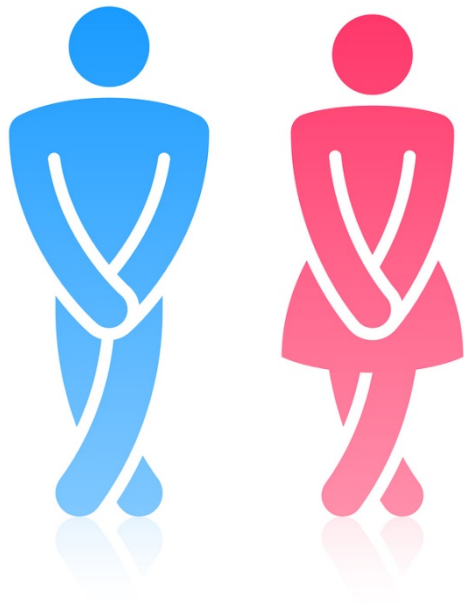


SAMENVATTING

OPTIMALISATIE VAN DE INCONTINENTIEFORFAITS



SYNTHESE

OPTIMALISATIE VAN DE INCONTINENTIEFORFAITS

CAROLINE OBYN, VICKY JESPERS, CÉCILE CAMBERLIN



■ VOORWOORD

Aanvankelijk leek de vraag die ons werd voorgelegd puur 'financieel' te zijn: we zouden nagaan hoe de forfaits, die het RIZIV toekent bij incontinentie, geoptimaliseerd konden worden. Maar eens ons onderzoek volop was opgestart, bleek het probleem verder te reiken dan verwacht.

Allereerst, waar gaat het hier over? Hoeveel van de 400.000 mensen, die volgens de laatste Belgische Gezondheidsenquête (2013) 'incontinentieproblemen hebben gehad in het afgelopen jaar' verloren enkel een paar druppels bij niezen of lachen, en hoeveel hadden de controle over urine volledig verloren? Er is namelijk geen algemeen aanvaarde definitie, die rekening houdt met de verschillende vormen, oorzaken en gradaties van incontinentie. En daarom zijn er ook geen precieze cijfers, noch voor urinaire noch voor fecale incontinentie. Daarentegen is het wel zeker dat het onderwerp taboe is, en dat men het niet graag ter sprake brengt, zelfs niet bij een arts.

Hier bij het KCE houden we van cijfers. Door te analyseren wat we konden vinden, stelden we vast dat - waarschijnlijk - een groot aantal van de betrokkenen onder de radar van ons gezondheidszorgsysteem blijft. Waarschijnlijk grijpen deze mensen naar oplossingen die binnen handbereik liggen (maar niet altijd goed zijn voor de portefeuille), zoals de verschillende soorten 'absorberende bescherming' voor vrouwen vanaf 50 jaar, die ons elke avond in TV-spots worden aangeprezen...

Nochtans zijn er andere, veel minder defaitistische oplossingen, die wel vaak een actieve deelname van de betrokkenen vergen. Er bestaan artsen, kinesitherapeuten en gespecialiseerde verpleegkundigen die in vele situaties van incontinentie echt het verschil kunnen maken. Toch merkten de door ons bevraagde stakeholders unaniem op dat er een sterke neiging tot 'therapeutisch nihilisme' is. Wat een gemiste kansen!

Ondanks de ontdekking dat de omvang van het probleem veel groter was dan verwacht, verloren we toch de oorspronkelijke vraag van de forfaits niet uit het oog, integendeel. Maar vermits er de wil is om deze forfaits te hervormen, kunnen we dit moment ook aanwenden om een nieuwe dynamiek bij alle actoren te doen ontstaan. En om een hernieuwde levenskwaliteit te bieden aan al diegenen die zich al hadden neergelegd bij wat zij als onvermijdelijk beschouwden.

Marijke EYSSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.



■ SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD.....	1
■	SYNTHESE	2
1.	INLEIDING.....	5
2.	WAT IS INCONTINENTIE EN HOE WORDT HET BEHANDELD?	6
2.1.	DE VERSCHILLENDE VORMEN VAN INCONTINENTIE	6
2.1.1.	Niet-neurologische urinaire incontinentie.....	6
2.1.2.	Urinaire incontinentie van neurologische oorsprong.....	7
2.1.3.	Fecale incontinentie	7
2.2.	AANPAK VAN (NIET-NEUROLOGISCHE) URINE-INCONTINENTIE	7
2.2.1.	Bij volwassenen (uitgezonderd ouderen).....	7
2.2.2.	Bij kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie.....	11
2.2.3.	Bij kinderen.....	12
2.3.	AANPAK VAN NEUROLOGISCHE URINAIRE INCONTINENTIE	12
2.4.	AANPAK VAN FECALE INCONTINENTIE	12
2.4.1.	Bij volwassenen (uitgezonderd ouderen).....	12
2.4.2.	Bij kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie.....	13
3.	DE SITUATIE IN BELGIË	13
3.1.	PREVALENTIE	13
3.2.	WAT DEKT HET RIZIV VAN INCONTINENTIEMATERIAAL?	14
3.3.	RIZIV-FORFAITS VOOR INCONTINENTIE.....	15
3.3.1.	Voorwaarden om een forfait te ontvangen.....	17
3.3.2.	Kenmerken van de personen die de incontinentieforfaits ontvangen.....	18



3.4.	FINANCIËLE TEGEMOETKOMINGEN EN TERUGBETALINGEN DOOR HET RIZIV VOOR BEHANDELINGEN	18
3.4.1.	Terugbetaling van kinesitherapie sessies voor pelvische reëducatie (RIZIV)	18
3.4.2.	Terugbetaling van een raadpleging bij een verpleegkundige (RIZIV)	19
3.4.3.	Terugbetaling van een behandeltraject in een continetiekliniek	19
3.4.4.	Terugbetaling van geneesmiddelen tegen incontinentie	19
3.4.5.	Terugbetaling van chirurgie.....	19
3.5.	FINANCIËLE TEGEMOETKOMINGEN DOOR DE GEFEDEREERDE ENTITEITEN	19
3.6.	ANDERE TUSSENKOMSTEN	20
3.7.	ZORGKLOOF	20
4.	VOORSTELLEN TER VERBETERING VAN DE INCONTINENTIEFORFAITS	20
4.1.	MOET HET PRINCIPE VAN DE FORFAITS WORDEN HERBEKEKEN?	20
4.2.	ZIJN DE FORFAITS TOEGANKELIJK?	21
4.2.1.	Voorstellen ter verbetering	21
4.3.	DEKKEN DE TWEE FORFAITS DE VARIATIE AAN KOSTEN BIJ PATIËNTEN?	22
4.3.1.	Voorstellen ter verbetering	23
4.4.	GROOT FORFAIT: KAN DE KATZ-SCHAAL VERVANGEN WORDEN DOOR DE BELRAI?	23
4.4.1.	Voorstellen ter verbetering	24
4.5.	HET KLEIN FORFAIT: KAN BEHANDELING OPGELEGD WORDEN ALS VOORWAARDE?	25
4.5.1.	Voorstellen ter verbetering	25
4.6.	KUNNEN DE COMPETENTIES VAN DE BETROKKEN ZORGVERLENERS BETER BENUT WORDEN?	26
4.6.1.	Voorstellen ter verbetering	27



4.7.	ZETTEN DE HUIDIGE FORFAITS VOLDOENDE AAN TOT HET OPSTARTEN VAN EEN BEHANDELING?	27
4.7.1.	Voorstellen ter verbetering	28
4.8.	KRIJGEN DE BETROKKEN PERSONEN NEUTRALE EN CORRECTE INFORMATIE OVER INCONTINENTIEMATERIAAL?	28
4.8.1.	Voorstellen ter verbetering	29
4.9.	MOGELIJKE VERBETERINGEN IN DE MULTIDISCIPLINAIRE CENTRA	29
4.9.1.	Voorstellen ter verbetering	29
4.10.	MOGELIJKE VERBETERINGEN BIJ DE VERDELING VAN DE FEDERALE/GEFEDEREERDE BEVOEGDHEDEN	30
4.10.1.	Voorstellen ter verbetering	30
■	AANBEVELINGEN	31



1. INLEIDING

Incontinentie is een ongewenst en onbedoeld verlies van urine of ontlasting. We weten dat het probleem vaak voorkomt maar helaas beschikken we niet over nauwkeurige schattingen van de prevalentie; deze varieert volgens de definitie die wordt gebruikt om de ernst te beoordelen. Bovendien bestaat er geen algemeen aanvaarde drempel om significante incontinentie te definiëren, en is er geen gebruiksvriendelijke test om het probleem te objectiveren. Ondanks deze onduidelijkheid vormt incontinentie duidelijk een belangrijk probleem voor de volksgezondheid vanwege het persoonlijke leed en de financiële belasting voor patiënten en maatschappij.

In de laatste gezondheidsenquête van Sciensano (2013) verklaart 4,2% van de Belgische bevolking ouder dan 15 jaar in het afgelopen jaar urinaire incontinentieproblemen te hebben gehad. Deze prevalentie neemt toe met de leeftijd; meer dan de helft van de betrokkenen is ouder dan 50 jaar.

Incontinentie kan tal van oorzaken en mechanismen hebben en dit kan de diagnose en behandeling bemoeilijken. De behandeling is heel variabel, gaande van zeer eenvoudige en conservatieve methoden tot geavanceerde chirurgische technieken. Verschillende zorgverleners kunnen hierbij worden betrokken: artsen (huisartsen, urologen, gynaecologen, geriateren, pediaters, gastro-enterologen, colorectale chirurgen, neurologen), kinesitherapeuten (er is een bijzondere beroepsbekwaamheid in "pelvische reëducatie en perinatale kinesitherapie"), verpleegkundigen (vooral degenen gespecialiseerd in incontinentie en in thuiszorg). Voor complexe gevallen zijn er gespecialiseerde multidisciplinaire teams, vaak "continentieklinieken" of "bekkenbodembekken" genoemd.

In ons land kunnen mensen met incontinentie onder bepaalde voorwaarden een tegemoetkoming ontvangen van de RIZIV ziekteverzekering. Er bestaan momenteel twee jaarlijkse "forfaits":

- een "groot forfait" voor urinaire en fecale incontinentie bij afhankelijke personen (€ 505,59 in 2018) en
- een "klein forfait" voor zogenaamd onbehandelbare urine-incontinentie (€ 165,03 in 2018).

Het "groot forfait" werd in 1998 geïntroduceerd voor urinaire en/of fecale incontinentie maar was alleen bedoeld voor afhankelijke personen, gemeten volgens de Katz-schaal. Omdat vele mensen met incontinentie hiervan werden uitgesloten, net omdat ze niet afhankelijk waren, werd in 2011 een "klein forfait" ingevoerd. Dit klein forfait is voor onbehandelbare incontinentie (zie verder). Doordat beide forfaits afzonderlijk werden ingevoerd, zijn ze niet helemaal coherent.

Het RIZIV heeft aan het KCE gevraagd om voorstellen te formuleren om de forfaits voor incontinentie te optimaliseren en om daarbij rekening te houden met het feit dat de gefedereerde entiteiten ook bepaalde tussenkomsten voorzien.

De onderzoeksvragen zijn de volgende:

- Zijn de forfaits en de behandelingen toegankelijk of zijn er mensen die uit de boot vallen?
- Dekken de forfaits de werkelijke kosten van de patiënt?
- Is de huidige tegemoetkoming via forfaits doelmatig? Of kan men efficiënter werken door de forfaits te stroomlijnen?
- Zijn de forfaits intern coherent? Zijn de modaliteiten logisch en begrijpelijk voor zorgverleners en patiënten?
- Zijn de forfaits extern coherent? Sluiten ze aan bij de meest recente internationale klinische richtlijnen voor de behandeling van incontinentie?

Dit rapport gaat over de incontinentieforfaits van het RIZIV en dus over urinaire en/of fecale incontinentie bij personen die thuis wonen. Incontinentiemateriaal voor mensen in woonzorgcentra en ziekenhuizen wordt via afzonderlijke kanalen gefinancierd en wordt niet besproken in dit rapport.



2. WAT IS INCONTINENTIE EN HOE WORDT HET BEHANDELD?

2.1. De verschillende vormen van incontinentie

Er zijn verschillende vormen van urinaire en/of fecale incontinentie, die uiteenlopende oorzaken kunnen hebben. Doorgaans wordt er een onderscheid gemaakt tussen incontinentie van neurologische oorsprong (door beschadiging van de zenuwen) en incontinentie door andere "niet-neurologische" oorzaken. Deze laatste komen vaker voor.

2.1.1. Niet-neurologische urinaire incontinentie

Inspanningsincontinentie (Stressincontinentie, SUI)

Inspanningsincontinentie komt vaker voor **bij vrouwen**. Het gaat om ongewild urineverlies bij toename van de intra-abdominale druk (inspanning, niezen, hoesten, lachen...). Het is voornamelijk te wijten aan verzwakte bekkenbodemspieren, vooral als gevolg van zwangerschappen en bevallingen, of aan een zekere mate van weefselverslapping ("verzakking van organen") na de menopauze. De ernst van inspanningsincontinentie kan zeer variabel zijn, maar het blijft meestal een "milde" vorm van incontinentie.

