

De overactieve blaas: de weg naar een geoptimaliseerd zorgtraject

Een overactieve blaas (OAB) is een hardnekkige aandoening die het dagelijks leven van vele patiënten ingrijpend beïnvloedt. Aandrag, vaak moeten plassen, soms ook 's nachts; deze symptomen komen bij 1 op de 6 mensen boven de 40 jaar voor.^{1,2} Toch is de aanpak versnipperd. De NHG-standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen dateert van 2015, richtlijnen van urologen en gynaecologen sluiten niet altijd op elkaar aan en tussen de eerste en tweede lijn gaat cruciale informatie verloren.² De nieuw ontwikkelde 'OAB-checklist' hoopt deze barrières te slechten.

Inleiding

Een stuurgroep van deskundigen waarin urologen, uro-gynaecologen, een huisarts, een verpleegkundig specialist en een bekkenfysiotherapeut vertegen-

woordigd zijn, heeft het OAB-zorgtraject geëvalueerd en geïdentificeerd. Het doel hiervan was om te bekijken waar optimalisatie mogelijk is om te voldoen aan de behoeften van patiënten en zorgverleners.

STUURGROEP VAN DESKUNDIGEN



Dr. Manon Kerkhof,
uro-gynaecoloog
Curilion



Dr. Hanny Cobussen-Boekhorst,
verpleegkundig specialist
Radboudumc



Dr. Evert Koldewijn,
uroloog
Catharina Ziekenhuis



MSc. Marian Rombouts,
bekkenfysiotherapeut
Nijmegen



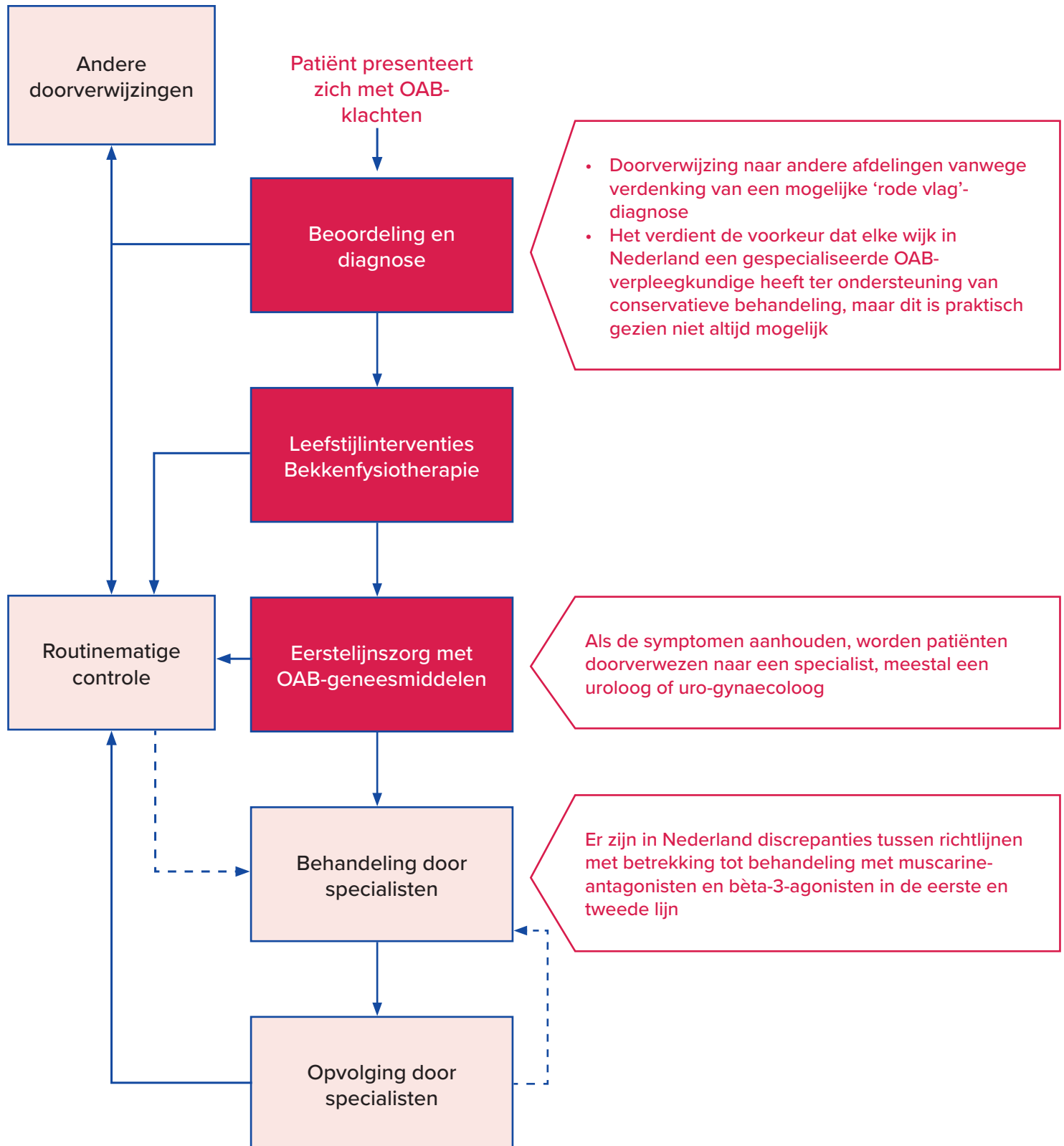
Prof. Dr. John Heesakkers,
uroloog
Maastricht UMC+



