerslag op mijn sociale leven. Uitgaan of bij anderen logeren is erg ingewikkeld. Zeker als daar maar één toilet is. Ik moet er tenslotte snel heen kunnen en er ook nog lange tijd kunnen blijven zitten. Kortom, elk uitstapje vraagt om een goed gepland katheterisatie- en laxeerschema. Verder zorgt mijn ziekte ook voor een voortdurende moeheid. Ik kan niet ver meer lopen en heb een rollator nodig. Ik heb dagelijks pijn, zenuwpijn. De prednison zorgt voor vervelende bijwerkingen. Zo ben ik bijvoorbeeld in tien jaar zo’n vijfentwintig kilo aangekomen, heb ik last van verhoogd bloedsuiker en migraine. Maar goed, de prednison onderdrukt de ontsteking en dus ga ik ermee door, bij gebrek aan een goed werkend alternatief. Wat mij persoonlijk erg helpt in het omgaan met mijn ziekte, is dat ik altijd positief ben gebleven. Dat straal ik blijkbaar ook uit naar anderen. Zo herinner ik me nog van mijn lange verblijf in het ziekenhuis dat er geen dag voorbij ging zonder bezoek of telefoontjes. Af en toe had ik zelfs de neiging de stekker uit het toestel te halen, zo druk was het. Al mijn vrienden van toen zijn mij door de jaren heen blijven steunen.

Die baan behoort dus tot het verleden. Maar dat wil niet zeggen dat ik stilzit! Ruim vijf jaar geleden werd ik benaderd door mijn behandelend uroloog. Hij vond het belangrijk dat er een patiëntenorganisatie zou komen voor mensen met bekkenbodemproblemen en vroeg mij om met hem de *Stichting Bekkenbodem Patiënten* (*SBP*) op te richten. De stichting heeft als doel informatie te verstrekken over bekkenbodemproblemen, dit onderwerp beter bespreekbaar te maken en ervoor te zorgen dat mensen goed worden geholpen. Informatieverstrekking gebeurt onder meer via ons blad de *B-wijzer*, dat vier keer per jaar verschijnt. Verder hebben wij verscheidene gidsen uitgegeven om mensen beter van dienst te kunnen zijn. Zo is er een hulpmiddelengids, maar ook een toiletgids met de alleszeggende titel *Kleine kamers in grote steden*. De stichting werkt samen met een medisch team, waarin een uroloog, incontinentieverpleegkundige, bekkenfysiotherapeut en ervaringsdeskundige zitting hebben. Ook kan een beroep worden gedaan op een gynaecoloog. Vragen van donateurs kunnen zo uitvoerig worden beantwoord.

Esther (51): ‘Ik wil bekkenbodemproblemen beter bespreekbaar maken en ervoor zorgen dat mensen goed worden geholpen’

Ik doe dit werk nu ruim vijf jaar en met enorm veel plezier. Als secretaris van de stichting vervul ik verschillende taken. Zo beheer ik de telefoon, verzorg ik de post, help ik beurzen en donateursdagen te organiseren en zit ik in verschillenden werkgroepen. Ook zit ik in het bestuur van de internationale organisatie van incontinentiepatiënten, die vorig jaar is opgericht. Eén van de werkgroepen waarin ik actief ben is de commissie *DINC*, *Deskundigencommissie Incontinentie*, geleid door het *College voor zorgverzekeringen*. Een belangrijke conclusie die de werkgroep heeft getrokken is dat de zorg laagdrempelig moet worden. Mensen met incontinentieproblemen moeten goed worden geïnformeerd, zodat zij in een vroeg stadium de stap naar huisarts, bekkenfysiotherapeut of specialist durven maken; een belangrijke taak voor de *SBP*. Ook vinden wij dat er een incontinentieverpleegkundige in de eerstelijnszorg zou moeten zitten en niet alleen in het ziekenhuis, de tweede lijn.

Het werk dat ik doe voor de stichting is vrijwillig en vanwege mijn ziekte soms erg vermoeiend, maar het is wel enorm dankbaar werk. Ik vind het belangrijk om andere mensen te kunnen helpen die nog niet bekend zijn met bekkenbodemproblemen, die nog niet de weg weten te vinden naar huisarts of behandelend specialist. Die weg die ik nu wel ken wil ik graag meegeven aan anderen die nog zoekende zijn. Om al ons werk goed te kunnen blijven doen zou het fantastisch zijn als meer mensen zich willen inzetten voor de stichting. Incontinentie is tenslotte een landelijk probleem en met meer hulp en geld kunnen we meer mensen bereiken. Ook kunnen we dan regionale vestigingen opzetten, meer informatie geven, vaker deelnemen aan beurzen en congressen en informatiedagen organiseren. Nu moeten we daarin nog keuzes maken en dat is erg jammer. Vrijwilligers zijn dus bijzonder welkom.

Voor meer informatie over de *Stichting Bekkenbodem Patiënten* kunt u terecht op **www.bekkenbodem.net** of een e-mail sturen naar info@bekkenbodem.net. U kunt ook bellen met 0900 – 11 11 999.

interview: monique van der vlugt

10 minuten cranberry smoothie

Cranberry’s werken preventief tegen de bacterie die blaasontsteking veroorzaakt. Deze smoothie is dus niet alleen lekker, maar ook gezond!