Aandrangsincontinentie (Urgentie-incontinentie, UUI)

Aandrangsincontinentie is urineverlies na een onbedwingbare aandrang tot urineren, dat moeilijk uitgesteld kan worden. Het is vaak te wijten aan een blaas die overactief is geworden, of door de aanwezigheid van een obstakel dat de normale evacuatie van urine bemoeilijkt (bv. een adenoom van de prostaat bij mannen). Urgentie-incontinentie heeft vaak tot gevolg dat de persoon meerdere keren 's nachts op moet staan om te urineren. Urgentie-incontinentie komt vaker voor **bij mannen** (40 tot 80% van de incontinentie bij mannen).

Gemengde urine-incontinentie (GUI)

Bij gemengde incontinentie bestaan beide voorgaande problemen naast elkaar. Zowel vrouwen van middelbare leeftijd met bekkenboderverzwakking en/of blaasproblemen als mannen van middelbare of oudere leeftijd kunnen ermee te maken krijgen.

Het volume urineverlies is vaak groter bij urgentie- en gemengde incontinentie dan bij stress-incontinentie.

Verder bestaan nog andere, minder voorkomende vormen van urinaire incontinentie. Het zijn meestal subcategorieën van de hierboven genoemde vormen.

Overloopincontinentie door urine retentie

Deze aparte vorm van incontinentie treedt op bij een moeilijke lediging van de blaas, zodat er constant wat urine in de blaas achterblijft. Dit kan zorgen voor ongewild urineverlies. Overloopincontinentie komt voor bij neurologische en niet neurologische incontinentie.

Incontinentie bij kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie

Een kwetsbare oudere is een persoon ouder dan 65 jaar die spierkracht, cognitieve functies, evenwicht of uithoudingsvermogen begint te verliezen en/of ondervoed is. Bij deze mensen is (urinaire en/of fecale) incontinentie vaak het resultaat van een interactie tussen factoren m.b.t. leeftijd, polymedicatie en multimorbiditeit (bv. dementie + diabetes + ziekte van Parkinson). Men spreekt van "functionele" incontinentie als de incontinentie enkel het gevolg is van een fysieke of cognitieve beperking bv. als de patiënt zich niet meer kan verplaatsen.



2.1.2. Urinaire incontinentie van neurologische oorsprong

Incontinentie van neurologische oorsprong is het gevolg van neurologische letsels. De letsels kunnen voorkomen ter hoogte van de volgende niveaus:

- Ter hoogte van de perifere zenuw, o.a. na radicale chirurgie van het kleine bekken (rectale kanker, cervicale kanker...)
- Ter hoogte van het ruggenmerg (bv. paraplegie en quadriplegie na trauma, spina bifida, ruggenmergaandoeningen)
- Ter hoogte van de hersenen (bv. cerebrovasculair accident (CVA of beroerte), multiple sclerose (MS), amyotrofische laterale sclerose (ALS))

Diabetes kan ook een oorzaak van neurologische incontinentie zijn, bij neuropathische schade ter hoogte van de sacrale zenuwen.

Neurologische incontinentie kan urinair, fecaal of een combinatie van beide zijn.

2.1.3. Fecale incontinentie

De anale sluitspier bevat een complex geheel van spieren (vrijwillige en onvrijwillige) die op een gecoördineerde manier moeten samenwerken om de anale continentie te garanderen. Elke verstoring van dit mechanisme kan leiden tot een zekere mate van fecale incontinentie, dus tot ongewild verlies van ontlasting. De oorzaken kunnen niet altijd worden bepaald, maar de meest bekende zijn aangeboren afwijkingen van de anus en het rectum, traumatische bevallingen en radiotherapie.

2.2. Aanpak van (niet-neurologische) urine-incontinentie

2.2.1. Bij volwassenen (uitgezonderd ouderen)

Voor de behandeling van urine-incontinentie zijn er vaak conservatieve, farmacologische en chirurgische mogelijkheden, al of niet in combinatie. Behandeling omvat vooral eerstelijnszorg - conservatieve behandelingen, medicatie - en vervolgens meer gespecialiseerde zorg - chirurgie - als de eerstelijnszorg niet volstaat. Voor de gespecialiseerde zorg zijn er steeds meer continentie- of bekkenbodempoliëken die de patiënt op een multidisciplinaire manier diagnosticeren en behandelen.

De *International Continence Society (ICS)* publiceerde in 2017^a gedetailleerde **zorgtrajecten** die als de referentie worden beschouwd. U kan ze vinden in het wetenschappelijk rapport. In deze synthese beschrijven wij enkel kort de verschillende soorten aanpak (met hun succespercentages wanneer de cijfers beschikbaar zijn), zodat u een algemeen overzicht krijgt van de verschillende zorgmogelijkheden.

2.2.1.1. Conservatieve behandelingen

Leefstijlinterventies: Vaak wordt geadviseerd om de inname van vloeistof aan te passen, de consumptie van cafeïne, alcohol en frisdranken te verminderen, om te vermageren, de vezelinname te verhogen om constipatie te voorkomen (om niet te hard te hoeven te duwen), te stoppen met roken, en om meer te bewegen.

Bekkenbodemspieroefeningen en pelvische reëducatie: Deze oefeningen zijn cruciaal voor de behandeling van SUI, UUI en GUI. Ze helpen de functie, de kracht, het uithoudingsvermogen en de ontspanning van de spieren van het kleine bekken en de diepe buikspieren verbeteren, en zorgen voor meer stabiliteit van de urethra. Oefeningen onder begeleiding van een kinesitherapeut zijn effectiever dan oefenprogramma's

^a Abrams, P. et al., *Incontinence 6th Edition. ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK*. Vol. ISBN: 9780956960733. 2017.



om alleen thuis uit te voeren. Hun effectiviteit hangt sterk af van de motivatie van de patiënt.

De spierversterkende oefeningen worden vaak gecombineerd met **biofeedback**, waarbij de patiënt de spiersamentrekking kan zien en zo de spieractiviteit beter kan herkennen en leren gebruiken. Het kan de motivatie van de patiënt verhogen. Bij vrouwen kan men ook oefeningen met vaginale kegeltjes (zie hieronder) voorstellen, maar het bewijs van de effectiviteit van deze 'extra's' is niet aangetoond.

De conservatieve behandeling met bekkenboderversterkende oefeningen heeft een succespercentage van 59% na 12 maanden bij vrouwen en 78% na 6 maanden bij mannen voor SUI. Voor UUI en GUI zijn de succespercentages wat lager.

De ICS beveelt hier het volgende aan:

- **Elke persoon met niet-neurologische urine-incontinentie moet de oefeningen intensief en onder begeleiding uitvoeren als eerstelijnsbehandeling (behalve ouderen die te fragiel zijn of die lijden aan te ver gevorderde dementie).**
- De oefeningen moeten pre- en postoperatief worden voorgesteld aan mannen die een radicale prostatectomie moeten ondergaan.
- Aan zwangere vrouwen moeten intensieve oefeningen voor de bekkenbodem worden aangeboden, om urinaire lekkage vóór en na de bevalling (ante- en postpartum) te voorkomen.

Vaginale kegeltjes: kegelvormige, steeds zwaardere hulpmiddelen worden in de vagina ingebracht om bekkenboderversterkende oefeningen uit te voeren.

Oefeningen met vaginale kegeltjes worden aanbevolen als **conservatieve eerstelijnsbehandeling** voor vrouwen met aandrangsincontinentie, als zij bereid zijn om ze te gebruiken. Ze worden best dagelijks uitgevoerd, onder regelmatig begeleiding van een gekwalificeerde professional.

Educatietechnieken voor mictie- (of plas)gewoonten: dit zijn gedragstechnieken om te anticiperen op ongewild urineren. Er zijn verschillende schema's:

- **Conditionering van de blaas:** leren urineren met tijdsintervallen, die geleidelijk worden verlengd om de controle over de blaas te verbeteren.
- **Klokplassen:** plassen op vaste tijdstippen, voordat de hoeveelheid urine de capaciteit van de blaas overschrijdt.
- **Gewoonteplassen:** een individueel revalidatieprogramma, afgestemd op een "plasdagboek", waarbij de tijd tussen twee geassisteerde toiletbezoeken korter is dan gewoonlijk, om urineverlies te voorkomen.
- **Vraagplassen:** de behoefte om te plassen leren herkennen en leren hulp vragen om naar het toilet te gaan, met positieve bekrachtiging door zorgverleners, vaak in combinatie met een regelmatig plasregime.

Deze vormen van gedragstherapie en reëducatie kunnen worden voorgesteld zowel aan thuiswonende mensen zonder cognitief verlies (voor actieve toepassing), als aan mensen met cognitieve stoornissen en bij neurologische incontinentie (als passieve ondersteuning).

Niet invasieve neuromusculaire elektrostimulatie (NMES): daarbij worden elektrische stimuli naar de sacrale plexus gestuurd (vanwaar de zenuwen vertrekken die de perineale spieren innervieren) via huidelektroden ter hoogte van het perineum. Bij SUI versterken deze stimuli de verzwakte bekkenboderspieren, terwijl ze bij UUI de hyperactiviteit van het gladde spierweefsel van de blaas doen afnemen (detrusor).

Deze therapie moet worden gegeven in combinatie met **bekkenboderversterkende oefeningen**. Ze kan ook patiënten helpen hun spieren, die moeten werken om continent te zijn, te identificeren. Neuromusculaire stimulatie kan intensief gebeuren in een gespecialiseerde omgeving (bv. in een continenatiekliniek, met wekelijkse sessies), of dagelijks thuis, op een minder intensieve manier. Eén studie maakt melding van een succespercentage van 100% na 12 maanden (resultaten gemeld door de patiënten) voor een intensief begeleid programma van bekkenboderversterking, biofeedback en niet-invasieve stimulatieoefeningen bij mannen met incontinentie na een prostatectomie.



Door het groot aantal apparaten die hiervoor kunnen gebruikt worden, de verschillende stimuleringsprotocollen en de snelle ontwikkelingen in deze sector, bestaat er hierover momenteel wel wat verwarring.

Stimulatie van de nervus tibialis posterior (PTNS): Het principe is hetzelfde als dat van NMES, maar de elektroden worden op de *nervus tibialis posterior* (achterste scheenbeen zenuw) aangebracht, ter hoogte van de enkel. De sensorische afferenten van deze zenuw behoren in feite tot hetzelfde gebied als de wortels van de sacrale plexus. Deze stimulatie kan percutaan (P-PTNS via een dunne naald) of transcutaan (T-PTNS: elektroden op de huid) worden uitgevoerd. Deze vorm van perifere neurostimulatie moet de symptomen van UUI en een overactieve blaas verlichten. Gecombineerd met oefeningen om de bekkenbodemp te versterken, geeft ze succespercentages van 93% op 3 maanden en 39% op 6 maanden bij vrouwen met UUI.

Pessaria: Deze hulpmiddelen worden in de vagina ingebracht, en moeten de blaas of andere organen ondersteunen bij verzakking. Ze vormen een niet-chirurgische optie voor de behandeling van urine-incontinentie.

Sanitaire hulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen om mensen met beperkte mobiliteit te helpen bij het toiletbezoek (zoals toiletverhogers), of om het toilet te vervangen zoals urinalen, bedpannen, toiletstoelen enz.

Incontinentiemateriaal:

- **Bij lichte incontinentie:** verschillende absorberende beschermingen.
- **Bij matige tot ernstige incontinentie:** absorberende beschermers, externe hulpmiddelen zoals een peniskoker, draagbare urinalen, permanente katheters (verblijfssonde), en intermitterende sondes voor sondage door de patiënt zelf of door iemand in zijn omgeving (bij retentieprobleem). De keuze moet worden gemaakt na overleg met een gekwalificeerde professional die de patiënt correct heeft geïnformeerd over de voor- en nadelen van de mogelijkheden. De ICS beveelt aan om intermitterende zelfsondage te verkiezen boven verblijfssondes wanneer dit klinisch mogelijk is en acceptabel voor de patiënt.

Het gebruik van incontinentiemateriaal moet een laatste redmiddel blijven, wanneer geen enkele conservatieve, medicamenteuze of chirurgische behandeling een oplossing biedt, of als de patiënt er de voorkeur aan geeft. Volwassenen met incontinentie moeten daarom systematisch worden geïnformeerd door hun zorgverleners over alle beschikbare behandelingsopties.

2.2.1.2. Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling voor **aandrangsincontinentie** is gebaseerd op anticholinergica, die de hyperactiviteit van de gladde spieren van de blaas verminderen. Van deze klasse geneesmiddelen is **oxybutynine** (orale toediening) het enige dat in België wordt terugbetaald. Bijwerkingen zoals een droge mond, constipatie, wazig zien, vermoeidheid en cognitieve problemen komen frequent voor. Andere anticholinergica bestaan in formuleringen met verlengde afgifte. Ze hebben dezelfde werkzaamheid, maar hebben minder bijwerkingen en worden beter verdragen. Ze worden echter niet terugbetaald, behalve in tweede lijn voor bepaalde neurologische vormen van incontinentie.

Mirabegron behoort tot een andere klasse, heeft dezelfde werkzaamheid met minder neveneffecten en een betere verdraagbaarheid, maar wordt evenmin terugbetaald.

De algehele doeltreffendheid van deze geneesmiddelen is over het algemeen laag (ongeveer 30% tot 40% op 12 maanden) maar is toch groter dan die van een placebo. Vanwege hun bijwerkingen worden deze behandelingen meestal niet oneindig voortgezet. Daarom moeten ze worden beschouwd als een aanvulling op conservatieve behandelingen (en niet omgekeerd).

Daarnaast wordt ook desmopressine gebruikt (die lijkt op het lichaamseigen antidiuretisch hormoon), voor de behandeling van bedplassen.

