

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Incontinentie voor urine

Faber E, Custers JWH, Berghmans LCM, Van Dongen JJAM, Van Groenigen COM, Gruppings-Morel MHM, Hogen Esch FHA, Lagro-Janssen ALM, Van Pinxteren B, Verstappen WHJM. Huisarts Wet 2007;50(5):S9-S12

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Incontinentie voor urine is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De LESA geeft richtlijnen voor samenwerking van huisartsen en fysiotherapeuten bij het verlenen van zorg aan patiënten met klachten van onwillekeurig urineverlies – hierna kortweg urine-incontinentie genoemd – en houdt daarbij rekening met de verschillen tussen beide beroepsgroepen in taken en verantwoordelijkheden.

In de zorg aan patiënten met urine-incontinentie hebben zowel de huisarts als de fysiotherapeut een grote rol. Daarom is het belangrijk dat zij bij de behandeling en begeleiding van deze patiënten optimaal samenwerken en hun beleid onderling afstemmen. Het NHG en het KNGF beogen met deze LESA overeenstemming te bereiken over de onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen huisarts en fysiotherapeut en hiermee de samenwerking te optimaliseren.

In deze LESA staan globale richtlijnen. Het verdient aanbeveling dat huisartsen en fysiotherapeuten regionaal deze richtlijnen bespreken en aan de hand hiervan werkafspraken maken over het beleid bij incontinentieproblematiek.

Voor het formuleren van de aanbevelingen in deze LESA is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Incontinentie voor urine¹ (2006), de KNGF-richtlijn Stress urine incontinentie² (1998) en waar nodig consensus van de werkgroep.

Achtergronden

Urine-incontinentie is gedefinieerd als iedere vorm van onvrijwillig urineverlies en kan in verschillende vormen voorkomen. De gevolgen van urine-incontinentie kunnen sterk uiteenlopen en zijn niet altijd in overeenstemming met de objectieve ernst van het urineverlies. In het verlengde hiervan wordt aanbevolen speciale aandacht te besteden aan de hulpvraag van de patiënt.

Deze LESA beperkt zich tot die vormen van urine-incontinentie waarbij initiële behandeling in de eerste lijn de voorkeur heeft:

Stress-incontinentie: onwillekeurig urineverlies tijdens momenten van intra-abdominale drukverhoging, zoals tijdens inspanning of hoesten.

Urgency-incontinentie (voorheen *urge-incontinentie*³): onwillekeurig urineverlies samen gaand met of direct voorafgegaan door een plotse, onhoudbare mictiedrang. Deze vorm van incontinentie maakt onderdeel uit van het overactieveblaassyndroom.

Gemengde incontinentie: onwillekeurig urineverlies, zowel tijdens momenten van intra-abdominale drukverhoging als in associatie met plotse mictiedrang.

Epidemiologie

Urine-incontinentie komt – afhankelijk van de gehanteerde definitie – voor bij een kwart tot ruim de helft van alle volwassen vrouwen en bij minder dan 10% van alle volwassen mannen. De prevalentie neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Ongeveer de helft van alle patiënten met incontinentie zoekt professionele hulp.

Vrouwen jonger dan 65 jaar met incontinentieklachten hebben in meerderheid stress-incontinentie; bij ouderen gaat het vaker om urgency- of gemengde incontinentie.

De huisarts verwijst ongeveer 7% van alle patiënten met incontinentieklachten door naar de fysiotherapeut en schrijft bij ongeveer 40% opvangmateriaal voor.⁴

Uitgangspunten van begeleiding

Huisarts

De huisarts neemt de anamnese af en doet lichamelijk en aanvullend onderzoek. Tijdens het lichamelijk onderzoek beoordeelt de huisarts of de patiënt de bekkenbodemspieren op de juiste wijze kan aanspannen en ontspannen, en of er sprake is van een prolaps of tumoren in het kleine bekken. Bij (een vermoeden van) urgency-incontinentie gaat de huisarts na of de bekkenbodemspieren hypertoon zijn. Vervolgens onderzoekt de huisarts de urine op de aanwezigheid van erytrocyten en op tekenen van een urineweginfectie. Ook laat de huisarts de patiënt gedurende drie dagen een mictiedagboek bijhouden, tenzij er geen enkele twijfel bestaat over de diagnose stressincontinentie en de ernst van de incontinentie.