Voor 4 glazen
Pureer 1 bevroren banaan en mix daar met 1 dl gekoeld cranberry-zwarte bessensap, 2 dl gekoelde halfvolle melk en 1 el honing een dikke, gladde drank van. Verdeel over 4 glazen en garneer met blokjes kiwi. Meteen serveren.

Cranberrysap is te koop in de meeste supermarkten, o.a. OceanSpray® Cranberry-Blackcurrant. Er is puur sap, maar er zijn ook mixen, zoals deze met zwarte bessensap.

fotografie: otto polman. styling: tineke holtrop

Bekkenpijn

‘Na mijn bevalling had ik het gevoel dat mijn bekken met losse schroeven aan elkaar zat’

Tijdens en na haar eerste zwangerschap kon Wendy Kieftenburg (31) vanwege bekkenpijn maximaal een kwartier achter elkaar lopen. Ze is vastbesloten anders met haar tweede zwangerschap om te gaan: “Ik weet wat ik kan verwachten en luister beter naar mijn lichaam.”

“Een jonge, vitale vrouw, dat was ik voor mijn eerste zwangerschap. Ik deed altijd alles. Maar toen ik bekkenklachten kreeg, was dat in een klap over. Het belemmert me tot aan de dag van vandaag. Ik deed bijvoorbeeld altijd tae bo, dat vond ik geweldig, maar dat kan ik absoluut niet meer. Nu ik weer zwanger ben, vraag ik me af waar ik eigenlijk aan begin.” Wendy Kieftenburg is elf weken zwanger en heeft voldoende reden om het verloop van haar tweede zwangerschap met spanning tegemoet te zien. Tijdens haar eerste zwangerschap kreeg ze in de zestiende week last van haar stuitje. Een vriendin raadde haar mensendiecktherapie aan, maar in eerste instantie negeerde Wendy de pijn. “Ik ben nogal een stijfkop, dus ik ging gewoon door. Maar op een gegeven moment merkte ik dat ik veel pijn kreeg wanneer ik een stuk had gelopen. Dat was zo rond de twintigste week. Ik kreeg pijn in m’n onderrug en stuitje, voelde uitstraling naar billen en benen en had pijnscheuten in m’n liezen. Toen heb ik me door de huisarts laten doorverwijzen naar de mensendiecktherapeute. Daar leerde ik onder andere dat ik geen asymmetrische beenbewegingen moest maken en dat ik met de benen uit elkaar moest zitten. Ik merkte dat ik minder pijn had wanneer ik me aan haar adviezen hield.” Wendy ging ondertussen gewoon door met haar werk als pedagogisch medewerker bij een centrum voor dagbehandeling van kinderen. “Ik wilde koste wat kost blijven werken. Had ik een vergadering van een halfuur gehad, dan raadden mijn collega’s me aan om even te gaan liggen. ‘Maar ik vond het heel moeilijk om daar aan toe te geven. Aan het einde van mijn zwangerschap werd de pijn steeds erger. Ik kon hooguit een kwartier lopen, daarna moest ik weer een kwartier rusten.”

Na de geboorte van haar dochter had Wendy het gevoel dat ze ‘met losse schroeven aan elkaar zat.’ Ze ging nog een aantal keren naar de mensendiecktherapeute en langzaam verbeterde haar situatie. Maar rond de eerste verjaardag van haar dochter was het ineens weer helemaal mis. “Ik kon niets meer en had verschrikkelijke pijn.” Via de huisarts en de fysiotherapeut kwam ze terecht bij een manueel therapeut. Hij constateerde dat Wendy’s bekken helemaal scheef stond en zette het weer recht. Dat gaf een lichte verbetering, maar omdat Wendy nog maar weinig spierkracht had, stond het

‘Ik was alleen maar aan het vechten en zoeken naar een oplossing, nu luister ik veel beter naar mijn lichaam’

bij de eerste de beste asymmetrische beweging meteen weer scheef. Ze startte een zoektocht naar een blijvende oplossing: “Ik las er alles over, bezocht forums op internet en heb van alles geprobeerd. Ik ben bij heel vage therapeuten in het alternatieve circuit geweest, over wie ik goede berichten had gelezen. Maar niets hielp echt, tot op de dag van vandaag heb ik pijn gehouden. En ik moet nog steeds iedere maand mijn bekken laten rechtzetten.”