Bij **inspanningsincontinentie** zijn geneesmiddelen zeer weinig effectief. Duloxetine, een antidepressivum van het SSRI-type, kan bij vrouwen worden overwogen wanneer andere behandelingsopties, inclusief chirurgische opties, mislukt zijn. Voor mannen is dit echter geen optie.



Een andere medicamenteuze behandeling voor **aandrangsincontinentie** omvat het injecteren van **botulinumtoxine (Botox)** in de wand van de overactieve blaas, om de hypertone gladde spier te ontspannen. De doeltreffendheid hangt af van de herhaling van de injecties, maar de behandeling wordt vaak stopgezet. Bijwerkingen omvatten urineweginfecties en een verhoogd restvolume van de urine in de blaas, waarvoor mogelijk een zelfafname of intermitterende katheterisatie nodig is.

2.2.1.3. Chirurgische behandelingen

“Ondersteuningsoperaties bij verzakkingen”

De **urethrale sling**operatie is de meest gebruikte chirurgische procedure in Europa voor de behandeling van incontinentieproblemen. Ze bestaat uit het ondersteunen van de urethra met behulp van een bandje. De talrijke technieken verschillen in het gebruikte materiaal (synthetisch of biologisch), de incisielijn, het systeem en de fixatieplaats van het bandje, enz. Sommige van deze operaties kunnen worden uitgevoerd tijdens poliklinische chirurgie.

De slingoperatie wordt aanbevolen voor **vrouwen** met **eenvoudige aandrangsincontinentie** (geen voorgeschiedenis van kleine bekkenoperaties, geen ernstige verzakking (prolaps)) en voor vrouwen die niet van plan zijn om zwanger te worden. Bij mannen worden ze voornamelijk gebruikt voor post-prostatectomie-incontinentie.

Incontinentie door urogenitale prolaps bij vrouwen kan worden verbeterd door een (abdominale of laparoscopische) **colposuspensie (ondersteuningsoperatie van de baarmoeder)**.

Het succespercentage van een chirurgische behandeling na 12 maanden is 84% bij vrouwen (volgens de chirurgen) en 77% (volgens de patiënten) voor terugkerende problemen met aandrangsincontinentie en gemengde incontinentie. Na vijf jaar zou ongeveer 70% van de geopereerde vrouwen nog steeds geen last van incontinentie hebben.

Bij mannen na prostatectomie behaalt een chirurgische behandeling een genezingspercentage van 53% (58% volgens de patiënten) na een gemiddelde follow-up van 15 maanden.

Injectietechnieken

De injectietechnieken omvatten het injecteren van vetweefsel, collageen of synthetische materialen (bv. siliconen) in de wand van de urethra. Door de submucosale weefsels van de blaashals en urethra kunstmatig op te spannen, verhoogt de weerstand tegen ongewild urineverlies. Deze ingreep kan nuttig zijn bij inspanningsincontinentie, maar ze is geen eerstelijnsbehandeling.

De succespercentages van deze technieken zijn laag, met een faalpercentage tot 75% bij mannen en als ze toch effectief is, is er een verslechtering na verloop van tijd. Nochtans is de techniek goed ingeburgerd bij artsen, mogelijks door een eerder genereuze financiering. Nadeel is ook dat de geïnjecteerde producten niet worden terugbetaald door de RIZIV ziekteverzekering. Ze vallen dus ten laste van de patiënt.

Artificiële urinaire sluitspier

De artificiële urinaire sluitspier is een opblaasbare ballon die bij de hals van de blaas wordt geplaatst. Een kleine pomp wordt ingepland in de schaamlippen bij vrouwen, in het scrotum bij mannen. Wanneer nodig wordt de ballon opgeblazen of afgelaten, waardoor de urethra wordt gesloten of geopend.

Het is een effectieve oplossing bij mannen met ernstige incontinentie na prostaatsectie. Bij vrouwen wordt de ingreep best enkel uitgevoerd na grondige selectie.

Sacrale neuromodulatie

Bij sacrale neuromodulatie brengt men operatief een klein apparaat (implantaat) in dat voortdurend de sacrale zenuwen elektrisch stimuleert, en aldus de activiteit van de blaas en de urinaire sluitspieren moduleert. Dit kan een interessante oplossing zijn voor mensen met aandrangsincontinentie bij wie een conservatieve en medicamenteuze behandeling niet heeft geholpen.



Het succespercentage van neuromodulatie in combinatie met 3 maanden bekkenboderversterkende oefeningen bij vrouwen is 93% maar daalt tot 39% na 6 maanden (voor mannen zijn geen gegevens beschikbaar).

2.2.2. Bij kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie

In principe kunnen ook kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie alle hierboven beschreven therapieën volgen. Voor het opstellen van een therapieplan moet de volledige situatie worden bekeken, o.a. de individuele situatie van de patiënt, eventuele co-morbiditeit en de voorkeuren van de persoon. De *International Continence Society* heeft een afzonderlijk zorgplan voor deze patiënten gepubliceerd. Hoewel er onvoldoende betrouwbare gegevens voor deze subgroep bestaan, blijkt "therapeutisch nihilisme" geen aanvaardbare optie te zijn. Toch komt deze houding zeer vaak voor, ondanks het duidelijke verlies aan levenskwaliteit voor de betrokkenen en de extra kosten die erdoor worden veroorzaakt.

Bovendien verzaart de incontinentie van mensen met dementie de last van mantelzorgers en zorgverleners aanzienlijk. Vaak wordt dat probleem dan ook als beslissend argument gebruikt voor een plaatsing in een woonzorgcentrum, waarna het incontinentieprobleem vaak nog erger wordt. Dit is de reden waarom de ICS-aanbevelingen ook ingaan op de behoefte aan ondersteuning en training van mantelverzorgers en zorgverleners.

2.2.2.1. Conservatieve behandelingen

Hoewel hierover weinig onderzoek is gedaan, lijkt het erop dat **bekkenbodemoefeningen** samen met **biofeedback** en **gedragsreëducatietechnieken** de continentie van ouderen thuis kunnen verbeteren. Gegevens over gedragstechnieken alleen zijn er weinig; ze vereisen een actieve deelname van de zorgverleners en van de naaste omgeving, en mogen niet worden toegepast bij mensen die bedlegerig zijn of last hebben van geavanceerde cognitieve achteruitgang. Gecombineerd met **sanitaire hulpmiddelen** kan het ongewild urineverlies worden verminderd en kan de fitheid, mobiliteit en evenwicht van de patiënten worden verbeterd.

Stimulatie van de nervus tibialis posterior is een veilige oplossing voor ouderen met urine-incontinentie, maar hun werkzaamheid is niet sterk bewezen.

Uiteindelijk zullen bij sommige kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie **absorberende beschermingen** de enige mogelijke oplossing zijn. Het type bescherming moet met de grootste zorg worden gekozen. Ook moeten maatregelen worden genomen om huidirritaties te voorkomen: regelmatige vervanging, vermijden van trauma of wrijvingszone, gebruik van milde reinigingsmiddelen evenals vochtinbrengende en beschermende crèmes.

2.2.2.2. Medicamenteuze behandeling

Anticholinergica zijn doeltreffend bij ouderen, maar ze verhogen het risico op cognitieve stoornissen. Bij polymedicatie moet men zeer oplettend zijn (vooral bij nog andere medicatie met anticholinergische effecten) en dient altijd de laagst mogelijke dosering te worden gebruikt. Ook bij het voorschrijven van desmopressine bij personen boven 65 jaar met een cardiovasculair risico is voorzichtigheid aangewezen.

2.2.2.3. Chirurgische behandelingen

Er zijn beperkte gegevens over de effectiviteit van chirurgische behandelingen voor urine-incontinentie bij ouderen. Leeftijd op zich is geen contra-indicatie; het is vooral de mate van kwetsbaarheid dat het risico op postoperatieve complicaties kan verhogen en dat bepalend moet zijn in de keuze voor chirurgie.



2.2.3. Bij kinderen

Bij kinderen is incontinentie bij de overgrote meerderheid van de gevallen beperkt tot nachtelijke enuresis ("bedplassen"). De belangrijkste oorzaken zijn inadequate secretie van het antidiuretisch hormoon, te diepe slaap of een onvolwassen blaas. Bij secundaire enuresis (als het kind volledig "zindelijk" is geweest en dan weer in bed gaat plassen), moeten ook psychologische oorzaken worden overwogen. De behandeling van nachtelijke enuresis omvat psycho-educatieve therapie die buiten het bereik van deze studie valt.

Andere vormen van incontinentie kunnen veroorzaakt worden door een overactieve blaas of disfunctioneel plassen, of herhaalde urine-infecties. Men dient ook na te gaan of er sprake is van een congenitale aandoening (anatomisch of neurologisch) of een endocrien probleem. De details van door de ICS aanbevolen behandeling zijn te vinden in het wetenschappelijk rapport.

2.3. Aanpak van neurologische urinaire incontinentie

In tegenstelling tot functionele incontinentie is neurologische incontinentie meestal definitief. Daarom is het doel van de behandeling niet het volledige herstel van de continentie, maar veeleer om de impact van incontinentie zoveel mogelijk te verminderen om de patiënt een betere kwaliteit van leven te bieden.

Afhankelijk van het niveau van de neurologische schade, zullen de incontinentiemechanismen vallen onder insufficiëntie van de sluitspier (bij stress-incontinentie), overactiviteit van de blaas (bij urgentie-incontinentie) of een onderactiviteit van de blaas (bij urineretentie). De aanpak zal dezelfde therapeutische benaderingen omvatten als voor de andere vormen van incontinentie, zij het in een andere volgorde en met een andere doelstelling.

Merk op dat bepaalde nieuwere generatie anticholinergica enkel terugbetaald worden in geval van neurologische incontinentie.

Eveneens afhankelijk van het niveau van de laesie, kan fecale incontinentie al dan niet geassocieerd zijn met urine-incontinentie. De evaluatie en de

behandeling ervan moeten gebeuren in combinatie met die van urine-incontinentie, omdat beide functies elkaar beïnvloeden.

De zorgtrajecten van de ICS voor diagnose en behandeling van neurologische incontinentie zijn te vinden in het wetenschappelijk rapport.

2.4. Aanpak van fecale incontinentie

2.4.1. Bij volwassenen (uitgezonderd ouderen)

Net als bij urine-incontinentie zijn er verscheidene vormen van fecale incontinentie:

- **Urgente fecale incontinentie:** ontlastingsverlies wegens onvermogen om ontlasting op te houden zodra de behoefte zich voordoet. Dit is vaak doordat de buitenste sluitspier (externe sfincter) zich onvoldoende kan aanspannen;
- **Passieve fecale incontinentie:** ontlastingsverlies wegens ontbreken van het behoeftegevoel. Het is vaak het gevolg van het onvoldoende aanspannen van de binnenste (interne sfincter) of buitenste sluitspier (externe sfincter) bv. door ernstige aambeien of rectale verzakking;
- **Functionele fecale incontinentie:** onmogelijkheid om het toilet (op tijd) te bereiken (mobiliteitsbeperking, gebrek aan hulp voor begeleiding naar het toilet,...).

Een eerstelijnsbehandeling bestaat uit voedingsadvies (vloeistoffen, vezels) en reëducatie om tot een regelmatige stoelgang te komen of het krijgen van controle over dringende behoeften. Geneesmiddelen tegen diarree kunnen helpen als de ontlasting te vloeibaar is.

Sanitaire hulpmiddelen zijn essentieel bij mobiliteitsproblemen (verhogen van het toilet, bedpan...). Tenslotte zijn er ook de absorberende beschermingen in combinatie met de nodige zorg om de huid te beschermen.

Als na 8 tot 12 weken deze eerstelijnsmaatregelen niet effectief blijken te zijn, moet de patiënt worden verwezen naar een incontinentiespecialist



(gastro-enteroloog, verpleegkundige en/of kinesitherapeut die gespecialiseerd is in continentieproblemen, colorectaal chirurg). Spierversterkende oefeningen, biofeedback en gedragsre-educatie zorgen voor een beter bewustzijn en betere controle van de anorectale spieren. Transanale irrigatie ledigt het laatste deel van de dikke darm volledig bij mensen met onvolledige eliminatie, passieve incontinentie of defecatieproblemen.

Als deze tweedelijsinterventies niet voldoende zijn, of bij anatomische afwijkingen van de sluitspier, is een chirurgische ingreep nodig. Verschillende opties zijn mogelijk: sacrale neurostimulatie, transsfincterische injectie met volumevergrotende middelen of reconstructieprocedures van de sluitspieren (sfincteroplastie). Als de reconstructieve chirurgische ingreep geen oplossing biedt, of als de persoon dit niet wenst, is een colostomie een optie. Deze oplossing herstelt de continentie niet, maar geeft de persoon enige controle en lijkt de levenskwaliteit en het sociale leven te verbeteren.

2.4.2. Bij kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie

Net als bij urine-incontinentie heeft de *International Continence Society* een specifiek zorgplan gepubliceerd voor de behandeling van fecale incontinentie bij kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie. Ook hier moeten de onderliggende oorzaken van het probleem correct worden beoordeeld en moet men proberen om ze te verhelpen vooraleer genoeg te nemen met een permanent gebruik van absorptiemiddelen. Niet zozeer de leeftijd zelf kan een obstakel voor de chirurgische ingreep zijn, maar wel het geriatrische profiel van de patiënt.

De zorgtrajecten van de ICS voor fecale incontinentie bij volwassenen en kwetsbare ouderen en/of mensen met dementie zijn te vinden in het wetenschappelijk rapport.