Dr. René Schellart,
uro-gynaecoloog
Spaarne Gasthuis

Een 'normaal' OAB-zorgtraject

Onderstaand vereenvoudigde schematische traject werd ontwikkeld aan de hand van discussie binnen de stuurgroep en wordt geacht representatief te zijn voor de zorgtrajecten in heel Nederland. Hiermee identificeerde de stuurgroep mogelijke uitdagingen en barrières voor optimale zorg.



De rode vakken beschrijven normaal gesproken eerstelijnszorgprocessen

Met de Delphi-methode zijn 50 best-practice-statements voor het OAB-zorgtraject ontwikkeld, gericht op diagnose, conservatieve behandeling, medicatie en specialistische zorg. Deze werden voorgelegd aan 129 Nederlandse zorgverleners via een vragenlijst met een 4-punts Likert-schaal. De mate van consensus per statement werd bepaald met drempels van $\geq 75\%$ voor consensus en $\geq 90\%$ voor zeer hoge consensus. Op basis van de consensus scores heeft de stuurgroep een checklist opgesteld. Deze checklist kan gebruikt worden bij het beoordelen van lokale OAB-zorgtrajecten en het identificeren van mogelijke verbeterpunten.

Een diagnostisch kader voor een complex syndroom

“De ‘OAB-checklist’ brengt structuur in een veld dat lang te breed en te vaag was”, aldus uroloog prof. John Heesakkers. “Eindelijk hebben we een gemeenschappelijke taal om over OAB te praten.” Volgens Heesakkers zit het probleem dieper dan een verouderde richtlijn. “De definitie van OAB is symptoomgebaseerd. Mensen met OAB worden in één hokje geplaatst ondanks dat de oorzaak – neurologisch, hormonaal, mechanisch – totaal verschillend kan zijn. Dat maakt behandeling moeilijk. De ene patiënt reageert prima op medicatie, de ander helemaal niet. We weten nog te weinig over welke subgroepen op welke therapie reageren. De checklist dwingt zorgverleners om eerst zorgvuldig te beoordelen: zijn er ‘red flags’? Is de mictie pijnlijk of is er sprake van hematurie, nycturie of zijn er comedication-effecten? Zo voorkom je dat iedereen meteen in hetzelfde protocol belandt”, stelt Heesakkers. Hij hoopt dat de checklist ook de brug slaat naar een meer profielgerichte benadering. “We moeten toe naar profilering: niet behandelen op symptomen alleen, maar ook op oorzaak. Dat bespaart tijd, frustratie én kosten.”

De praktijk vraagt om compacte richtlijnen

Volgens uro-gynaecoloog Kerkhof is de kracht van de OAB-checklist dat die de essentie van de verschillende richtlijnen in één praktisch overzicht samenvat. “Richtlijnen zijn vaak zo uitgebreid dat ze bijna leerboeken worden. Je pakt ze er niet even

bij tijdens je spreekuur.” Kerkhof benadrukt dat de checklist ook de samenwerking tussen disciplines bevordert. “Gynaecologen, urologen, huisartsen; we kijken allemaal met een iets andere bril. Door deze checklist gezamenlijk op te stellen hebben we consensus bereikt. Dat is winst. Voor vrouwen kan dit veel verschil maken. Zeker rond de overgang zien we een toename van OAB-klachten door uiteenlopende oorzaken. Vrouwen denken vaak dat het ‘erbij hoort’. Als de huisarts dat eerder herkent, diagnostiek doet en behandelt, kan worden voorkomen dat klachten verergeren of chronisch worden.”