Na haar bevalling heeft Wendy aaneensluitend ouderschapsverlof opgenomen, daarna is ze ondanks haar klachten weer aan het werk gegaan. “Ik werk 22 uur, dat gaat redelijk. Ik vind dat ik gewoon moet doorgaan. En ik heb werken echt nodig, ik vind het heerlijk. Het geeft ook wel afleiding.” Toch heeft Wendy ervaren dat ‘de druk van alledag’ de klachten behoorlijk kan verergeren. “Ik heb een baan, wil het thuis goed op orde hebben, ben moeder en wil leuke vrienden hebben. Er wordt veel van me gevraagd, ik heb het gevoel dat ik aan ieders wensen moet voldoen en ik kan moeilijk nee zeggen. Als mijn vriendinnen bellen om te vragen of ik vanavond meega, dan ga ik het liefst mee. Nee zeggen heb ik echt moeten leren; ik merk dat ik gewoon af en toe moet rusten. Maar ik blijf het moeilijk vinden voor mezelf te kiezen.” Wendy vindt het lastig te accepteren dat juist zij blijvende bekkenklachten heeft. “Ik weet dat het een kwestie van accepteren is. Toch heb ik mezelf ontelbare keren afgevraagd: Waarom heb ík dit nou? Wanneer gaat het nou over? Ik ben vaak verdrietig geweest. Het gaat niet zoals ik wil en ik heb meestal pijn. Het is vermoeiend om altijd daarmee bezig te zijn, er zijn zoveel leuke dingen om me heen, maar daar heb ik niet altijd ruimte voor. Mijn vriend zegt wel eens dat ik het los moet laten, maar dat kan ik niet. Ik neem geen genoegen met de pijn, ik ben jong en ik wil genieten van het leven. Gelukkig kan ik het met mijn vriend goed delen, die snapt goed hoe ik me voel en helpt me waar hij kan. Stofzuigen en zware dingen tillen heeft hij allemaal lang geleden van me overgenomen.”

Ondanks alles heeft Wendy het gevoel dat ze aan de start van haar tweede bevalling beter is voorbereid. De kans dat ze weer bekkenklachten krijgt, is 90% procent. “Natuurlijk hoop ik dat ik bij die andere 10% procent zit. Maar ik stel me erop in dat dat niet zo is.” Sinds anderhalf jaar traint Wendy onder leiding van een fysiotherapeut. “In het begin kon ik niet eens een been optillen zónder een gewichtje. Nu til ik met acht kilo eraan. Ik ben dus een stuk sterker. Hopelijk helpt dat me er doorheen.” Daarnaast is ze gaan zwemmen. “Elke week een uurtje baantjes trekken met mijn vriendin. Een baantje op mijn buik en een op m’n rug, want op je rug zwemmen is goed voor je onderrug. Na afloop gaan we altijd lekker even in het kruidenbubbelbad, dat is echt tijd voor mezelf.” Ook is Wendy, toen ze van haar tweede kindje zwanger bleek, meteen naar een in bekkenklachten gespecialiseerde orthopeed gegaan. Hij concludeerde dat ze zich qua ernst op een schaal van 0-10 op 3 bevindt. “Het is op dit moment dus niet heel ernstig, dat vind ik geruststellend. Daarnaast ben ik een stuk alerter. Ik weet wat ik kan verwachten en herken de pijn.” Om erger te voorkomen heeft Wendy via internet een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut gezocht. En anders dan tijdens haar vorige zwangerschap is ze meer doordrongen van het belang van rust: “Ik moet een goede afwisseling vinden tussen bewegen en rusten. Af en toe een kwartiertje liggen, voorkomt veel pijn. Ik geef er dus meer aan toe. Toen was ik alleen maar aan het vechten en zoeken naar een oplossing, nu luister ik veel beter naar mijn lichaam dan de vorige keer. Ik hoop dat deze houding me uiteindelijk minder pijn gaat opleveren.”

tekst: marianne wenneker /maremedia.
fotografie: nick van ormondt. visagie: manonne boerema.
styling: ellen julianus.
m.m.v. h&m, vidavita, ruimschoots, dolcis, dolcis kids.

Wat is bekkenpijn?

Tijdens de zwangerschap worden de kraakbeenverbindingen tussen de bekkenbeenderen en de gewrichtsbanden weker en rekbaarder onder invloed van met name het zwangerschapshormoon relaxine.
Dit proces vergemakkelijkt de bevalling, maar kan ook zorgen voor een verhoogde gevoeligheid in het bekkengebied. Voorheen werd deze overgevoeligheid aangeduid met bekkeninstabiliteit, tegenwoordig met bekkenpijn of bekkenklachten. Soms begint het al rond de twaalfde week; na de dertigste week neemt het meestal weer af. De pijn kan op verschillende plaatsen worden gevoeld: middenvoor in het bekken (op of rond het schaambeen), soms in de lies of met uitstraling in het bovenbeen. De pijn kan ook links- en/of rechtsonder in de rug zitten en uitstralen naar de hele bil, de stuit of de bekkenbodem. Je hebt meer last bij vermoeidheid en na lang in dezelfde houding verkeren. Bepaalde bewegingen zoals bukken, omdraaien in bed, of schokkerige bewegingen kunnen de pijn uitlokken. Soms nemen de klachten toe rond het begin van de menstruatie, bij het langdurig uitstellen van de plas of ophouden van de ontlasting. Ongenuanceerd de bekkenbodem trainen op kracht kan de spanning onder in het bekken verhogen en daardoor de klachten verergeren.

Wie heeft kans op bekkenpijn?