^b Van de Heyden J. Chronische aandoeningen. In: Van der Heyden J, Charafeddine R et al. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel. 2014.

3. DE SITUATIE IN BELGIË

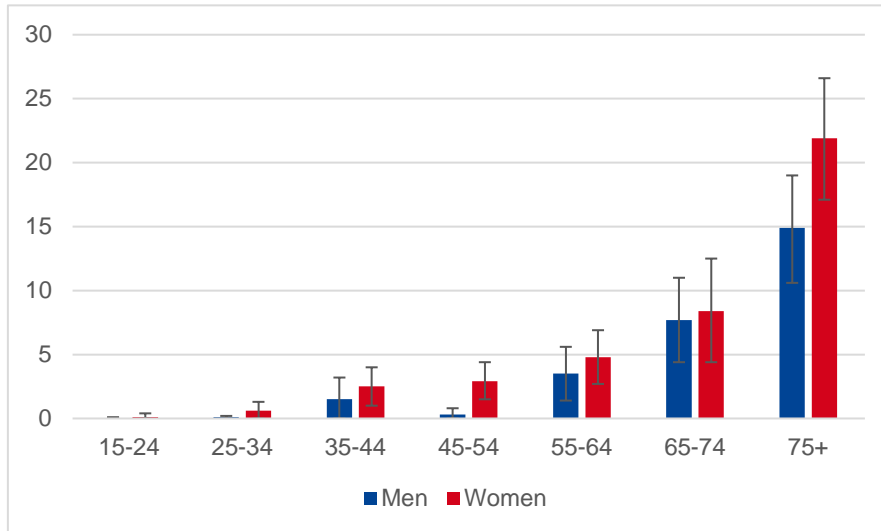
3.1. Prevalentie

Exacte schattingen van de prevalentie van incontinentie zijn niet beschikbaar, omdat er geen algemeen aanvaarde drempel is om ze te definiëren, noch een gebruiksvriendelijke test om ze te objectiveren. In de laatste gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (momenteel Sciensano)^b verklaart 4,2% van de bevolking vanaf 15 jaar in het afgelopen jaar urinaire incontinentieproblemen te hebben gehad. Dat zijn ongeveer 400.000 mensen. Voor fecale incontinentie zijn geen cijfers beschikbaar.

Daarnaast weten we dat de prevalentie van incontinentie stijgt met de leeftijd; meer dan de helft van de betrokken personen zijn ouder dan 50 jaar, en de prevalentie is het hoogst in woonzorgcentra waar tot 70% van de bewoners last hebben van urinaire of fecale incontinentie, of beide. De prevalentie is ook hoger bij vrouwen.



Figuur 1 – Percentage van de bevolking (ouder dan 15 jaar) dat verklaart in het afgelopen jaar urinaire incontinentieproblemen te hebben gehad (WIV Gezondheidsenquête 2013)



Volgens de cijfers van het RIZIV kregen in 2015 208 100 mensen een tegemoetkoming voor een incontinentiebehandeling in een of andere vorm (1,85% van de bevolking), waaronder 207 300 voor urine incontinentie en 2 050 voor fecale incontinentie. Ongeveer 1 250 mensen werden behandeld voor dubbele incontinentie.

3.2. Wat dekt het RIZIV van incontinentiemateriaal?

We onderscheiden 3 categorieën in het incontinentiemateriaal (zie Figuur 2):

- materiaal voor problemen van **urine-incontinentie** (blauwe diagram)
- materiaal voor problemen van **urine-retentie** (rode diagram): materiaal voor intermitterende katheterisatie en verblijfskatheters
- materiaal voor **fecale incontinentie** (groene diagram).

Een patiënt met zowel urinaire als fecale incontinentie heeft producten uit de twee verschillende diagrammen nodig, of een product uit de overlapping van het blauwe en het groene diagram (in dit geval absorberend materiaal).

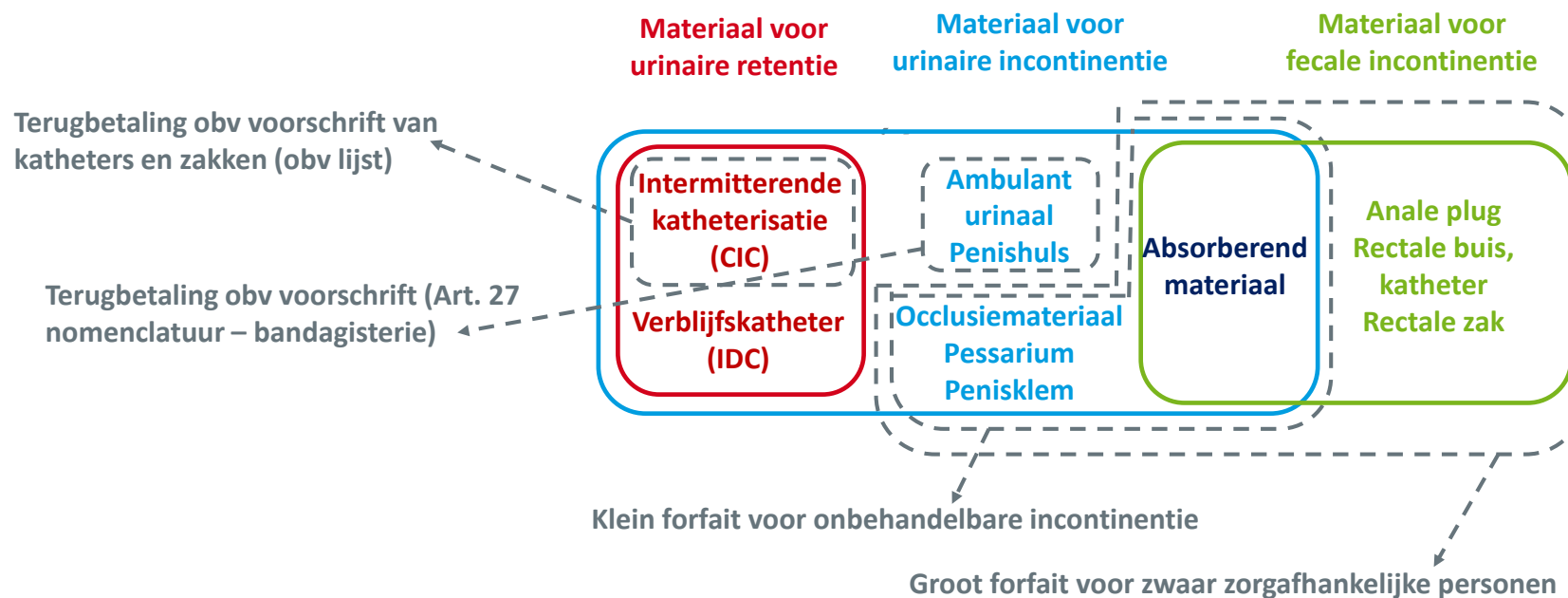
De tussenkomsten van het RIZIV variëren naargelang het type materiaal:

1. voor intermitterende katheterisatie, maar ook penishulzen en ambulante urinalen gebeurt de terugbetaling op basis van een **medisch voorschrift** (meer bepaald via artikel 27 van de nomenclatuur);
2. voor andere incontinentieproducten komt het RIZIV tussen met twee **forfaits** (zie verder).

Naast incontinentiemateriaal om urine of ontlasting tegen te houden of op te vangen, bestaan er ook hulpmiddelen om mensen te helpen het toilet te gebruiken (toiletstoel, toiletverhoger, etc.). Hiervoor is **geen specifieke terugbetaling door het RIZIV**.



Figuur 2 – Overzicht terugbetaling incontinentiemateriaal door het RIZIV



3.3. RIZIV-forfaits voor incontinentie

Er bestaan momenteel twee forfaits met de volgende jaarbedragen:

- een “**groot forfait**” voor afhankelijke personen: € 505,59 in 2018
- een “**klein forfait**” voor onbehandelbare urine-incontinentie: € 165,03 in 2018

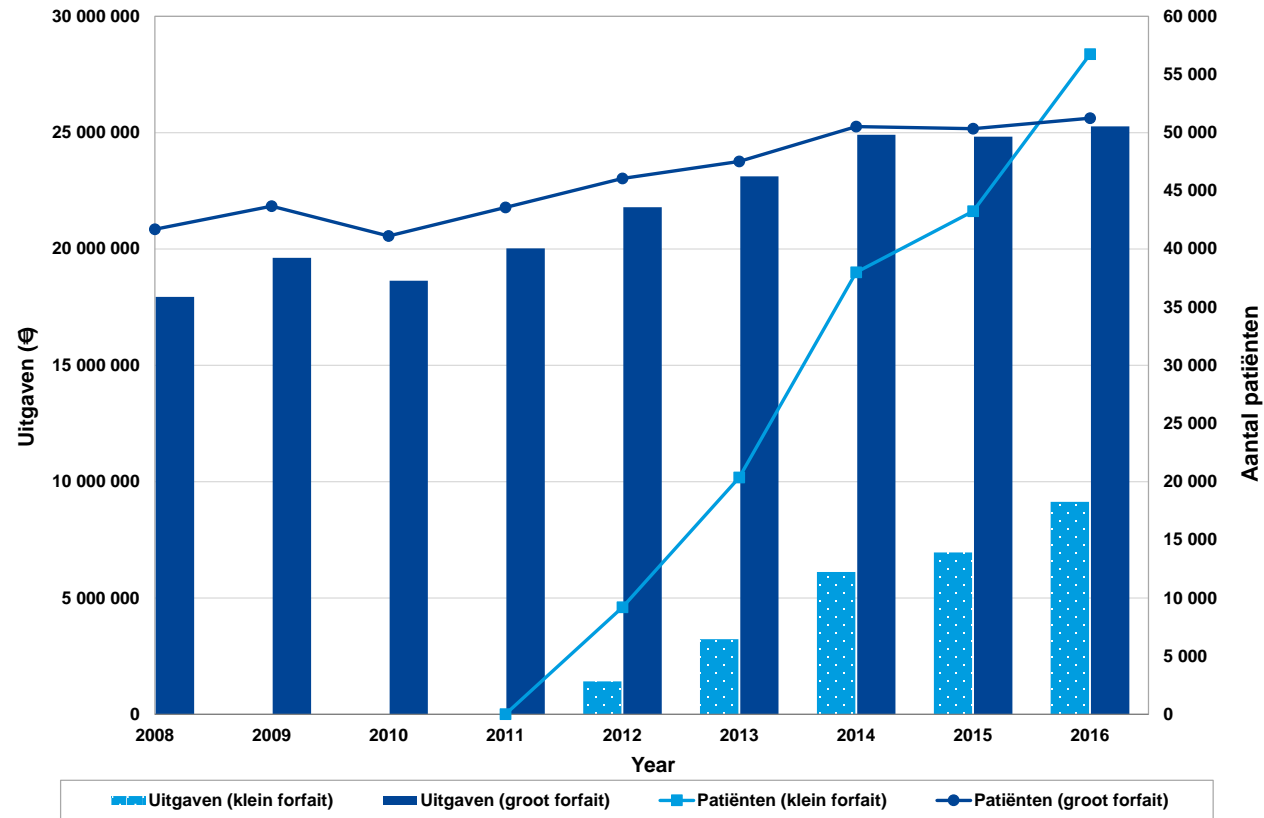
De twee forfaits kunnen niet worden gecumuleerd.

In 2016 **ontvingen** 51 239 **mensen een groot forfait** (0,45% van de bevolking) en 56 743 **mensen een klein forfait** (0,50% van de bevolking).

Het groot forfait werd in 1998 geïntroduceerd, maar was alleen voor afhankelijke personen, gemeten volgens de Katz-schaal. Veel mensen, die incontinent waren, maar die niet afhankelijk waren, vielen hierdoor uit de boot. Om dit te compenseren werd in 2011 het klein forfait ingevoerd. De evolutie van het aantal incontinentieforfaits in Figuur 3 toont aan dat vanaf de invoering in 2012 het aantal mensen met klein forfait in 3 jaar tijd snel is toegenomen. In 2016 was hun aantal groter dan dat van de patiënten met een groot forfait.



Figuur 3 – Evolutie RIZIV tegemoetkomingen voor incontinentie (2008-2016)





Figuur 4 – Combinatiemogelijkheden van RIZIV tegemoetkomingen voor incontinentiemateriaal

	Groot forfait	Klein forfait
CIC – zelf-katheterisatie	X	X
CIC – door derde	✓	X
IDC	X	X
Penishuls	✓	X

X Combinatie niet mogelijk ✓ Combinatie mogelijk

3.3.1. Voorwaarden om een forfait te ontvangen

1. Groot forfait

Het groot forfait “voor afhankelijke personen” kan worden toegekend als de persoon aan volgende voorwaarden voldoet:

- een akkoord van de adviserend arts voor **thuiszorg** van het **type forfait B of C** (dus enkel mensen die thuis verblijven);
- *EN* een score 3 (urinaire of fecale incontinentie) of 4 (urinaire *en* fecale incontinentie) op de **schaal van Katz**;

Het forfait kan automatisch worden toegekend op basis van de Katz schaal, die ingevuld wordt door de **thuisverpleegkundige**. Voor afhankelijke personen die geen thuiszorg krijgen (bv. omdat ze een mantelzorger hebben), kan het forfait worden aangevraagd op basis van een **attest van een arts**. Dergelijk attest wordt momenteel gebruikt in 9% van de gevallen. In beide gevallen is de goedkeuring 1 jaar geldig.