Op basis van de bevindingen stelt de huis-

arts vast om welk type urine-incontinentie het gaat, wat de omvang is van het urineverlies en welke invloed het heeft op het dagelijks functioneren, en of er mogelijk sprake is van een onderliggende aandoening of andere factoren die kunnen bijdragen aan het onwillekeurig urineverlies. In de diagnose wordt onderscheid gemaakt tussen stress-incontinentie, urgency-incontinentie, gemengde incontinentie, urine-incontinentie waarbij niet-urologische factoren op de voorgrond staan en overige vormen van urine-incontinentie.

De huisarts heroverweegt het gebruik van geneesmiddelen die urine-incontinentie

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Incontinentie voor urine is het resultaat van overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten over (gedeelde) zorg aan patiënten met urine-incontinentie.
- In de LESA worden de taken beschreven die behoren tot het specifieke werkgebied van huisartsen en fysiotherapeuten en die behoren tot het gezamenlijke werkgebied. Daarnaast wordt aangegeven op welke momenten afstemming en/of samenwerking nodig is.
- De in deze LESA beoogde doelgroep van fysiotherapeuten zijn geregistreerde bekkenfysiotherapeuten en fysiotherapeuten met extra scholing op het gebied van bekkenbodempatiëntiek.
- De huisarts kan de behandeling zelf starten of de patiënt voor oefentherapie naar de fysiotherapeut verwijzen.
- In het kader van directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) delen de werkgroepsleden het standpunt dat het proces van fysiotherapeutische diagnose en behandeling bij patiënten met klachten van urine-incontinentie niet van start kan gaan voordat er contact is geweest met de huisarts. Andere, niet door de fysiotherapeut te beïnvloeden oorzaken zoals urineweginfecties moeten eerst worden uitgesloten.
- Deze LESA geeft aandachtspunten die het overleg op lokaal of regionaal niveau kunnen structureren en op basis waarvan huisartsen en fysiotherapeuten in regionaal verband werkafspraken kunnen maken.

kunnen doen ontstaan of doen toenemen. Tevens bespreekt de huisarts de wenselijkheid van het gebruik van opvangmateriaal met de patiënt. Bij stress-, urgency- of gemengde incontinentie kan de huisarts de behandeling zelf starten of de patiënt doorverwijzen naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut (zie kader) of naar een fysiotherapeut met voldoende aanvullende scholing op het gebied van bekkenbodempromotiek.

Voor gedetailleerde diagnostische en therapeutische richtlijnen wordt verwezen naar de NHG-Standaard Incontinentie voor urine.

Fysiotherapeut

De patiënt kan door de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist naar de fysiotherapeut worden verwezen. Sinds januari 2006 kan de patiënt, in het kader van directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF, zie kader), ook zonder verwijzing een fysiotherapeut consulteren. In dit laatste geval start de fysiotherapeut met een screening. Bij klachten van urine-incontinentie adviseert de fysiotherapeut de patiënt eerst de huisarts te consulteren. Nadat deze eventuele onderliggende pathologie heeft uitgesloten, kan het fysiotherapeutisch onderzoek van start gaan. Het fysiotherapeutisch onderzoek heeft tot doel een indruk te krijgen van de aard en de ernst van de urine-incontinentie, en van de mate waarin deze door fysiotherapie te beïnvloeden is.

Wanneer de fysiotherapeut het in het kader

Inbreng van de patiënt

Een LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners. Doel is dat patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenspraak met de patiënt het beleid vast. Zij houden daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en stemmen de voorlichting daarop af.

Afweging door de hulpverlener

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken.

Geregistreerd bekkenfysiotherapeut

Binnen de fysiotherapie bestaat de specialisatie bekkenfysiotherapie. In Nederland zijn in januari 2007 meer dan 200 geregistreerde bekkenfysiotherapeuten werkzaam. Daarnaast zijn er ongeveer 800 fysiotherapeuten met extra scholing op het gebied van bekkenbodempromotiek.

Geregistreerde bekkenfysiotherapeuten zijn fysiotherapeuten die zich in een aanvullende opleiding hebben gespecialiseerd in onder andere inwendig onderzoek en inwendige behandeling, gericht op bekkenfysiotherapie. Het KNGF adviseert fysiotherapeuten inwendige handelingen in het bekkengebied gericht op bekkenfysiotherapie over te laten aan geregistreerde bekkenfysiotherapeuten.