Hoewel bijna 70% van de zwangere vrouwen last heeft van bekkenpijn of lage rugpijn, verdwijnen de klachten bij de meesten van hen binnen een jaar na de bevalling. 7% Van de vrouwen houdt blijvende beperkingen. Het risico op bekkenpijn tijdens de zwangerschap is vooral groter bij vrouwen die voor de zwangerschap al last hadden van rugklachten. daarnaast spelen onder meer de volgende factoren een rol:

- bevallen zijn van een kind met een hoog geboortegewicht
- voor de tweede, derde etc. keer zwanger zijn
- roken

Wat is er aan bekkenpijn te doen?

Anne Marie Sluiter is vicevoorzitter van de *Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek* en pre- en postpartum gezondheidszorg (**www.nvfb.nl**) en behandelt dagelijks vrouwen met bekkenklachten. “Het belangrijkst is dat de vrouw en haar omgeving blijven vertrouwen op herstel. Angst voor pijn maakt dat je meer last hebt. Pijn is vervelend, maar is ook een signaal om de dingen op een andere manier te doen. Het is goed om te werken aan een betere conditie en spierkracht. Als je lichamelijk meer aankunt, heb je minder last van pijn. Wat je doet moet in evenwicht zijn met wat je aankunt, dus in het begin moet je geleidelijk aan opbouwen en soms afspraken maken met je partner of werkgever om (tijdelijk) de taken anders te verdelen.” Volgens Sluiter is een goede begeleiding belangrijk. Uitleg over het bekken, de functie van het spierkorset en de bekkenbodem maakt onderdeel uit van een goede behandeling, maar ook uitleg over belasting en belastbaarheid, oefeningen voor een geleidelijke opbouw van de stabiliteit van rug en bekken, opbouwen van conditie en adviezen voor de uitvoering van je dagelijkse werk en voor de toiletgang. Sluiter: “Samen met de cliënt stellen we doelen en maken we een herstelplan. We gaan op een constructieve manier te werk: bekkenpijn hoeft niet blijvend te zijn. De begeleiding van bekkenfysiotherapeuten is er met name op gericht dat iemand in de nabije toekomst weer een aantal dingen kan doen die op haar lijstje staan.”

Meer informatie: Stichting voor Bekkenproblemen,
Postbus 268, 8160 AG Epe,
0900 - 20 22 519, (084) 73 12 568 (fax), info@bekkenproblemen.nl,
www.bekkenproblemen.nl

Alles onder controle!

Heeft u last van bekkenbodemklachten of wilt u ze juist voorkomen? Voldoende aandacht besteden aan de bekkenbodem is de truc. Bijvoorbeeld met deze tips.

Aandacht besteden aan uw bekkenbodem kan heel leerzaam en nuttig zijn. Bijvoorbeeld om de spieren te leren herkennen en bewust te voelen. Of om ze beter te kunnen beheersen bij het hoesten of tillen. Of juist om ze beter te kunnen ontspannen op het toilet of tijdens het vrijen. Een bekkenfysiotherapeut is de aangewezen persoon om u hierbij te helpen. Ga nooit zomaar aan de slag met goedbedoelde tips van vriendinnen of buurvrouwen. Problemen met de bekkenbodem hoeven namelijk niet altijd te betekenen dat er sprake is van slappe bekkenbodemspieren. Ook kan deze spiergroep te strak aangespannen zijn: een overspannen of hypertone bekkenbodem. Als u dan op eigen houtje aan de slag gaat met oefeningen, kunt u van de regen in de drup raken. Daarom kunt u hier vast lezen wat u met hulp van een gespecialiseerde therapeut kunt doen aan uw bekkenbodem.

Op tijd ontspannen én inspannen, dat is de truc

Aanspannen en ontspannen

Ga liggen of zitten en ontspan. Geef uw buik de ruimte en ga daarna met uw aandacht naar de bekkenbodem. Sluit uw ogen en trek de bekkenbodem omhoog - alsof u uw plas ophoudt - en laat daarna weer los. Herhaal dit een aantal keer. Als u hardop zegt wat u doet, lukt het meestal beter. Het ontspannen is net zo belangrijk als het intrekken. Met deze oefening leert u voelen wat het verschil is tussen aanspannen en ontspannen.

Als een hangmatje

Uw bekkenbodemspieren kunt u niet zien. Maar het helpt als u zich in uw fantasie een beeld kunt vormen van het trampolinevormige hangmatje dat de bekkenuitgang afsluit. Houd bij de oefeningen dit beeld in gedachten.

Ontspannen zitten en liggen

Als u gewoon zit of ligt, hoort de bekkenbodem ontspannen te zijn. Dat is belangrijk omdat ook de bekkenbodem moet kunnen rusten om weer fit te zijn tijdens activiteiten.

Opstaan uit bed of uit een stoel

Bij opstaan doet de bekkenbodem altijd even mee met de andere spieren die u gebruikt. Als u bij het opstaan een beetje urine verliest, kan het zinvol zijn om tijdens of net voor het opstaan de bekkenbodem even in te trekken. Zodra u staat, ontspant u weer.

Stevig staan

Sta goed rechtop en maak uw rug lang. Op die manier zijn uw rug- en buikspieren actief en hoeft u de bekkenbodem niet aan te spannen.