Het groot forfait wordt niet toegewezen aan mensen die aan zelfkatheterisatie doen, maar wel aan mensen bij wie de katheterisatie door een derde gebeurt. Het groot forfait kan worden gecombineerd met het zorgforfait voor chronische patiënten, het forfait voor palliatieve zorg en het forfait voor patiënten in een persisterende vegetatieve toestand.

In tegenstelling tot bij het kleine forfait dient de incontinentie niet "onbehandelbaar" te zijn om in aanmerking te komen voor het groot forfait. Maar omdat het om afhankelijke personen gaat, zijn de behandelmogelijkheden sowieso in veel gevallen beperkt.

2. Klein forfait

Het klein forfait “voor onbehandelbare incontinentie” dekt alleen **urinaire** incontinentie. De voorwaarden om het bedrag te ontvangen zijn:

- aan een onbehandelbare vorm van urine-incontinentie lijden;
- thuis wonen;
- geen RIZIV-tussenkost hebben ontvangen voor intermitterende katheterisatie of ander incontinentiemateriaal op medisch voorschrift (artikel 27 van de nomenclatuur).

Het klein forfait moet via een speciaal formulier worden **aangevraagd door de huisarts**. De goedkeuring van de adviserend arts is in principe vereist, maar in de praktijk wordt het forfait standaard goedgekeurd als aan de administratieve voorwaarden is voldaan. De goedkeuring is 3 jaar geldig, met een jaarlijkse controle van de administratieve voorwaarden door het ziekenfonds.

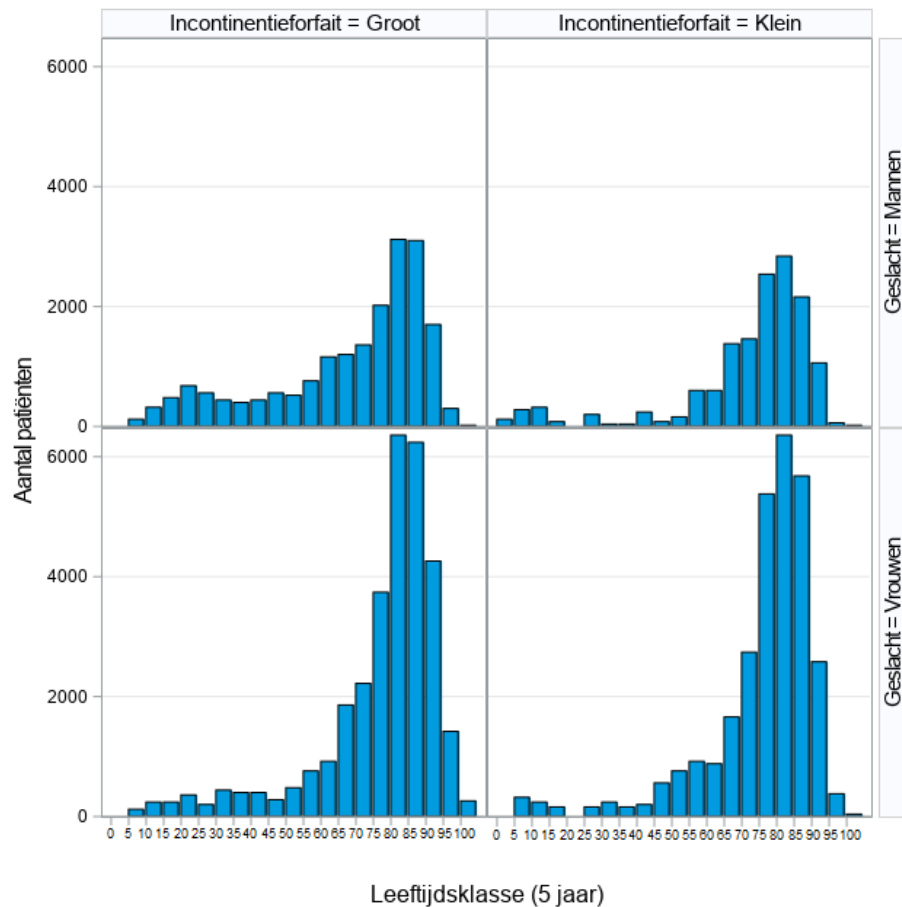
Speciale gevallen

- Beide forfaits kunnen aan kinderen worden toegekend. Sommige ziekenfondsen leggen wel een minimumleeftijd van 3 jaar op.
- Personen met een handicap kunnen het RIZIV forfait combineren met een toelage van de gefedereerde instanties. De bedragen variëren per regio.



3.3.2. Kenmerken van de personen die de incontinentieforfaits ontvangen

Figuur 5 – Leeftijdsverdeling en geslacht van de patiënten die een incontinentieforfait kregen (geëxtrapoleerd obv de Permanente Steekproef 2015)



- De patiënten die een klein forfait ontvangen zijn gemiddeld 74 jaar (mediane leeftijd 79 jaar), en 73 jaar voor het groot forfait (mediane leeftijd 80 jaar). Beide forfaits kennen een piek voor de 75 tot 95-jarigen.
- Op **sociaal-economisch vlak** ontvangen ze vaak **een verhoogde tegemoetkoming** (57% voor het kleine forfait en 67% voor het grote forfait), zijn ze vaak erkend als **chronisch zieke** (60% voor het kleine forfait en 85% voor het grote forfait), en hebben ze vaak recht op een **verhoogde tegemoetkoming voor kinesitherapie** (E-lijst) (10% voor het klein forfait en 30% voor het groot forfait). Bovendien lijdt 4% van de begunstigen van het kleine forfait aan een **erkende beperking**, versus 13% voor de begunstigen van het grote forfait. Over het algemeen betreft het dus een **kwetsbare populatie**.
- De **geografische spreiding** van het klein forfait is zeer onevenwichtig, want 86,5% van de begunstigen woont in Vlaanderen en slechts 12,5% in Wallonië en 1% in Brussel, waar het klein forfait bijzonder onderbenut lijkt. De geografische spreiding van het groot forfait is homogener, met respectievelijk 61%, 33% en 6% van de begunstigen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel.

3.4. Financiële tegemoetkomingen en terugbetalingen door het RIZIV voor behandelingen

3.4.1. Terugbetaling van kinesitheraopiesessies voor pelvische reëducatie (RIZIV)

Voor de terugbetaling van kinesitheraapie is de algemene regel van het RIZIV van toepassing. Als de kinesitheraapeut geconventioneerd is, betaalt de patiënt voor een sessie bij de kinesitheraapeut € 5,48 en € 7,06 als de kinesitheraapeut aan huis komt. Wanneer de kinesitheraapeut niet geconventioneerd is, lopen de bedragen echter verder op. Voor de periode 2018-2019 zijn 15% van de kinesitheraapeuten niet geconventioneerd. De remgelden zijn lager voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming.



Het is ook mogelijk dat een arts gespecialiseerd advies en/of een evaluatie van functionele incontinentie vraagt aan een kinesitherapeut (bij voorkeur gespecialiseerd in abdominopelvische revalidatie), waarna deze een verslag stuurt met een voorstel voor behandeling.

De huidige nomenclatuur laat niet toe om kinesitherapie voor incontinentie als een aparte vorm van kinesitherapie te identificeren. De arts is wel wettelijk verplicht om de diagnose te vermelden op het voorschrift, maar deze diagnose wordt niet doorgegeven aan het RIZIV.

3.4.2. *Terugbetaling van een raadpleging bij een verpleegkundige (RIZIV)*

Er bestaat momenteel geen enkele terugbetaling voor de raadpleging van een verpleegkundige voor een incontinentieprobleem, noch thuis noch in een (multidisciplinaire) continëntiekliniek.

3.4.3. *Terugbetaling van een behandeltraject in een continëntiekliniek*

De consultaties bij specialisten en kinesitherapeuten in continëntieklinieken volgen de algemene terugbetalingsregels van het RIZIV. Er is echter geen terugbetaling voor consultaties bij gespecialiseerde verpleegkundigen (zie verder), psychologen of seksuologen, die vaak ook deel uitmaken van de multidisciplinaire teams. Daarnaast is ook geen vergoeding voorzien voor overlegmomenten tussen de verschillende zorgverleners over de diagnose en het behandeltraject.

3.4.4. *Terugbetaling van geneesmiddelen tegen incontinentie*

Het enige geneesmiddel tegen incontinentie dat door het RIZIV wordt terugbetaald voor niet-neurologische incontinentie is orale oxybutynine, dat aanzienlijke bijwerkingen heeft. De nieuwe anticholinergica, die ook in formuleringen met verlengde afgifte beschikbaar zijn, hebben minder bijwerkingen, maar worden enkel terugbetaald in tweede lijn aan patiënten met neurologische aandoeningen. Deze nieuwe geneesmiddelen kosten de patiënt ongeveer €30 à €50 per maand. Hetzelfde geldt voor mirabegron.

3.4.5. *Terugbetaling van chirurgie*

De meeste heelkundige ingrepen voor incontinentie worden terugbetaald. De meest frequente zijn de sling procedures (6 500 interventies in 2016). De bijlage van het wetenschappelijk rapport bevat de lijst van belangrijkste tussenkomsten, met hun nomenclatuurcodes en terugbetalingen.

3.5. Financiële tegemoetkomingen door de gefedereerde entiteiten

Personen met een beperking erkend door de gefedereerde instanties, kunnen een extra tussenkomst krijgen voor incontinentie. Deze tussenkomsten zijn vooral gericht op absorptiemiddelen. De betrokken instanties zijn:

- in Vlaanderen en voor Nederlandstaligen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: het **Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)**;
- voor mensen in Wallonië (met uitzondering van de Duitstalige Gemeenschap): het **Agence pour une Vie de Qualité (A.V.I.Q)** (waarin het voormalige Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées - AWIPH werd opgenomen);
- voor Franstaligen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: **de dienst PHARE - Personne Handicapée Autonomie Recherchée de la COCOF**;
- voor de Duitstalige Gemeenschap: het **Office pour une vie autodéterminée van de Duitstalige Gemeenschap (OVA)**.



3.6. Andere tussenkomsten

- Sommige **ziekenfondsen** komen via hun aanvullende verzekeringen tussen voor hun leden die aan incontinentie lijden, vooral via kortingen bij de aankoop van absorberende middelen, op voorwaarde dat ze in bepaalde, door het ziekenfonds erkende winkels worden gekocht.
- Sommige **gemeenten** kennen aan hun inwoners die aan incontinentie lijden kortingen toe op de hoge kosten voor huisvuilophaling.
- De **btw** op incontinentieproducten bedraagt 6%.

3.7. Zorgkloof

Zoals reeds hoger vermeld, kregen volgens onze schattingen (cijfers van 2015) 208 100 personen een RIZIV tussenkomst voor een incontinentieprobleem. Daarvan kregen 93 595 personen een forfait (43 250 kleine forfaits en 50 345 grote forfaits); de rest zijn terugbetalingen voor operaties (ongeveer 12 500 geopereerde patiënten), geneesmiddelen en klein materiaal.

In de gezondheidsenquête van Sciensano (2013) verklaarden ongeveer 400 000 personen last te hebben gehad van urinaire incontinentie in het voorbije jaar. Het is moeilijk te zeggen of dit cijfer een onderschatting is (voor sommigen is het een genant onderwerp) of een overschatting (het kan gaan om zeer licht of sporadisch verlies). Binnen deze groep verklaarde 32% dat ze voor dit probleem niet opgevolgd worden door een zorgverlener.

Uit deze cijfers kan men afleiden dat ongeveer **200 000 personen last hebben van incontinentie zonder dat ze hiervoor een tussenkomst van het RIZIV krijgen**. Dit zijn slechts ruwe schattingen, omdat een aantal van hen misschien behandeld wordt met kinesitherapie of met niet-terugbetaalde geneesmiddelen. We beschikken namelijk niet over gegevens hierover. Kortom, het is dus goed mogelijk dat een groot aantal personen met incontinentie onder de radar blijft van ons gezondheidszorgsysteem.

4. VOORSTELLEN TER VERBETERING VAN DE INCONTINENTIEFORFAITS

We hebben onze analyse in verschillende deelvragen opgesplitst. De vragen werden in interviews met stakeholders en tijdens twee expertvergaderingen (zie colofon voor details) besproken. Verder hebben we de terugbetalingsvoorwaarden voor absorberende producten en het type tussenkomst voor thuispatiënten bestudeerd in een selectie van acht landen: Frankrijk, Nederland, Duitsland, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Italië, Australië en Canada. De details hiervan zijn te vinden in het wetenschappelijk rapport. In de huidige synthese vermelden we enkel de elementen die relevant kunnen zijn voor de verbetering van het Belgische gezondheidszorgbeleid.

4.1. Moet het principe van de forfaits worden herbekeken?

In grote lijnen zijn er drie soorten manieren om een terugbetaling te verkrijgen voor absorberend materiaal: ofwel op voorschrift via de apotheek (zoals voor geneesmiddelen en materialen voor zelfsondage in het kader van artikel 27 van de nomenclatuur), ofwel op basis van door de patiënt voorgelegde facturen (zoals vroeger door het VAPH gebeurde), ofwel via een forfait, ongeacht de werkelijke kost. In het algemeen beschouwden de geïnterviewden de forfaits als een **praktische manier** om incontinentiemateriaal te vergoeden. Werken met forfaits biedt namelijk een aantal voordelen:

- de administratieve last is beperkt voor arts en patiënt;
- patiënten kunnen producten kiezen die voor hen geschikt zijn. In een systeem van terugbetaling op voorschrift moeten ze producten kiezen uit een gesloten lijst van terugbetaalde producten;
- prijsconcurrentie en productinnovatie wordt gestimuleerd, omdat de mensen het product met de beste prijs-kwaliteitverhouding kiezen;
- patiënten hebben de mogelijkheid om producten van hun voorkeur te kopen in eender welke winkel, en dus niet alleen in een apotheek;



- forfaits bieden de mogelijkheid om de kosten (min of meer) te beheersen voor de ziekteverzekering, aangezien er een vast bedrag per patiënt wordt betaald.