Gestructureerd denken over behandeling

Ook uroloog Koldewijn noemt de OAB-checklist ‘een beknopte richtlijn in pocketformaat’. “Het dwingt tot systematisch denken: eerst beoordelen, dan conservatief behandelen, en pas daarna medicatie. Die structuur ontbrak vaak in de dagelijkse praktijk.” Volgens Koldewijn is dat vooral waardevol in de eerste lijn. “De meeste huisartsen werken met tientallen standaarden. Het is onrealistisch dat ze voor elke klacht een volledige richtlijn doorlezen. Deze checklist geeft een duidelijk pad zonder ballast.” Hij ziet nog een tweede voordeel: “Door dit gestructureerde stappenplan zullen minder patiënten onnodig naar de tweede lijn worden gestuurd. Dat maakt de zorg efficiënter en houdt de specialistische zorg beschikbaar voor de complexere gevallen.”

Voorkomen dat er stappen worden overgeslagen

“Het gaat erom dat iedereen dezelfde route volgt”, voegt uro-gynaecoloog Schellart toe. “In de geneeskunde leiden vele wegen naar Rome, maar uiteindelijk moeten we daar allemaal wel uitkomen!” Volgens Schellart was er tot nu toe te veel variatie. “Sommige huisartsen begonnen direct met medicatie, anderen verwezen te snel door. Met de checklist krijg je een handvat: welke stappen doorloop je, wat hoort in de eerste lijn, wat pas daarna?” De grootste winst, vindt hij, is duidelijkheid. “Niet alles ligt vast, maar je voorkomt dat er cruciale stappen worden overgeslagen. En dat helpt zowel patiënten als behandelaars.” Hij benadrukt dat OAB geen levensbedreigende ziekte is, maar wel één die de

levenskwaliteit sterk beïnvloedt. “Juist daarom is een gestructureerde aanpak zo belangrijk. Kleine interventies kunnen enorme verbetering geven.”

Bekkenfysiotherapie aan het begin inzetten

Bekkenfysiotherapeut Marian Rombouts wijst erop dat bekkenfysiotherapie in alle richtlijnen de eerste stap van behandeling is, maar vaak te laat in beeld komt. “Veel patiënten hebben een disbalans in de bekkenbodem: te slap of juist te gespannen. Met gerichte training, toiletadviezen en leefstijlinterventies kunnen we veel bereiken, vaak zonder medicatie.” De OAB-checklist helpt volgens haar niet alleen fysiotherapeuten, maar ook huisartsen en urologen/gynaecologen om aan die eerste stap te denken. “Er wordt nog te vaak direct aan de blaas gesleuteld, terwijl het probleem elders ligt. Als je dat negeert, werkt ook medicatie minder goed.” Daarnaast ziet ze de checklist als stimulans voor betere samenwerking. “Bekkenfysiotherapie hoort niet aan het eind van de rit, maar aan het begin. Deze checklist legt dat vast. Dat is winst voor iedereen.”

De patiënt centraal

Alle leden van de stuurgroep benadrukken dat de checklist geen papieren exercitie is. “Het gaat om mensen die hun leven aanpassen omdat ze niet weten

wanneer ze weer naar het toilet moeten rennen”, zegt Heesakkers. “Met een beter gestructureerd zorgpad krijgen zij sneller de juiste hulp.” Schellart vult aan: “Veel vrouwen schamen zich nog, zeker de oudere generatie. Soms behelpen zij zich met incontinentie-/menstruatiemateriaal (al dan niet passend) en/of beperken hun sociale activiteiten. Als we die drempel verlagen door duidelijke stappen en voorlichting, kunnen we veel leed voorkomen.” Ook Rombouts ziet daar een grote kans. “Met goede uitleg, training en leefstijladvies kunnen veel mensen zelf regie houden. De checklist benadrukt dat OAB behandelbaar is.”

Meer eenduidigheid = meer effectiviteit

De nieuwe OAB-checklist markeert een belangrijke stap naar uniformiteit in de zorg voor patiënten met OAB. Ze vervangt geen richtlijnen, maar verbindt ze. Door helder te beschrijven wat elke zorgverlener moet doen, wordt de zorg overzichtelijker, doelmatiger en patiëntgerichter. Met name de rol van de eerste lijn kan hiermee worden versterkt; zo komen de taken van de huisarts helder in beeld. Dit helpt om efficiënt te screenen en te weten wanneer doorverwijzing wél of juist níet nodig is. Koldewijn: “Het lost de complexiteit van OAB niet op, maar maakt deze wel hanteerbaar. Precies wat de praktijk nodig had.”

Referenties

1. Milsom I, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population- based prevalence study.” BJU Int. 2001;87(9):760-6.
2. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (M46), juli 2015.
3. Statista. Population of the Netherlands in 2023, by age and gender. Beschikbaar via <https://www.statista.com/statistics/755052/population-of-the-netherlands-by-age-and-gender/>.

*Benieuwd naar de OAB-checklist?
Bekijk 'm hier!*



Mede mogelijk gemaakt door