Lopen op lage hakken

Loop zoveel mogelijk op schoenen met een lage hak. Daarop kunt u beter doorstappen en dan werken alle spieren goed samen. U hoeft tijdens het lopen niet uw bekkenbodem aan te spannen.

Bukken en tillen als een gewichtheffer

Bukken en tillen zorgen voor druk op de blaas en de bekkenbodem. Als die toegenomen druk leidt tot urineverlies of een toegenomen verzakkingsgevoel, dan kunt u beter vóór het bukken of tillen de bekkenbodem intrekken. Buk of til daarna alsof u een gewichtheffer bent, waarbij u met een rechte rug door de knieën zakt en weer omhoog komt. Een zwaar voorwerp zet u bij het opstaan eventueel eerst even op uw bovenbenen. Let hierbij op dat u de adem niet inhoudt of vastzet.

Hulptroepen bij hoesten

Bij hoesten en niezen is de drukverhoging op de bekkenbodem zo explosief dat u soms gebruik moet maken van de 'hulptroepen'. Dit zijn de buik-, bil- en heupspieren. Voor een klein kuchje, of als u uw stem verheft, kan het voldoende zijn als u eerst de bekkenbodem intrekt. Als u zittend een hoest of nies wilt opvangen, kunt u de hielen tegen elkaar duwen. De bekkenbodem zal meehelpen en de blaas ondersteunen.

Sport verstandig

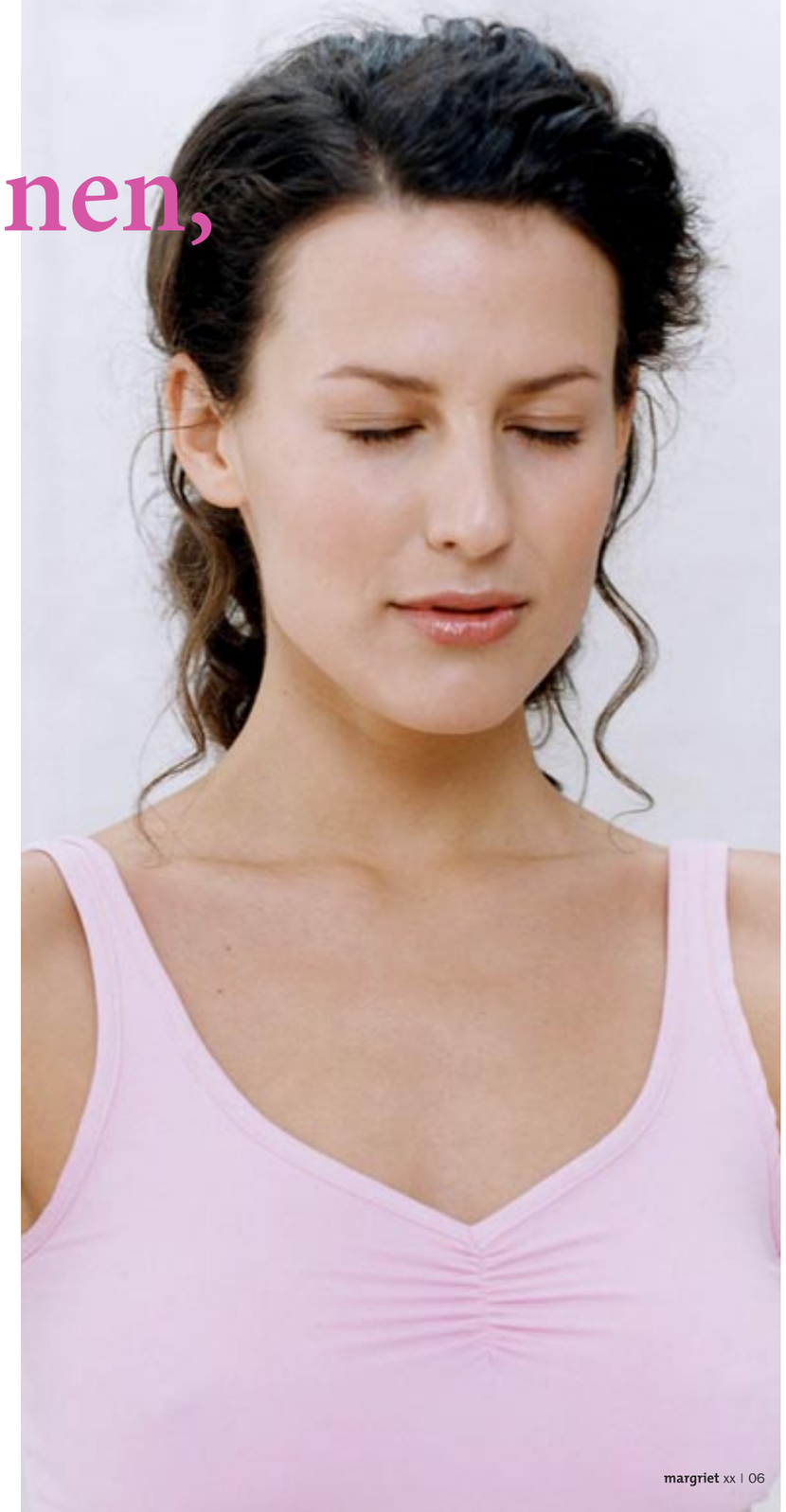
Sommige sporten belasten de bekkenbodem meer dan andere. Maak bij (lichte) klachten na een bevalling of ter voorkoming van problemen een bewuste keuze. Overleg bij ernstiger klachten eerst met uw arts of bekkenfysiotherapeut. Soms is het verstandig eerst uw bekkenbodemspieren te trainen voordat u weer gaat sporten. Belastend voor de bekkenbodem zijn joggen, tennissen, volleybal, aerobics en paardrijden. Minder belastend zijn zwemmen, snelwandelen, schermen, tafeltennis, ballet en schaatsen.