Het systeem van forfaits zorgt echter ook voor een aantal uitdagingen, waarvoor we in de secties hieronder een oplossing aanreiken.

4.2. Zijn de forfaits toegankelijk?

Uit de interviews blijkt dat er op gebied van toegankelijkheid een aantal knelpunten zijn:

- De **patiënten zijn niet altijd op de hoogte** van de forfaits, en wanneer ze dat wel zijn, denken ze vaak dat de huisarts het initiatief moet nemen. Aangezien incontinentie soms moeilijk bespreekbaar is, aarzelen veel patiënten om het bij de huisarts ter sprake te brengen.
- Ook niet alle **artsen** zijn op de hoogte van de forfaits. Dit kan één van de redenen zijn waarom het kleine forfait veel minder wordt gebruikt in Brussel en Wallonië.
- Het bestaan van drie parallelle trajecten voor het verkrijgen van een forfait (formulier ingevuld door de huisarts voor het klein forfait, automatische toekenning van het groot forfait via de Katz schaal door de thuisverpleegkundige, verklaring van een arts voor het groot forfait als de patiënt geen beroep doet op thuiszorg) heeft als voordeel dat de huisartsen niet te zwaar belast worden, zij houden zich bijna niet bezig met het groot forfait. Ook de verpleegkundigen worden niet extra belast, want de Katz schaal moet toch al worden ingevuld om het forfait voor thuiszorg te kunnen bepalen. Toch worden deze 3 verschillende procedures als **weinig praktisch** beschouwd door artsen, vooral wanneer het ziekenfonds bijkomende documenten vraagt ter controle, voor het groot forfait.

- **De aanvraagprocedures voor het klein en groot forfait zijn volledig gescheiden:** sommige mensen, die volgens de Katz-schaal niet in aanmerking komen voor het groot forfait, kunnen wel recht hebben op het klein forfait, maar moeten hiervoor naar de huisarts gaan, die opnieuw de conditie van de patiënt moet beoordelen om een aanvraag voor een klein forfait te kunnen indienen.
- **Urologen, gynaecologen en andere specialisten mogen het aanvraagformulier voor het klein forfait niet invullen.** De patiënten die direct naar een incontinentiekliniek of specialist stappen, of die worden doorverwezen door de huisarts, missen zo het klein forfait.

4.2.1. Voorstellen ter verbetering

- **Meer informatie verstrekken aan zorgverleners en patiënten over het bestaan van de forfaits, en hen aanmoedigen om het probleem van incontinentie en de forfaits ter sprake te brengen.**
- **Eén enkel aanvraagformulier voor artsen voor beide forfaits voorzien.**
- **De bevoegdheid om een klein forfait voor te schrijven uitbreiden naar andere betrokken artsen: urologen, geriateren, gynaecologen, pediaters, colorectale chirurgen, gastro-enterologen en neurologen.**



4.3. Dekken de twee forfaits de variatie aan kosten bij patiënten?

Het huidige systeem gaat ervan uit dat incontinentie bij afhankelijke personen meestal niet te behandelen is en dat ze daarom voor hun probleem niet noodzakelijk door een arts moeten worden opgevolgd. Verder wordt verondersteld dat hun kosten van incontinentie hoog liggen en laag bij niet-afhankelijke onbehandelbare personen. Deze tweede veronderstelling klopt in veel gevallen echter niet. In werkelijkheid is er grote variatie in kosten, en een aantal patiëntengroepen worden onvoldoende vergoed:

- **Er is geen forfait voor niet-afhankelijke personen met fecale incontinentie:** iemand met fecale incontinentie komt niet in aanmerking voor het klein forfait (dat alleen urine-incontinentie dekt), maar als hij niet afhankelijk is, is hij ook uitgesloten van het grote forfait.
- **Het bedrag van het forfait is niet altijd voldoende:** sommige mensen met volledige urine-incontinentie zijn toch mobiel en soms professioneel actief (bv. na een totale prostatectomie). Toch hebben ze enkel recht op het klein forfait, terwijl ze meerdere luiers per dag nodig hebben. Ze kunnen soms wel een tegemoetkoming krijgen van de gefedereerde entiteiten, maar alleen als ze voor de leeftijd van 65 jaar erkend worden als persoon met een handicap.
- **De criteria voor uitsluiting zijn soms te streng:** het kleine forfait kan bijvoorbeeld niet worden gecombineerd met de vergoeding van peniskokers of zelfkatheters. Maar sommige mensen kiezen ervoor om 's nachts een koker te dragen en overdag luiers, bv. om huidirritatie tegen te gaan. Anderen doen aan zelfkatheterisatie, maar willen ook luiers dragen tegen "ongelukjes" of 's nachts.
- **De minimale duurtijd van incontinentie om recht te hebben op een forfait, is niet duidelijk.** Deze vraag stelt zich in de praktijk, aangezien een genezing meestal niet voorspelbaar is. Na een radicale prostatectomie kan er bijvoorbeeld een incontinentieperiode van gemiddeld dertig dagen volgen, maar deze periode kan ook 5 maanden of langer duren, of zelfs permanent worden. In Nederland is urine-

incontinentie die minder dan 2 maanden duurt, uitgesloten van het ziekteverzekeringspakket. Voor fecale incontinentie is deze duur 2 weken, bv. na een operatie of tijdens en na een zwangerschap.

Voorbeelden van categorieën die worden gebruikt bij de terugbetaling van incontinentiemateriaal:

- Zwitserland sluit lichte incontinentie uit (minder dan 100ml urineverlies per 4 uur) en hanteert drie niveaus (middelmatige - ernstige - volledige incontinentie);
- Nederlandse verzekeraars sluiten lichte incontinentie niet uit, maar onderscheiden 7 tot 8 profielen op basis van het type en de kenmerken van de incontinentie en de persoonlijke situatie van de patiënt. De mildste profielen ontvangen producten voor vrij kleine bedragen (€ 60 tot € 95 per jaar);
- Het VAPH (Vlaanderen) onderscheidt 9 categorieën (en een optionele aanvulling) op basis van leeftijd, incontinentie 's nachts/overdag en het al dan niet gebruiken van katheters;
- PHARE (Brussel) onderscheidt 4 categorieën op basis van leeftijd/gewicht van de patiënt en incontinentie 's nachts/overdag;
- AVIQ-Handicap (Wallonië) onderscheidt 8 categorieën volgens incontinentie 's nachts/overdag, het al dan niet gebruiken van katheters, urinaire en/of fecale incontinentie.

Bepaalde landen of regio's sluiten dus **kortdurende en milde vormen van incontinentie uitdrukkelijk uit**. Dit is verdedigbaar: milde incontinentie brengt relatief weinig kosten met zich mee (in Nederland gaf 30% van de incontinentiepatiënten minder dan € 75 per jaar uit aan absorptiemateriaal) en heeft minder invloed op de levenskwaliteit dan ernstige incontinentie. Bovendien maakt de uitsluiting van milde vormen het mogelijk om meer middelen toe te kennen aan patiënten met een matige, zware of volledige incontinentie.



4.3.1. Voorstellen ter verbetering

- De forfaits verruimen, verder verfijnen en beter afbakenen. Dit zou een betere verdeling van de financiële middelen mogelijk maken. Mogelijke voorbeelden vinden we in andere landen en regio's, die een onderscheid maken tussen matige/ernstige/volledige incontinentie, incontinentie 's nachts/overdag en 's nachts, het al dan niet gebruiken van katheters en leeftijd/gewicht.
 - De forfaits verruimen zodat patiënten met fecale incontinentie die niet afhankelijk zijn, er ook aanspraak op kunnen maken.
 - Een hoger forfait voorzien voor patiënten die zwaar of volledig incontinent zijn, maar niet afhankelijk.
 - Het toegekende bedrag aanpassen voor milde vormen van incontinentie, die matige kosten met zich meebrengen. Er mee rekening houden dat de kosten van absorptiemateriaal lager zijn bij *nachtelijke* incontinentie dan bij incontinentie *overdag en 's nachts*.
 - Personen die gebruikmaken van ander materiaal voorzien door artikel 27 van de nomenclatuur of zelfkatheterisatie niet automatisch uitsluiten van het kleine forfait. Het bedrag van hun forfait kan echter lager zijn dan dat van personen die continu absorptiemateriaal gebruiken.
- De regels voor minimale duur van incontinentie omschrijven. In dit verband moet de definitie van incontinentie op de korte termijn rekening houden met de geldigheidsperiode van de forfaits (die momenteel één jaar bedraagt voor het grote forfait en drie jaar voor het kleine forfait).
- De indicaties voor het toekennen van de forfaits duidelijker definiëren. Deze indicaties moeten voldoende gedetailleerd zijn, opdat zorgverleners ze op een consequente wijze kunnen interpreteren en toepassen.

4.4. Groot forfait: kan de Katz-schaal vervangen worden door de BelRAI?

Volgens de bevroegde stakeholders, is de Katz-schaal **niet erg gevoelig** om incontinentie te meten; ze houdt slechts rekening met 3 graden van incontinentie (score 2: *soms* incontinent, score 3: incontinent voor urine *of* feces, score 4: incontinent voor urine *en* feces). Alleen scores 3 en 4 komen in aanmerking voor het groot forfait.

Het RIZIV heeft aanvullende instructies gepubliceerd over de classificatie van de verschillende types incontinentie patiënten. Dit maakt de evaluatie preciezer, maar er blijft toch onduidelijkheid bestaan.

Bovendien doet het gebruik van de Katz-schaal **een risico op belangenconflict** ontstaan voor de thuisverpleegkundige. De beoordeling van incontinentie is dan mee bepalend voor de toekenning van het hoogste forfait voor thuiszorg (B of C), en deze verpleegkundige wordt daar vervolgens mee betaald.

Om de administratieve last te verlichten, onderzochten we **hoe de Katz-schaal vervangen zou kunnen worden door de BelRAI-tool** voor de toekenning van de incontinentieforfaits (zowel het groot als klein forfait).

De BelRAI is een beoordelingsinstrument om de zorg voor kwetsbare personen, of personen in complexe zorgsituaties te ondersteunen. Met het instrument kan van elke patiënt een uitgebreide set aan gegevens worden verzameld, die dan tussen zorgverleners kunnen worden gedeeld. De gegevens worden online opgeslagen op een platform, wat ook longitudinale evaluaties bevordert.

De BelRAI is de Belgische versie van de InterRAI, die aanvankelijk werd ontwikkeld voor ouderen in de residentiële zorg (RAI: *Resident Assessment Instrument*). Het instrument werd in de loop van de tijd ontwikkeld en uitgebreid om in verschillende contexten te worden gebruikt.



InterRAI en BelRAI bevatten een sectie over continentie in de thuiszorgmodule; deze sectie omvat vijf subrubrieken H1 tot H5. Bovendien omvat sectie N over behandelingen en procedures een subsectie N4 over incontinentiemateriaal.

Op basis van de BelRAI kunnen de volgende types en ernstgraden van incontinentie worden onderscheiden:

- Urinaire versus fecale versus gecombineerde incontinentie
- Dag versus nacht versus dag-en-nacht incontinentie
- Ernstgraad: Occasionele incontinentie – minder dan dagelijkse incontinentie – dagelijkse incontinentie, maar nog enige controle – incontinentie, zonder controle

Men kan ook rekening houden met het feit dat de patiënt zwaar zorgafhankelijk is, aan gevorderde dementie lijdt, mictietraining volgt...

De patiënten die momenteel volgens de Katz-schaal in aanmerking komen voor het groot forfait, zouden op basis van de BelRAI kunnen geïdentificeerd worden. Voor deze patiënten zou BelRAI dus de Katz schaal (voor incontinentie) kunnen vervangen. Het gebruik van de BelRAI zou ook een **verdere verfijning toelaten op basis van het type en de ernst van incontinentie**.

De BelRAI kan worden ingevuld door elke wettelijk erkende zorgverlener, volgens de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van gezondheidsberoepen ter vervanging van Koninklijk Besluit nr. 78. Het RIZIV zou echter voorwaarden kunnen stellen over de gezondheidsberoepen die het deel over incontinentie mogen invullen voor de toekenning van een forfait. Met de BelRAI kunnen trouwens meerdere beoordelingen door verschillende zorgverleners worden uitgevoerd, en er zijn geen regels over wat te doen bij tegenstrijdigheden.

Voor patiënten die momenteel in aanmerking komen voor het **kleine forfait**, zou de beoordeling met de BelRAI niet volstaan, omdat de tool geen onderscheid maakt voor mensen die al geprobeerd hebben zich te laten behandelen. **De tussenkomst van een arts via een apart formulier (online) zou dus nog steeds nodig zijn** om te bevestigen dat de persoon wel degelijk incontinentiemateriaal nodig heeft, ondanks de poging tot behandeling.

De BelRAI wordt momenteel geïmplementeerd in verschillende domeinen **op federaal en gefedereerd niveau**. Het gebruik van één instrument voor de incontinentieforfaits zou als voordeel bieden dat het de administratieve efficiëntie verbetert, en dat het delen van gegevens tussen de bevoegdheidsniveaus wordt vergemakkelijkt.

