

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/22966>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Sekseverschillen in de aanpak van

Urine-incontinentie bij vrouwen

Vrouwen met urine-incontinentie gaan meestal te rade bij de huisarts. Tegen de verwachting in consulteren ze hiervoor niet vaker vrouwelijke huisartsen dan mannelijke. Nochtans kan die keuze hun behandeling beïnvloeden. Zo behandelen mannelijke huisartsen deze klacht vaker zelf en schrijven ze meer spasmolytica voor, terwijl vrouwelijke huisartsen vaker naar een specialist en fysiotherapeut verwijzen. Mannelijke huisartsen blijken ook niet zo hoog op te lopen met de blaas-training van hun patiënten. Vooral het gebruik van het vaginale toucher als instructiemethode scoort bij hen laag.

ALM. LAGRO-JANSSEN is huisarts en verbonden aan de Vakgroep Huisartsen-geneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuis-geneeskunde van de Universiteit Nijmegen; IJW. LIBERTON is arts en verbonden aan dezelfde Vakgroep.

Als ze voor de keuze worden gesteld, geven veel vrouwelijke patiënten de voorkeur aan een vrouwelijke boven een mannelijke arts¹⁻⁴. Deze voorkeur treedt vooral op bij vrouwelijke gezondheidsproblemen zoals menstratieklachten, anticonceptie, zwangerschap en bevalling, menopauze, borstklachten en het maken van een uitstrijkje⁵⁻⁷. Zo bleek de aanwezigheid van een vrouwelijke huisarts één van de belangrijkste variabelen voor een hoog opkomstpercentage bij het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom⁸. Volgens de studie van ROUNEAU vinden vrouwen het belangrijk dat de onderzoekende arts bij een inwendig onderzoek een vrouw is. Deze voorkeur wordt belangrijker naarmate vrouwen jonger en lager geschoold zijn⁹.

Vrouwelijke artsen verschillen ook in werkwijze van mannelijke artsen: zij hechten bijvoorbeeld meer belang aan de arts-patiëntrelatie en de zorgaspecten in de hulpverlening dan hun mannelijke collega's, terwijl deze laatsten instrumenteler zijn ingesteld en meer afiniteit hebben met de medische techniek¹⁰⁻¹⁴.

LEVY et al. onderzochten verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke artsen bij seksespecifieke kankerscreeningsactiviteiten bij patiënten ouder dan 50 jaar ten aanzien van carcinomen van prostaat, cervix en mamma¹⁵. Mannelijke artsen bleken vaker dan hun vrouwelijke collega's een rectaal toucher te verrichten. Omgekeerd deden vrouwelijke artsen vaker een vaginaal onderzoek met een smear en verwezen zij vrouwelijke patiënten frequenter voor een mammografie dan hun mannelijke collega's. Als mogelijke verklaring werd gewezen op een grotere betrokkenheid en een grotere vertrouwdeheid met de eigen sekse (en gelijke leeftijd) bij het verrichten van het inwendig onderzoek bij gelijke sekse.

Vraagstelling

Vrouwen met urine-incontinentie zullen met deze klacht meestal te rade gaan bij hun huisarts.

De laatste jaren is binnen de huisartsengeneeskunde veel aandacht besteed aan het beleid van urine-incontinentie bij vrouwen. Onderdeel van de behandeling in geval van stress-incontinentie is een instructie van bekkenbodemspieroefeningen door middel van een vaginaal toucher¹⁶. In februari 1995 verscheen de NHG-standaard "Incontinentie voor urine"¹⁷.

Gezien de aard van de klacht "urine-incontinentie" is het zeer wel mogelijk dat de klacht vaker aan vrouwelijke huisartsen wordt aangeboden. Bovendien is het niet ondenkbeeldig dat in de benadering van deze klacht verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen aan het licht komen. Ten aanzien van dit laatste concludeer-

den SANDVIK en HUNSKAAR op grond van hun onderzoek dat vrouwelijke huisartsen meer activiteiten ontplooiden: ze schreven frequenter oestrogenen voor, gaven vaker bekkenbodemspieroefeningen, en verwezen meer vrouwen naar een specialist¹⁸. Dit bracht ons tot de volgende vragen: worden vrouwelijke huisartsen vaker geconsulteerd voor de klacht urine-incontinentie dan mannelijke huisartsen? Zijn er verschillen in diagnostiek en behandeling van deze klacht tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen? Zijn er verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen in het ervaren van belemmeringen bij het instrueren van de oefeningen?

Methode

De vraag naar de frequentie van presentatie van urine-incontinentie bij vrouwen kan worden beantwoord met de gegevens van de "Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk". Deze studie is uitgevoerd in de periode van april 1987 tot april 1988 bij een steekproef van 161 Nederlandse huisartsen. Elke praktijk registreerde gedurende drie maanden alle contacten tussen patiënt en huisarts/praktijkassistente. Contactredenen en diagnoses werden geregistreerd met behulp van de *International Classification of Primary Care* (ICPC).