Gezond toiletgedrag

De bekkenbodemspieren hebben alles te maken met plassen en met de stoelgang. Gezond toiletgedrag is daarom belangrijk voor het behoud van een goede bekkenbodemfunctie, die een leven lang meegaat.

Dit zijn de toiletregels:

- Neem altijd de tijd om naar het toilet te gaan. Hoe rustiger, hoe effectiever! Hoe beter uw blaas of darm is geleegd, hoe langer het duurt voordat u weer naar het toilet moet.
- Stel niet uit. De aandrang verdwijnt dan en komt voorlopig niet meer terug. Dat kan leiden tot verstopping.
- Ga altijd goed op het toilet zitten, midden op de bril en niet op het voorste puntje of (nog erger) boven de bril. Zorg dat uw voeten plat op de grond staan of op een voetenbankje kunnen steunen.
- Ontspan bij het plassen de bekkenbodemspieren en plas in één keer rustig en volledig uit.
- Pers niet mee. Laat de blaas zelf het werk doen. Meepersen helpt niet, het kan zelfs de plasbuis een beetje dichtdrukken.
- Onderbreek het plassen niet.
- Wanneer er geen urine meer komt, kantelt u rustig het bekken een aantal keren voor- en achterover. Zo kunnen ook de laatste restjes urine worden uitgeplast.
- Rond het plassen af door de bekkenbodemspieren even goed aan te spannen, dan te ontspannen en daarna pas op te staan.
- Ga nooit 'stippeltjes' of 'streepjes' plassen. Dit is geen goede oefening. Er kan urine in de blaas achterblijven en dat kan leiden tot blaasontsteking of een urineweginfectie.
- Voor een goede ontlasting is het belangrijk dat u voldoende drinkt (1 ½ à 2 liter water per dag) en vezelrijk eet.
- Wanneer u op het toilet zit, maar de ontlasting niet komt, ademt u een aantal keren rustig in en uit via de buik. Als de ontlasting nog steeds niet komt, kantelt u tien keer het bekken achterover en ademt u hierbij rustig uit.
- Komt de ontlasting niet terwijl u toch behoorlijke aandrang heeft? Ga dan tien minuten intensief bewegen. Ga hierna weer naar het toilet.



tekst: jannemieke van dieren/maremedia. met dank aan anne marie sluiter, vicevoorzitter van de nederlandse vereniging voor fysiotherapie bij bekkenproblematiek en pre- en postpartum gezondheidszorg. fotografie: picture press/hollandse hoogte

Extra

Nieuws

Dat kan beter!

Het *College voor zorgverzekeringen* (*CVZ*) adviseert de minister van Volksgezondheid over wat er in het verzekeringspakket van de *Zorgverzekeringswet* en *AWBZ* zit. Ook ondersteunt het *CVZ* de zorgverzekeraars bij de uitvoering van deze wetten en beheert het de financiële kassen. Het *CVZ* let er onder meer op dat iedereen toegang heeft tot de verzekeringen en de zorg. Het *CVZ* kwam in 2003 tot de conclusie dat de zorg rondom urine-incontinentie niet goed is georganiseerd. Uit onderzoek van een deskundigencommissie van het *CVZ* blijkt dat de informatievoorziening rondom incontinentie gebrekkig is, dat de huisarts vaak onvoldoende tijd en specifieke kennis heeft, dat incontinentieverpleegkundigen niet extramuraal, maar intramuraal werkzaam zijn en alleen via een verwijzing van de uroloog of gynaecoloog bezocht kunnen worden. Ook is de toegang tot de incontinentiezorg te hoogdrempelig. De aanbevelingen van deze deskundigencommissie om de zorg te verbeteren zijn onder meer:

- Neem bekkenfysiotherapie op in het basispakket.
- Laat de huisarts alleen een diagnose stellen en bij voorkeur doorverwijzen.
- Zorg voor een betere toegang tot de incontinentieverpleegkundige.
- Laat de huisarts goed samenwerken met de incontinentieverpleegkundige en bekkenfysiotherapeut.
- Zorg voor onafhankelijke en overzichtelijke informatie over behandelmethoden.
- Ontwikkel een multidisciplinaire richtlijn voor incontinentie.

Op **www.cvz.nl** verschijnt naar verwachting eind maart het rapport van de deskundigencommissie, genaamd *Attentie voor incontinentie*.