Het KNGF stelt verder in zijn richtlijnen dat fysiotherapeuten die zich bezighouden met bekkenbodempromotiek dienen te beschikken over aantoonbare specifieke kennis, vaardigheid, attitude en inzicht voor deze groep van patiënten.

Een groot deel van de geregistreerde bekkenfysiotherapeuten en fysiotherapeuten met extra scholing op het gebied van bekkenbodempromotiek is lid van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre- en postpartum gezondheidszorg (NVFB). De NVFB is een door het KNGF erkende beroepsinhoudelijke vereniging. Een overzicht van geregistreerde bekkenfysiotherapeuten is beschikbaar via <http://www.nvfb.nl>.

De in deze LESA genoemde fysiotherapeuten zijn geregistreerde bekkenfysiotherapeuten en fysiotherapeuten met extra scholing op het gebied van bekkenbodempromotiek.

Directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF)

Per 1 januari 2006 heeft de wet patiënten de mogelijkheid gegeven om zonder verwijzing van een arts een fysiotherapeut te consulteren: directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF). In geval van DTF start de fysiotherapeut altijd met een screening om na te gaan of verder fysiotherapeutisch onderzoek geïndiceerd is. Dit is uitsluitend aan de orde als er sprake is van een patroon van tekenen en/of symptomen dat binnen het competentiegebied van de individuele fysiotherapeut valt. In elke situatie waarin (1) het patroon voor de fysiotherapeut niet bekend is, of (2) het patroon bekend is maar er sprake is van één of meer afwijkende symptomen dan wel een afwijkend beloop, of (3) er één of meer rode vlaggen (strikt belemmerende factoren voor behandeling) aanwezig zijn, informeert de fysiotherapeut de patiënt over deze bevindingen en adviseert hij de patiënt contact op te nemen met de (huis)arts.

Bij patiënten met klachten van urine-incontinentie zijn medische gegevens noodzakelijk om andere oorzaken, bijvoorbeeld een urineweginfectie, uit te sluiten. De werkgroep leden delen het standpunt dat na de screening het fysiotherapeutisch diagnostisch en behandlungsproces niet wordt gestart voordat er contact is geweest met de huisarts. De patiënt krijgt dan het advies de huisarts te consulteren of wordt gevraagd toestemming te geven voor overleg van de fysiotherapeut met de huisarts.

van diagnostiek en/of behandeling noodzakelijk acht over te gaan tot inwendig handelen, dient de patiënt altijd toestemming te geven en volledig geïnformeerd te zijn over de behandeling en mogelijke alternatieven. Voor gedetailleerde diagnostische en therapeutische richtlijnen wordt verwezen naar de KNGF-richtlijn Stress urine incontinentie.²

Voorlichting en therapie

Voorlichting

De behandelaar – huisarts of fysiotherapeut – geeft informatie en uitleg over de anatomie en het continentiemechanisme, het normaal functioneren van bekkenbodempromotiek, blaas en lagere urinewegen en over het toiletgedrag.

Bij *stress-incontinentie* legt de behandelaar uit dat de klachten worden veroorzaakt doordat de afsluiting van de blaas niet optimaal functioneert. De bekkenbodempromotiek spe-

len bij de afsluiting van de blaas een belangrijke rol. Door oefeningen kan de functie van deze spieren worden verbeterd, waarbij de kans op genezing groter is naarmate men beter gemotiveerd is en intensiever oefent. Bij *urgency-incontinentie* legt de behandelaar uit dat de klachten worden veroorzaakt door een toegenomen prikkelbaarheid van de blaas, ook wel 'overactieve blaas' genoemd. Door toe te geven aan de prikkel om frequent te plassen houden de patiënten de klachten in stand. De klachten zijn te verhelpen door de blaas te trainen, waarbij de kans op succes groter is naarmate men beter gemotiveerd is en intensiever oefent. In alle gevallen is het van belang om de patiënt uit te leggen dat het soms enige tijd kan duren voordat de doelstelling wordt bereikt. De patiënt moet dan ook regelmatig gemotiveerd worden om de oefeningen te blijven uitvoeren.

