



“Er komt steeds meer aandacht voor bekkenbodemplachten. Hopelijk zoeken vrouwen daardoor sneller medische hulp”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer de **verbetering van de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Guido Benschop

## aan het **Bureau**

**Sjoerd Jilderda is projectleider bij het Zorginstituut.**

“In het *Verbetersignalement Zinnige Zorg bij bekkenbodemplachten* (juli 2020) beschreven wij samen met betrokken partijen hoe deze zorg verbeterd kon worden. Het ging hier vooral om de zorg voor vrouwen met urine-incontinentie (UI) en baarmoederverzakking (prolaps). Deze klachten komen veel voor bij vrouwen boven de veertig: van hen heeft 30 tot 55 procent UI-klachten en 40 procent een prolaps. Hoewel deze klachten veel ongemak geven, zoeken maar weinig vrouwen medische hulp. Velen denken dat er weinig aan te doen is. Verbetering van de patiënteninformatie is dan ook een belangrijk verbeterpunt uit het signalement. De andere drie punten zijn 1: betere diagnostiek bij UI door de richtlijnen beter te volgen. 2: toepassen van *stepped care* bij UI-behandeling in de eerste lijn. Gebruik bijvoorbeeld eerst een plasdagboek in plaats van direct door te verwijzen of medicijnen voor te schrijven. Ook moet het makkelijker worden om bij een prolaps een steunpessarium door de huisarts te laten aanmeten en plaatsen. En 3: eerder evalueren van het effect van bijvoorbeeld een medicijn, urine-incontinentiemateriaal of de bekkenbodemplachtherapie, zodat tijdig bijgestuurd kan worden.

Eind 2021 begonnen partijen met de implementatie van deze punten. Dat loopt tot eind 2024. Het Zorginstituut monitort de voortgang en faciliteert waar mogelijk. Zo onderzoeken we momenteel of steunpessaria in de eerste lijn kunnen worden vergoed als hulpmiddel tegen UI. Deze zorg valt dan mogelijk onder ‘noodzakelijk te verzekeren zorg’, zoals omschreven in een recent geüpdatet afwegingskader hierover. Daarnaast voerden we afgelopen jaar een ‘mediascan’ uit. Daaruit bleek dat betrokken partijen hun patiënteninformatie al sterk geprofessionaliseerd hebben. Ook is er in publieksmedia inmiddels meer aandacht voor deze klachten. We kunnen nog niet concluderen of vrouwen nu sneller naar de dokter gaan, maar het is zeker een stap in de goede richting.”

## aan het **Bed**

**Jacqueline Groeneweg is gynaecoloog en  
secretaris NVOG-werkgroep bekkenbodem.**

“Naast mijn werk in het IJsselland ziekenhuis heb ik parttime bij het Zorginstituut gewerkt en meegeschreven aan het verbeteringsignalement. Het was leuk om eerst betrokken te zijn bij de theorie om die daarna in de praktijk te kunnen brengen. Duidelijk werd dat vooral de richtlijnen aangepast en beter op elkaar afgestemd moesten worden; de richtlijnen van de NHG en de NVOG weken namelijk van elkaar af. Mede daarom past de NVOG steeds vaker alleen modules aan. Door daarbij ook input van huisartsen en urologen te gebruiken, zijn de richtlijnen nu meer op elkaar afgestemd. We hebben inmiddels goede slagen gemaakt met de implementatie. Een mooi voorbeeld van de verbetering van de ‘nuldlijnszorg’ is de website [bekkenbodemwijzer.nl](http://bekkenbodemwijzer.nl). Ook werken we aan een verschuiving van zorg naar de eerste lijn door meer huisartsen te scholen in het plaatsen van een pessarium. Dat maakt het voor vrouwen makkelijker om de zorg dicht bij huis te krijgen.

Los van het verbeteringsignalement werken we vanuit de NVOG verder aan de *awareness* van artsen. In deze regio doen we dat binnen het netwerk BeterKeten. We organiseren fysieke en online bijeenkomsten voor gynaecologen om elkaar bij te praten en van elkaar te leren. Zulke netwerken zijn er ook in Brabant, Groningen en Noord-Holland. Binnen BeterKeten weten we van elkaar welke ingreep in welk ziekenhuis wordt gedaan. Daardoor kan je makkelijker doorverwijzen. Ook geeft het regionaal overleg meer inzicht in eventuele praktijkvariatie, waardoor we er beter op kunnen sturen dat iedereen dezelfde zorg krijgt. Zo werken we – binnen en buiten de context van het verbeteringsignalement – samen aan hetzelfde doel: zorgen dat vrouwen met bekkenbodemplakhten goed geïnformeerd worden en betere toegang krijgen tot passender en effectievere zorg, en bij voorkeur dicht bij huis.”



“Vrouwen met  
UI of prolaps moeten  
betere toegang krijgen  
tot passender zorg, en  
bij voorkeur dicht  
bij huis”