Men mag wel niet vergeten dat het instrument aanvankelijk is ontwikkeld om de zorg te verbeteren en niet om na te gaan wie recht heeft op terugbetaling. De mogelijkheden om het aan te passen zijn ook beperkt, omdat het gebaseerd is op een internationaal gevalideerd instrument.

4.4.1. Voorstellen ter verbetering

- **De BelRAI lijkt interessant als instrument om incontinentieforfaits toe te kennen. Zodra het systeem voldoende operationeel is, zou de haalbaarheid moeten worden nagegaan in een verdere test.**



4.5. Het klein forfait: kan behandeling opgelegd worden als voorwaarde?

De huidige voorwaarde voor het klein forfait van “onbehandelbare” incontinentie is voor interpretatie vatbaar. Strikt genomen betekent het dat de patiënt alle mogelijke behandelingen moet hebben gekregen, tot bij de specialist, en dat hij/zij nog steeds aan incontinentie lijdt, maar het kan ook minder strikt worden geïnterpreteerd. Wat doen we bijvoorbeeld met een patiënt bij wie het probleem verbeterde door een niet-terugbetaald geneesmiddel, maar dat hij/zij stopt te gebruiken omdat het te duur is? Theoretisch gezien is incontinentie die succesvol wordt behandeld met een geneesmiddel niet “onbehandelbaar” en geeft het daarom geen recht op een klein forfait. Maar momenteel weten artsen niet wat ze in dergelijke gevallen moeten doen.

Huisartsen willen de levenskwaliteit van hun patiënten maximaliseren en zijn geneigd hun patiënt te volgen wanneer deze absorptiemateriaal verkiest boven behandeling. De patiënten met een klein forfait zijn namelijk gemiddeld 74 jaar, hebben vaak ook andere aandoeningen en beschouwen incontinentie niet altijd als hun eerste zorg. Behandeling als absolute voorwaarde opleggen kan zo volgens de huisartsen de toegang tot het forfait belemmeren.

Anderzijds constateren zorgverleners en patiëntenverenigingen dat te weinig patiënten de stap zetten naar behandeling, en dat de patiënt moet worden aangespoord tot - op zijn minst – eerstelijnsbehandeling. Daarbij kunnen aanpassingen aan de levensstijl, bekkenbodemspiertraining en/of geneesmiddelen een belangrijke rol spelen. Vaak is de patiënt ook gewoonweg niet goed geïnformeerd over de verschillende mogelijke behandelingen en hulpmiddelen. De experts waren het er dan ook over eens dat de patiënt op zijn minst goed geïnformeerd moet worden, vooraleer de stap gezet wordt naar een forfait. Dit kan via een daaraan gewijde consultatie bij een verpleegkundige en/of kinesitherapeut, op doorverwijzing van de arts.

“Wij denken dat een groot aantal mensen dat nu een [klein] forfait krijgt, in eerste instantie door de huisarts kan worden behandeld.” (extract uit de interviews en expertmeetings)

Een gelijkaardige aanpak is die van Nederland, waar alle patiënten **eerst in de eerstelijnszorg** moeten starten om vergoeding te krijgen, zover dat redelijkerwijs haalbaar is. De arts moet dus een afweging maken van wat haalbaar is voor de patiënt.

Deze aanpak komt dus neer op het verder uitwerken van de definitie van “onhandelbare” incontinentie tot een incontinentie “die aanhoudt na minimaal een poging tot eerstelijnsbehandeling, voor zover dit haalbaar is voor de patiënt”.

4.5.1. Voorstellen ter verbetering

Het klein forfait meer expliciet koppelen aan een eerstelijnsbehandeling, voor patiënten voor wie dit haalbaar is, op basis van

- een anamnese;
- een klinische evaluatie (ook van de functionele staat van de bekkenbodemp) en een diagnose van de incontinentie
- een eerste behandeling volgens de internationale richtlijnen
- een evaluatie van de opties inzake sanitaire hulpmiddelen

Dit alles moet gebeuren volgens de internationale aanbevelingen. De financiële barrières die hieruit kunnen voortvloeien voor de patiënt, moeten worden opgevangen worden door een uitbreiding van de terugbetaling.



4.6. Kunnen de competenties van de betrokken zorgverleners beter benut worden?

Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat incontinentie een probleem is dat vaak onbesproken blijft, niet alleen door de patiënt maar ook door veel zorgverleners.

Huisartsen

Uit een onderzoek bij huisartsen^c is gebleken dat **urine-incontinentie grotendeels ondergediagnosticeerd en onderbehandeld is**, wat we bevestigd zagen tijdens de gesprekken in het kader van dit onderzoek. De huisartsen van hun kant geven ook toe dat ze niet voldoende tijd besteden aan het probleem, of voelen zich er niet voldoende competent voor.

Sommige mensen bespreken het probleem liever niet met hun huisarts en gaan rechtstreeks naar een uroloog of gynaecoloog, terwijl anderen daarentegen de uroloog of de gynaecoloog mijden uit angst een operatie opgedrongen te krijgen, niet wetende dat er nog veel andere opties zijn. Bij afhankelijke personen, die het forfait automatisch kunnen krijgen via de Katz score, zonder tussenkomst van de huisarts, is het goed mogelijk dat deze laatste helemaal niet op de hoogte is van het probleem.

Kinesitherapeuten

De wet erkent de titel van kinesitherapeuten met een **bijzondere bekwaamheid in de pelvische reëducatie en de perinatale kinesitherapie**. Sommige gespecialiseerde kinesitherapeuten hebben hun eigen praktijk, andere werken in continëntieklinieken waar ze complexe problemen behandelen m.b.t. urologie, gynaecologie en coloproctologie. Ze kunnen ook meer algemeen ingrijpen om de fysieke conditie van de patiënt te verbeteren, of specifiek om het plasgedrag bij te sturen. Er is immers aangetoond dat bekkenbodemrevalidatie efficiënter is in combinatie met

deze twee aspecten. Deze vorm van bekkenbodemrevalidatie kan ook aan ouderen (> 80-jarigen) worden aangeboden.

Idealiter worden alle mensen met incontinentie **eerst door hun huisarts naar een gespecialiseerde kinesitherapeut** doorverwezen, voordat ze eventueel naar een multidisciplinair centrum van de 2^e lijn worden doorverwezen.

Verpleegkundigen

In tegenstelling tot kinesitherapeuten worden incontinentieverpleegkundigen **niet officieel professioneel erkend**, hoewel sommigen onder hen wel degelijk in continëntieklinieken werken waar ze mee instaan voor de voorbereiding van diagnose en behandelingen.

Thuisverpleegkundigen hebben ook kennis en expertise in incontinentieproblemen. Een systeem waarin kinesitherapeuten en verpleegkundigen **op een complementaire** manier bij patiënten thuis kunnen komen, zou zinvol zijn. Zo kunnen de patiënten optimaal begeleid en ondersteund worden in de behandeling van hun incontinentie. Dit is alleen mogelijk als er voor dit type zorg een gepaste financiering wordt voorzien.

NB: Incontinentieverpleegkundigen mogen niet worden verward met "commerciële verpleegkundigen", die zijn opgeleid door fabrikanten van absorberende beschermingsmiddelen, en die vooral zoeken naar het beste type bescherming voor elke klant. Incontinentieverpleegkundigen bekijken incontinentieproblemen in hun diagnostische en therapeutische dimensies, en stellen een veel ruimer aanbod aan oplossingen voor dan enkel absorberende beschermingsmiddelen.

^c Tollet, S. and J. Vanschoenbeek, *Praktijkproject: het voorkomen van urine-incontinentie in onze huisartsenpraktijk*



4.6.1. Voorstellen ter verbetering

Huisartsen

- De huisarts verwittigen zodra een patiënt een incontinentiescore van minstens 2 heeft op de Katz-schaal (of een gelijkwaardige evaluatie met de BelRAI, indien van toepassing), als deze patiënt nog geen behandeling heeft ondergaan. Logischerwijze is dit de taak van de thuisverpleegkundige.
- Meer aandacht besteden aan de behandeling van incontinentie in de opleiding van de huisartsen.

Verpleegkundigen

- Een specifieke vergoeding voorzien voor thuisbezoeken voor patiënteneducatie i.v.m. aanpassingen aan de levensstijl, het geven van informatie over de keuze en het gebruik van hulpmiddelen. Deze bezoeken kunnen worden gedaan door (gespecialiseerde) verpleegkundigen of door thuisverpleegkundigen.
- In het algemeen moet erover worden gewaakt dat incontinentie voldoende aandacht krijgt in de basisopleiding en permanente vorming van verpleegkundigen.

Kinesitherapeuten

- Een gedetailleerdere registratie van kinesitheriesessies overwegen. Hierdoor krijgt het RIZIV een beter zicht op het aantal patiënten dat kinesitherapie volgt voor incontinentie.
- Hulpmiddelen aanbieden aan kinesitherapeuten en patiënten om hun kennis te vergroten, en om het uitvoeren van hun oefeningen aan te moedigen (brochures, apps met oefeningen...).

4.7. Zetten de huidige forfaits voldoende aan tot het opstarten van een behandeling?

“Probleem met de forfaits is dat het de mensen aanzet tot het kopen van luiers en niet tot het volgen van een behandeling.” (extract uit de interviews en expertmeetings)

Vele bevraagde stakeholders waren van mening dat **de manier waarop beide forfaits momenteel worden aangevraagd en toegekend het opstarten van een behandeling niet aanmoedigt**. De aanvraagformulieren en de Katz-schaal worden beschouwd als een louter administratieve stap, terwijl ze een instrument zouden kunnen zijn om het probleem aan te pakken en samen met de patiënt de mogelijkheden van zorg te overlopen. Dit zijn gemiste kansen.

Zoals beschreven in het medische deel van deze synthese zijn er verschillende doeltreffende therapeutische benaderingen voor incontinentie. Conservatieve niet-medicamenteuze eerstelijnsbehandelingen hebben een relatief hoog succespercentage, vooral als ze in een beginstadium worden aangeboden. Ze hebben minder risico's en bijwerkingen dan de farmacologische of chirurgische behandelingen en ze zijn goedkoper.

De succespercentages van medicatie zijn over het algemeen niet erg hoog en wegens de gemiddelde leeftijd van de patiëntenpopulatie moet ook rekening gehouden worden met de risico's van polymedicatie en interactie tussen geneesmiddelen. Voor niet-neurologische incontinentie wordt momenteel alleen orale oxybutynine door het RIZIV terugbetaald. Maar dit geneesmiddel veroorzaakt net de meeste bijwerkingen, waardoor de therapietrouw zeer laag is (slechts 10 à 20% van de patiënten neemt het geneesmiddel langer dan een jaar). De nieuwere geneesmiddelen (anticholinergica van de nieuwe generatie, β_3 -adrenerge agonisten) hebben minder bijwerkingen, en daarom een betere therapietrouw (40 à 60% op een jaar). Ze kosten echter ongeveer €30 à €50 per maand, volledig voor rekening van de patiënt (behalve voor neurologische aandoeningen).



Een aantal materialen, zoals een pessarium, worden niet afzonderlijk terugbetaald (maar ze zijn inbegrepen in het klein forfait). Een **pessarium** kost ongeveer €60, maar het kan vele jaren worden gebruikt, en kan ervoor zorgen dat een chirurgische ingreep wordt uitgesteld of zelfs vermeden..

Deze situatie wekt bij zorgverleners en patiënten de indruk dat het gebruik van absorptiemateriaal in de hand wordt gewerkt, aangezien hiervoor tegemoetkoming is via de forfaits.

4.7.1. Voorstellen ter verbetering

- **In alle geval dient de patiënt geïnformeerd te worden over de behandel mogelijkheden en hulpmiddelen. Dit kan door een verpleegkundige (begeleiding bij het opstellen van een plasdagboek, educatie ivm het aanpassen van de levensstijl, en informatie over hulpmiddelen) en een kinesitherapeut (voor functionele evaluatie en/of pelvische reëducatie).**
- **Voor de mensen met niet-neurologische urinaire incontinentie, nagaan of een verruiming van de terugbetaling wenselijk is voor nieuwe geneesmiddelen of geneesmiddelen met vertraagde vrijstelling, op basis van een onderzoek naar kosteneffectiviteit en budgetimpact.**

4.8. Krijgen de betrokken personen neutrale en correcte informatie over incontinentiemateriaal?

Veroudering is op zich geen oorzaak van incontinentie. Toch wezen de geïnterviewde stakeholders erop dat **de marketing van absorptieproducten incontinentie vaak voorstelt als een normaal verschijnsel bij ouderen**. Deze fatalistische opvatting, die goed is verspreid onder het grote publiek, heeft als gevolg dat ouderen die een beginnende incontinentie vaststellen, er niet aan denken om hulp te vragen aan zorgverleners, of dit niet durven vragen, maar onmiddellijk grijpen naar absorptieproducten.

“Mensen worden bijna aangemoedigd om luiers te dragen. De reclame stuit ons enorm tegen de borst.” (extract uit de interviews en expertvergaderingen)

We constateren overigens dat patiënten niet altijd toegang hebben tot neutrale informatie over incontinentiemateriaal:

“De 65-plussers die ik zie, dragen allemaal een absorberende pull-upbroek, die meer dan het dubbele van de prijs van de klassieke bescherming kost. Deze dure pull-ups worden hen aangeraden door de thuiszorgwinkels. Bovendien moeten ze zich, bij elke verversing, helemaal uitkleden.” (extract uit de interviews en expertvergaderingen)

Deze informatie zou kunnen worden gegeven door thuisverpleegkundigen, maar deze hebben er weinig tijd voor, en worden er ook niet voor vergoed. De huisarts, voor zover deze zelf goed op de hoogte is, heeft hier geen tijd voor, omdat dit meer tijd vraagt dan een normale raadpleging.