Therapie

De behandeling start in het algemeen met oefentherapie. Deze oefentherapie bestaat uit bekkenbodemspieroefeningen bij stress-incontinentie en uit blaastraining bij urgency-incontinentie. Bij gemengde incontinentie wordt als eerste het type incontinentie behandeld waarvan de patiënt het meeste hinder ondervindt; wanneer verbetering optreedt, kan behandeling van het andere type worden toegevoegd aan de oorspronkelijke behandeling.

Een geregistreerd bekkenfysiotherapeut kan bij de behandeling van urgency-incontinentie ook elektrostimulatie⁵ toepassen naast of in plaats van blaastraining.

Ter ondersteuning van de behandeling kan de huisarts opvangmateriaal of hulpmiddelen voorschrijven. Bij urgency-incontinentie kan de huisarts medicatie voorschrijven ter ondersteuning van de oefeningen. Ook kan de huisarts een patiënt verwijzen naar een (in)continentieverpleegkundige binnen de eerste lijn voor extra ondersteuning bij het volhouden van de oefeningen, het afstemmen van de voorlichting op de thuissituatie van de patiënt en het bespreken van de verschillende soorten opvangmateriaal en het gebruik hiervan.

Verwijzen en afstemmen

Start samenwerking

De huisarts start de behandeling zelf of verwijst de patiënt hiervoor door naar een fysiotherapeut. Wanneer de huisarts twijfels heeft over de diagnose, of wil weten of de incontinentie fysiotherapeutisch behandelbaar is, kan de huisarts de patiënt schriftelijk verwijzen naar een fysiotherapeut voor een éénmalig fysiotherapeutisch-diagnostisch consult. Dit eenmalige consult levert gegevens op over de aard, ernst en mate van fysiotherapeutische beïnvloedbaarheid van de urine-incontinentie.

Wanneer de huisarts de behandeling start en het blijkt dat de patiënt er na instructie niet in slaagt om de juiste spieren aan te spannen of te ontspannen, verwijst de huisarts de patiënt naar een fysiotherapeut.

Wanneer een patiënt met urgency-incontinentie ook hypertone bekkenbodemspieren heeft, wordt de huisarts aanbevolen de patiënt te verwijzen naar een fysiotherapeut voor blaastraining gecombineerd met oefentherapie ter ontspanning.

De werkgroepsleden delen het standpunt dat de fysiotherapeut in geval van directe consultatie of consultatie via de bedrijfsarts, vóór het opstarten van het fysiotherapeutisch-diagnostisch onderzoek dient te beschikken over medische gegevens om er zeker van te zijn dat relevante onderliggende oorzaken, zoals een urineweginfectie,

zijn uitgesloten. De fysiotherapeut kan dit doen door de patiënt te verwijzen naar de huisarts of diens toestemming te vragen voor overleg met de huisarts.

Afstemming en (terug)verwijzing

Als na het fysiotherapeutisch-diagnostisch onderzoek blijkt dat de klachten niet fysiotherapeutisch beïnvloedbaar zijn of als het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling na zes tot negen behandelingen onbevredigend is, verwijst de fysiotherapeut de patiënt terug naar de huisarts.

De fysiotherapeut informeert de huisarts schriftelijk over het fysiotherapeutisch-diagnostisch onderzoek en de resultaten van de behandeling.

Terugval

Wanneer de patiënt enige tijd na de behandeling opnieuw om hulp vraagt vanwege recidiverende klachten, worden de anamnese en de overige diagnostiek herhaald. Hierbij beoordeelt de betreffende zorgverlener of de diagnose dezelfde is en of er geen andere wijzigingen zijn in de fysieke omstandigheden van de patiënt (bijvoorbeeld comorbiditeit). Blijkt de diagnose hetzelfde en zijn de omstandigheden vergelijkbaar dan kan de patiënt worden geholpen door een korte behandeling van twee tot vier sessies (remindertherapie), ook als dat in het kader van DTF gebeurt.