Geen pillen, maar pleisters

Voor mensen met een overactieve blaas, die meer dan acht keer en soms wel twintig tot veertig keer per dag naar de wc moeten, is er een nieuwe vorm van medicatie: een pleister. De pleister werkt net als pillen kalmerend op de blaas, die door het middel minder intens en minder vaak samentrekt. De pleister hoeft slechts twee keer per week te worden opgeplakt, terwijl de pillen elke dag moeten worden ingenomen. Kijk voor meer informatie op www.incontinentievoorlichting.nl.

Zorgverzekering afsluiten?

Heeft u al besloten bij welke zorgverzekeraar u zich verzekert? Mocht u hierbij nog hulp nodig hebben, ga dan naar de onafhankelijke site: www.kiesbeter.nl. Deze site biedt u betrouwbare informatie en wordt steeds verder uitgebreid op basis van de vragen die bij ú leven.

Zonder verwijzing naar bekkenfysiotherapeut

Vanaf 1 januari is een verwijzing van de huisarts voor bekkenfysiotherapie niet meer nodig voor bekkenpijn en bekkenbodemklachten, zoals incontinentie voor urine en/of ontlasting, obstipatie, moeilijk kunnen plassen en pijn bij het vrijen. U kunt rechtstreeks contact opnemen met een bekkenfysiotherapeut bij u in de buurt voor het maken van een afspraak. Controleer van tevoren of de kosten door uw verzekeraar worden vergoed.

Jong geleerd...

Nu leren plassen zoals het moet, dan gaat het de rest van je leven goed! Dat is de boodschap van *Hillie en Billie leren plassen en poepen*. Het boekje, waarin twee koeien de hoofdrol spelen, werd geschreven door twee fysiotherapeuten die ervan overtuigd zijn dat goed toiletgedrag bij kinderen problemen kan voorkomen. Voor kinderen is het van groot belang om zindelijk te zijn en controle te hebben over hun blaas en darmen. Urine- en ontlastingsverlies kunnen aanleiding geven tot gevoelens van schaamte of tot pestgedrag van anderen. Zelfs bedplassen kan in stand worden gehouden door verkeerd toiletgebruik. Ouders kunnen urineverlies of verstopping voorkomen door hun kinderen op een juiste manier op het toilet te laten zitten. Hoe dat moet leest u in dit boekje. Kijk voor meer informatie op **www.hillienbillie.nl**.

Help uzelf én anderen

Heeft u er wel eens aan gedacht om lid te worden van een patiëntenorganisatie? Patiëntenorganisaties zetten zich in voor de belangen van iedereen met een incontinentie- of blaasprobleem. Zij zorgen voor informatievoorziening, werken mee aan wetenschappelijk onderzoek en organiseren bijeenkomsten. Ook lotgenotencontact, voor veel mensen heel waardevol, is mogelijk dankzij de inzet van de patiëntenverenigingen. Uw lidmaatschap is dus heel belangrijk. U helpt daarmee uzelf en uw medepatiënten!
De volgende patiëntenorganisaties zijn actief op het gebied van bekkenbodemproblemen en incontinentie:

- **Stichting Bekkenbodempatiënten (SBP), 0900 – 11 11 999 (€ 0,45 p.m.), www.bekkenbodem.net.**
- **Patiëntenvereniging voor Neurostimulatie (PVVN), (024) 34 49 680, www.pvvn.nl.**
- **Patiëntenorganisatie Stichting voor Bekkenproblemen, organisatie voor vrouwen met bekkenpijn (voorheen bekkeninstabiliteit), 0900 – 20 22 519, www.bekkenproblemen.nl.**
- **Interstitiële Cystitis Patiëntenvereniging (ICP), organisatie voor patiënten met interstitiële cystitis, ofwel blaaspijnsyndroom, (030) 29 62 965, www.icpatienten.nl.**

De juiste verzekering

Heeft u te maken met bekkenbodemproblemen? Let dan bij het kiezen van een zorgverzekeraar op de volgende dingen:

- Zit bekkenfysiotherapie in uw aanvullende verzekering? En als u zich aanvullend moet verzekeren, hoeveel behandelingen per jaar krijgt u dan vergoed? Kunt u dan ook bij alle bekkenfysiotherapeuten in uw omgeving terecht?
- Hoeveel materiaal vergoedt uw verzekeraar en onder welke voorwaarden.
- Vergoedt uw verzekeraar medicijnen en operaties op het gebied van bekkenbodemproblemen? Let daarbij op welk medicijn u is of wordt voorgeschreven, want niet alle soorten worden voor 100% vergoed.

Daarnaast is het belangrijk dat u weet dat u elk jaar kunt overstappen naar een andere zorgverzekeraar.
Op **www.kiesbeter.nl** kunt u eenvoudig verzekeraars met elkaar vergelijken.

Emoties en de bekkenbodemspieren

Stressincontinentie wordt vaak geassocieerd met incontinentie door een te druk leven. Het probleem zit niet tussen de oren. Stress kan invloed hebben op de basisspanning van de bekkenbodemspieren.