De winkels van medisch materiaal en de apotheken is er informatie voorhanden, maar (volgens sommige geïnterviewden) worden niet altijd de producten met de beste prijs-kwaliteitsverhouding aanbevolen.

Tenslotte zijn er de gespecialiseerde verpleegkundigen in de multidisciplinaire bekkenbodemcentra. Zij zijn zeker bekwaam om informatie te geven, maar zijn minder toegankelijk. Aangezien ziekenhuizen geen vergoedingen ontvangen voor raadplegingen door hun verpleegkundig personeel, krijgen patiënten pas toegang tot die informatie wanneer zij een specialist raadplegen.



4.8.1. Voorstellen ter verbetering

- Informatie verspreiden met als boodschap dat incontinentie meestal geen fataliteit is en kan worden behandeld.
- Een gedragscode met de industrie overeenkomen om een etiket op de verpakkingen van absorptiematerialen voor incontinentie aan te brengen, waarop bijvoorbeeld vermeld staat: *“Incontinentie kan meestal behandeld worden. Hebt u al een zorgverlener geraadpleegd?”*. Het etiket op producten voor babyvoeding ten gunste van borstvoeding, kan hierbij als voorbeeld dienen.
- Aan elke betrokkene, en vooral aan ouderen die thuiszorg krijgen, systematisch neutrale en aangepaste informatie verstrekken over de verschillende producten en mogelijke beschermingsmiddelen, en de toegang ertoe vergemakkelijken.

Er zijn verschillende mogelijkheden:

- Huisbezoeken door (gespecialiseerde) verpleegkundigen mogelijk maken om patiënten te leren om te gaan met hun incontinentie (zie hoger).
- De toegang tot (gespecialiseerde) verpleegkundigen in multidisciplinaire bekkenbodencentra vergemakkelijken door een specifieke nomenclatuurcode te voorzien;
- De mogelijke rol onderzoeken van de sociale diensten van ziekenfondsen bij het informeren van patiënten over de aanpak van incontinentie.

4.9. Mogelijke verbeteringen in de multidisciplinaire centra

De multidisciplinaire centra zijn van mening dat **hun huidige financiering door de nomenclatuur een multidisciplinaire samenwerking** (artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, psychologen en seksuologen) **niet bevordert**. Kinesitherapeuten worden bijvoorbeeld alleen betaald voor oefensessies ter versterking van de bekkenbodembodem, maar niet voor hun deelname aan vergaderingen met de arts om de diagnose te bespreken.

De **nomenclatuur** voor incontinentie is bovendien verouderd en zet de deur open voor **praktijken die niet in overeenstemming zijn met de richtlijnen**, zoals liever botoxinjecties geven (goed vergoed maar beschouwd als weinig werkzaam) in plaats van de niet-invasieve technieken van elektrische stimulatie toe te passen (effectief maar minder goed vergoed), of onmiddellijk een chirurgische interventie voorstellen in plaats van eerst een vaginaal pessarium te proberen (voor een pessarium moet men tijd voorzien om voor de patiënte de goede maat te vinden, het gebruik uit te leggen..., terwijl hiervoor enkel een normale consultatie wordt betaald).

4.9.1. Voorstellen ter verbetering

- Een correcte vergoeding voorzien voor de verschillende zorgverleners van de multidisciplinaire centra voor incontinentie, ook voor multidisciplinair overleg.



4.10. Mogelijke verbeteringen bij de verdeling van de federale/gefedereerde bevoegdheden

Momenteel komen zowel de federale als de gefedereerde niveaus tussen voor incontinentieproblemen, hoewel het gefedereerde niveau weliswaar enkel bevoegd is voor mensen met een beperking. Deze dubbele bevoegdheid zorgt voor bepaalde problemen:

- Zo moeten de aanvragen op beide niveaus worden gedaan. Aangezien verschillende instrumenten worden gebruikt, moet de evaluatie dus verschillende malen opnieuw gebeuren. Dit leidt tot groot efficiëntieverlies.
- Voor het gefedereerde niveau is het moeilijk om het forfait aan te passen aan wat de patiënt al heeft ontvangen op federaal niveau, aangezien er geen gegevens worden gedeeld.
- De Duitstalige Gemeenschap voorziet geen financiële tussenkomst, omdat ze van mening is dat het federale niveau hiervoor bevoegd is.

4.10.1. Voorstellen ter verbetering

- **Onderlinge afspraken maken over het gebruik van eenzelfde evaluatietool. Op termijn kan overwogen worden om een test uit te voeren met de BelRAI-tool, die momenteel op federaal en gefedereerd niveau wordt ingevoerd. Het gebruik van éénzelfde tool zou het delen van gegevens tussen de bevoegdheidsniveaus vergemakkelijken en de administratieve efficiëntie en communicatiekwaliteit verbeteren.**



■ AANBEVELINGEN^d

AAN DE FEDERALE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID EN HET RIZIV

Ivm de forfaits

- De mogelijkheid om het klein forfait voor te schrijven uitbreiden naar andere artsen betrokken bij incontinentieproblemen: urologen, gynaecologen, geriateren, pediaters, colorectale chirurgen, gastro-enterologen en neurologen.
- Het klein forfait verruimen en zijn indicaties beter afbakenen, geïnspireerd op internationale voorbeelden:
 - Zodat personen met fecale incontinentie die niet afhankelijk zijn, er ook aanspraak op kunnen maken.
 - Zodat personen die gebruikmaken van ander materiaal voorzien door artikel 27 van de nomenclatuur of aan zelfkatheterisatie doen, er niet automatisch van worden uitgesloten.
 - Een hoger forfait voorzien voor patiënten die zwaar of volledig incontinent zijn, maar niet afhankelijk.
 - Het forfait aanpassen voor lichte vormen van incontinentie.
 - De regels voor de minimale duur van incontinentie omschrijven.
- Het klein forfait meer expliciet koppelen aan een evidence-based eerstelijnsbehandeling, voor patiënten voor wie dit redelijkerwijze haalbaar is.
- Eénzelfde aanvraagformulier voor artsen voor beide forfaits voorzien.
- De zorgverleners beter informeren over de indicaties en de voorwaarden voor de forfaits.
- De BelRAI lijkt interessant als instrument om incontinentieforfaits toe te kennen. Zodra het systeem voldoende operationeel is, zou een test moeten worden uitgevoerd, om zijn de haalbaarheid in deze context na te gaan.

^d Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

***Ivm de behandeling en aanpak van incontinentie***

- **Mogelijke financiële barrières voor behandeling en educatie aanpakken:**
 - **Mogelijk maken van thuisconsultaties voor incontinentie door (gespecialiseerde) verpleegkundigen, met het oog op patiëntenvoorlichting en educatie.**
 - **Vergoeding voorzien voor een consultatie bij gespecialiseerde verpleegkundigen in multidisciplinaire continëntieklinieken, mits deze klinieken aan bepaalde kwaliteitscriteria voldoen.**
 - **Op basis van verdere analyse van kosten-effectiviteit en budgetimpact, nagaan of een verruiming van de terugbetaling (in tweede lijn) wenselijk is voor nieuwe geneesmiddelen of geneesmiddelen met vertraagde vrijstelling, voor de patiënten met niet-neurologische incontinentie.**

Ivm registratie

- **Een gedetailleerdere registratie van kinesitheriesessies overwegen, zodat de behandeling voor incontinentie met kinesitherie kan opgevolgd worden.**

AAN DE MUTUALITEITEN EN DE PATIËNTENVERENIGINGEN***Mbt health literacy***

- **Informatie verspreiden met als boodschap dat de meeste vormen van incontinentie behandeld kunnen worden. Via deze weg zorgverleners en patiënten aansporen het probleem van incontinentie ter sprake te brengen en de behandel mogelijkheden te bespreken.**
- **Burgers informeren over het bestaan van en de toegangswegen tot de forfaits.**

AAN DE GEFEDEREERDE EN FEDERALE ENTITEITEN BEVOEGD VOOR DE INCONTINENTIEFORFAITS

- **Onderlinge afspraken maken over de evaluatietool die gebruikt wordt om incontinentieforfaits toe te kennen, zoals BelRAI.**



AAN DE CLINICI

- Het voorschrijven van het klein forfait uitdrukkelijker koppelen aan een eerstelijnsbehandeling, voor patiënten voor wie dit haalbaar is.
- Daarbij moeten de internationale richtlijnen gevolgd worden en moet er doorverwezen worden naar een kinesitherapeuten (voor functionele evaluatie en/of pelvische reëducatie) en/of een verpleegkundige (voor begeleiding bij het opstellen van een plasdagboek, educatie ivm aanpassingen aan de levensstijl en informatie over hulpmiddelen) wanneer aangewezen.
- In alle geval dient de patiënt geïnformeerd te worden over de behandel mogelijkheden en hulpmiddelen.

AAN DE THUISVERPLEEGKUNDIGEN

- De huisarts op de hoogte brengen van zijn patiënten die op basis van de Katz-schaal last hebben van incontinentie (vanaf score 2 voor incontinentie, of een gelijkwaardige evaluatie op BelRAI, indien van toepassing), en hem/haar verwittigen als de patiënt een groot forfait zal worden toegekend.

AAN DE GEZONDHEIDSZORGINDUSTRIE

- Een gedragscode overeenkomen voor het aanbrengen van een etiket op de verpakkingen van absorptiematerialen voor incontinentie, waarop vermeld staat dat de meeste vormen van incontinentie behandeld kunnen worden.

AAN DE WETENSCHAPPELIJKE EN BEROEPSVERENIGINGEN

- In de opleiding van huisartsen nog meer aandacht besteden aan de behandeling van incontinentie.
- Voldoende opleidingsmogelijkheden over incontinentie voorzien voor verpleegkundigen, in de basisopleiding en in de permanente vorming.



COLOFON

Titel:	Optimalisatie van de incontinentieforfaits – Synthese
Auteurs:	Caroline Obyn (KCE), Vicky Jespers (KCE), Cécile Camberlin (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Anja Desomer (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Nicolas Fairon (KCE), Christophe Janssens (KCE), Christian Léonard (KCE)
Externe experts en stakeholders:	Els Bakker (Haute Ecole Léonard de Vinci; Pelvired), Joyce Blondé (vzw Bekkenbodemp Problemen), Sophie Cès (UCL), Veerle Decalf (UZ Gent), Anja Declercq (LUCAS KU Leuven), Lieve De Graef (RIZIV – INAMI), Hyacinthe de Lhoneux (INAMI – RIZIV), Nicolas Delvaux (Domus Medica), Stefan De Wachter (UZ Antwerpen), Karel Everaert (UZ Gent), Thibault Gailliez (Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Hans Hellinckx (BeMedtech), Kristin Hendrickx (Universiteit Antwerpen), Philippe Lefèvre (CHU St Pierre), Michel Legrand (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Hedwig Neels (UAntwerpen; AXXON – BCIG – BICAP), Louis Paquay (Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen NVKVV; AUVB), Ann Pastijn (CHU St Pierre), Ronny Pieters (UZ Gent; Urobel), Elke Provoost (RIZIV – INAMI), Isabelle Rombaut (BeMedTech), Hadewijch Van Hoeij (BeMedtech), Ingrid Vanmechelen (Onafhankelijke Ziekenfondsen – Mutualités Libres), Stefan Verhelst (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Alliance nationale des Mutualités chrétiennes), Charlotte Wilgos (Mutualités Libres – Onafhankelijke Ziekenfondsen), Karen Windey (RIZIV – INAMI), Rudy Wyffels (Hartmann)
Externe validatoren:	Yves Castille (UCL), Dirk De Ridder (UZ Leuven), Ann Van den Bruel (University of Oxford; Universiteit van Utrecht)
Acknowledgements:	Aan de artsen die hebben deelgenomen aan de interviews; Gilles Capaert (Service Public Francophone Bruxellois), Kristien Houben (VAPH), Lara Classen (Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens), Nicolas Fairon (KCE), Mattias Neyt (KCE), Johan Van der Heyden (Sciensano)
Gemelde belangen:	“Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict” Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Veerle Decalf (Urobel), Anja Declercq (lid van InterRAI, onderzoek over BelRAI), Ronny Pieters (Urobel)



Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Els Bakker (les Pelvische reëducatie)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Veerle Decalf (doctoraatstudie incontinentie bij ouderen), Ronny Pieters (masterstudies verpleegkunde), Anja Declercq (BelRAI)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Ronny Pieters (Coloplast – Teleflex), Rudi Wyffels (N.V. Paul Hartmann S.A. producent incontinentiemateriaal)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Els Bakker (verschillende), Veerle Decalf (non-profit organisaties), Ronny Pieters (Hogeschool Gent – symposium vergoeding Coloplast, hogeschool Odisee)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Els Bakker (président BAPRA – Belgian Abdominal Pelvic Reeducation Association), Anja Declercq (lid Raad van Bestuur BelRAI), Ronny Pieters (Urobel)

Layout:

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

8 november 2018

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Urinary incontinence; Fecal incontinence; Reimbursement Mechanisms; Cost

NLM classificatie:

WJ 146 Urination and urination disorders; WI 603 Rectal diseases



Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2018/10.273/41

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Obyn C, Jaspers V, Camberlin C. Optimalisatie van de incontinentieforfaits – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 304As. D/2018/10.273/41.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.