Wanneer er aanleiding is tot een wijziging van de diagnose of de fysieke omstandigheden gewijzigd zijn, verwijst de fysiotherapeut de patiënt vóór het opstarten van de remindertherapie naar de huisarts voor herbeoordeling of vraagt diens toestemming om met de huisarts te overleggen.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

- Waar zijn de geregistreerde bekkenfysiotherapeuten in de regio gevestigd?
- Waar zijn de fysiotherapeuten met extra scholing op het gebied van bekkenbodempatiëntie in de regio gevestigd?
- Wat zijn de specifieke competenties van de fysiotherapeuten met extra scholing op het gebied van bekkenbodempatiëntie in de regio?
- Wanneer volgt verwijzing naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut, respectievelijk naar een fysiotherapeut met extra scholing op het gebied van incontinentieproblematiek?
- Welke afspraken worden gemaakt met betrekking tot inwendig onderzoek en behandeling?
- Hoe en wanneer wordt patiëntinformatie wederzijds overgedragen?
- Welke afspraken worden regionaal ge-

maakt met betrekking tot de directe toegankelijkheid fysiotherapie voor patiënten met urine-incontinentie?

- Zijn er (in)continentieverpleegkundigen in de regio en hoe kunnen deze worden ingezet?
- Is er een (multidisciplinair) incontinentiecentrum aanwezig in de regio?

Totstandkoming

In januari 2006 startte een werkgroep van huisartsen en fysiotherapeuten benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: J.J.A.M. van Dongen, C.O.M. van Groenigen, prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, B. van Pinxteren, dr. W.H.J.M. Verstappen, allen huisarts, en dr. E. Faber.

Namens de KNGF hadden zitting: dr. L.C.M. Berghmans, dr. J.W.H. Custers, M.H.M. Gruppings-Morel, F.H.A. Hogen Esch, allen fysiotherapeut. De belangrijkste discussiepunten in de werkgroep waren:

- wanneer verwijzen naar een geregistreerd bekkenbodempatiënt of naar een fysiotherapeut met extra scholing op het gebied van bekkenbodempatiëntie;
- hoe om te gaan met directe toegankelijkheid fysiotherapie bij patiënten met urine-incontinentie;
- elektrostimulatie als fysiotherapeutische behandelvorm.

In november 2006 is een conceptversie ter becomingariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden). Het KNGF heeft de conceptversie voorgelegd aan een selectie van 47 fysiotherapeuten, zowel algemeen fysiotherapeuten als geregistreerde bekkenfysiotherapeuten. Er werd commentaar ontvangen van 19 huisartsen en 20 fysiotherapeuten. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: dr. R.A.G. Winkens en H.P. Breedveldt Boer, beiden huisarts; dr. J. Schagen van Leeuwen, gynaecoloog; drs. C.P. Albers-Heitner, geregistreerd bekkenfysiotherapeut; M. van Engelenburg-van Lonkhuyzen, namens de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie; A. Link, namens het College voor zorgverzekeringen. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In januari 2007 is de concepttekst door het NHG en KNGF bestuurlijk vastgesteld. De coördinatie was in handen van dr. E. Faber (NHG) en dr. J.W.H. Custers (KNGF).

S. Flikweert, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA. Namens het KNGF was drs. Ph. van der Wees als projectleider betrokken.

Via het Network Eerstelijns Organisaties (NEO, <http://www.neonetwerk.nl>) werd subsidie van het ministerie van VWS verkregen voor de totstandkoming van de LESA Incontinentie voor urine.

© 2007 Nederlands Huisartsen Genootschap en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Literatuur

- 1 Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Teunissen D, Van Pinxteren B. NHG-Standaard Incontinentie voor urine. Eerste herziening. Huisarts Wet 2006;49:501-10. Zie ook <http://www.nhg.org>.
- 2 Berghmans LCM, Bernards ATM, Bluyssen AMWL, Gruppings-Morel MHM, Hendriks HJM, De Jong-van Lerland MJE, et al. KNGF-richt-

lijn Stress urine incontinentie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2006;115(Suppl 1):1-36. http://www.kngf.nl/dossier_files/uploadFiles/RLSUI2005.pdf
Deze KNGF- richtlijn wordt momenteel geactualiseerd, de inhoud van de LESA is mede gebaseerd op het concept van de nieuwe richtlijn. Waar wordt afgeweken van de bestaande richtlijn is een referentie naar de

wetenschappelijke literatuur opgenomen.
3 Abrams P. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourol Urodyn* 2006;25:293.
4 GP, Schellevis FG, De Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005;15:59-65.

5 Wilson PD, Berghmans BHS, Hay-Smith J, Moore K, Nygaard I, Sinclair L, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khour S, Wein A, editors. *Incontinence*. Paris: Health Publication Ltd., 2005. p. 855-964. http://www.icsoffice.org/documents/ici_pdfs_3/book.pdf.