Alle specialisten verzamelen

De bekkenbodem wordt vaak door veel verschillende specialisten onderzocht en behandeld. De uroloog, de gynaecoloog, de chirurg, de kinderchirurg, de gastro-enteroloog en de bekkenfysiotherapeut. Maar ook de seksuoloog, incontinentieverpleegkundige en psycholoog kunnen een belangrijke rol spelen. In een bekkenbodemcentrum zijn al deze specialisten aanwezig en met elkaar kijken zij zorgvuldig naar het probleem om met een zo goed mogelijk behandelplan te komen. In Nederland zijn in veel ziekenhuizen, maar ook daarbuiten, verschillende bekkenbodemcentra en -teams. Niet in alle centra werken dezelfde specialisten. Voor ontlastingsincontinentie wordt u bijvoorbeeld doorverwezen naar een centrum waar een chirurg aanwezig is, die hierin is gespecialiseerd. Dit geldt ook voor volwassenen met een aangeboren afwijking in het bekkenbodemgebied. Op de website van de *Stichting Bekkenbodem Patiënten*, **www.bekkenbodem.net**, staat een overzicht van alle bekkenbodemcentra. U kunt daar kijken welk centrum bij u in de buurt zit of welk het meest geschikt is voor uw specifieke klacht. Veel bekkenbodemcentra hebben zelf ook een website, waarop u veel kunt lezen over bekkenbodemproblemen en wat eraan kan worden gedaan.

Meer lezen?

www.bekkenbodem.net
Patiëntenstichting voor bekkenbodempatiënten. Voor € 18 bent u donateur. Overigens vergoeden de meeste zorgverzekeraars een lidmaatschap van een patiëntenvereniging. Vraag ernaar bij uw verzekeraar.

www.incontinentie.net
Op deze site vindt u veel informatie over incontinentie en de behandelmethoden. Maar vooral ook over de sociale aspecten en het leven met een incontinentieprobleem. Met onder andere verhalen van lezers, nieuwtjes en recent onderzoek.
Leuk zijn de vragenlijsten over bijvoorbeeld absorberende materialen en over het leven met incontinentie. U kunt ze zelf invullen, maar ook kijken wat anderen hebben ingevuld. Vaak heel herkenbaar!

www.seksualiteit.nl
Pijn bij het vrijen, gevoelens van schaamte bij urineverlies, niet kunnen ontspannen? De bekkenbodem heeft veel te maken met seksualiteit. Op deze site kunt u vrijblijvend en anoniem lezen over seksualiteit en aanverwante onderwerpen. Ook kunt u uw vraag of probleem voorleggen aan één van de drie seksuologen. Het tarief voor dit e-mailconsult is gelijk aan het tarief van een telefonisch consult bij de huisarts: € 12,40.

www.kiesbeter.nl
Deze onafhankelijke website van het *RIVM* biedt informatie over welke verzekering het best bij u past en geeft u handige en nuttige tips.

www.nvog.nl
Deze site van de *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* geeft handige tips en u kunt brochures downloaden.

www.npcf.nl
De overkoepelende organisatie van patiëntenorganisaties.

tekst: jannemieke van dieren/maremedia

Word donateur van de SBP voor slechts € 18

Donateurs ontvangen na betaling een welkomstpakket bestaande uit:

- Gratis manicuur/naaisetje.
- Toiletgids met handige toiletadressen in de tien grootste steden van Nederland (zo lang de voorraad strekt).
- *B-Wijzer*, patiëntenmagazine met uitgebreide informatie over de bekkenbodem.

Wat doet de SBP voor donateurs?

- 4x per jaar patiëntenmagazine *B-Wijzer*
- Lotgenotencontact
- Belangenbehartiging
- Jaarlijkse informatiebijeenkomst
- Medisch panel geeft antwoord op uw vragen/ second opinion

Als u nu donateur wordt, maakt u kans op een weekend of mid-week in eigen land!*

Ja, ik word donateur van de Stichting Bekkenbodem Patiënten

Naam: m/v

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoonnummer: Geboortedatum:

E-mailadres:

Ik meld me aan als

☐ patiënt, klachten:

☐ beroepsmatig: (beroep en organisatie invullen)

☐ anders, namelijk:

☐ ik machtig de *SBP* het donateursgeld van € 18 automatisch van mijn rekening af te schrijven.

Bank/gironummer: ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣

Datum: Handtekening:

Het donateurschap loopt van 1 januari tot en met 31 december. Opzeggen dient schriftelijk vóór 1 november te gebeuren. * 1 juli 2006 is de sluitingsdatum voor deze actie. Dan wordt via een loting bepaald wie de gelukkige winnaar is. In de loop van juli ontvangt de prijswinnaar bericht. Over de uitslag kan niet worden gecorrespondeerd. Kijk op **www.bekkenbodem.net** voor de actievoorwaarden.
Heeft u last van bekkenpijn (voorheen bekkeninstabiliteit genoemd), neem dan contact op met de Stichting voor Bekkenproblemen.
Kijk voor gegevens op pagina xx van deze special.

Donateurs ontvangen een gratis manicuur/ naaisetje!

Stuur deze coupon naar: SBP/Margriet lezersactie, Postbus 429, 3440 AK Woerden

fotografie: eric van lokven. styling: esther jostmeijer.