Voor de registratie van urine-incontinentie werden geen verdere diagnostische criteria gebruikt. Voor ons onderzoek werden bij vrouwen van 18 jaar en ouder alle ziekte-episodes geselecteerd met een urine-incontinentie-episode ICPC U04 (*urine-incontinentie exclusief enuresis*).

De verschillen in presentatie aan mannelijke en vrouwelijke huisartsen zijn berekend door het aantal artscontacten in verband met urine-incontinentie te delen op het totale aantal contacten per huisarts. Hiermee wordt rekening gehouden met de verschillen in aantal patiëntcontacten (praktijkgrootte) tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Bovendien zijn alleen praktijken onderzocht waar zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen werken zodat vrouwelijke patiënten tussen beide konden kiezen.

Postenquête

Ten behoeve van de vraag naar de verschillen in *beleid* tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen zijn uit het Nederlandse

huisartsenbestand 300 huisartsen, 150 mannen en 150 vrouwen, at random geselecteerd (NIVEL), gestratificeerd naar leeftijd. Aan deze 300 huisartsen is een postenquête verzonden met vijf casussen van vrouwen met urine-incontinentie, variërend in leeftijd (jong en oud) en in type incontinentie (stress-incontinentie, urge-incontinentie en gemengde incontinentie). Elke casus werd gevolgd door hoofdzakelijk gestructureerde "ja/nee"-vragen over het door hem/haar te volgen diagnostische en therapeutische beleid (zie de vragenlijst op bladzijde 58). Hierbij werd de huisarts uitdrukkelijk verzocht te antwoorden overeenkomstig de dagelijkse praktijk. Deze methode is elders uitvoerbaar en betrouwbaar gebleken¹⁸. Tot slot werd gevraagd naar ervaren belemmeringen in de inhoudelijke en praktische uitvoerbaarheid bij het zelf instrueren van de oefeningen in de dagelijkse praktijk. Deze laatste vraag gold alleen voor huisartsen die dit zelf in praktijk brachten.

In de begeleidende brief werd het doel van het onderzoek als volgt geformuleerd: "inzicht krijgen in de wijze waarop huisartsen de klacht urine-incontinentie bij vrouwen benaderen en of zij hierbij knelpunten ervaren in de dagelijkse praktijk". Hierbij werd niet gesproken over sekseverschillen in aanpak.

Als richtlijnen voor goed handelen is voor dit artikel de NHG-standaard "Incontinentie voor urine" gebruikt. Het onderhavige onderzoek heeft vóór de publicatie van deze standaard plaatsgevonden.

Huisartsen die de enquête niet hadden ingevuld, werden allen telefonisch gevraagd naar de redenen van non-respons. Deze redenen zijn gecategoriseerd in vier groepen: geen tijd, notoire enquête-weigeraars, onderwerpgerelateerde argumenten (niet interessant) en de niet nagekomentoezeggingen. Er bleken 11 huisartsen om administratieve redenen (geen huisarts meer, verkeerd adres) buiten de onderzoeksgroep te vallen.

De Fisher's exact-test is gebruikt om significante verschillen aan te tonen.

Resultaten

Van het totaal aantal artscontacten in niet solo-praktijken met mannelijke én vrouwelijke huisartsen vindt 32,2% bij vrouwelijke huisartsen plaats en 67,8% bij mannelijke huisartsen. Het percentage consulten van vrouwelijke patiënten met urine-incontinentie is voor vrouwelijke huisartsen respectievelijk mannelijke huisartsen 34,9% en 65,0%. Het verschil is niet significant.

Het beleid

Van de 289 te bereiken huisartsen stuurden 149 huisartsen de enquête terug: 69 man-

nen (46%) en 80 vrouwen (54%). Dit is een respons van 52%. In de leeftijdsgroep jonger dan 45 jaar reageerde een even groot percentage mannen als vrouwen; bij de non-responders bevinden zich dus relatief meer mannelijke huisartsen van ouder dan 45 jaar.

De opgegeven redenen voor non-respons verschillen niet significant tussen mannen en vrouwen: 32% vulde nooit enquêtes in, 20% had geen tijd, 46% kwam de telefonisch gedane belofte om de enquête alsnog op te sturen niet na, en 4% vond het onderwerp niet belangrijk.

In geval van een stress-incontinentie bij een jonge vrouw bestaan geen grote verschillen in beleid (tabel 1).

Wel stellen vrouwen minder vaak een blaastraining voor ($p = 0,004$) en plaatsen zij ook minder pessaria vergeleken met hun mannelijke collega's ($p = 0,01$). Bij een oudere vrouw met stress-incontinentie valt op dat vrouwelijke artsen vaker verwijzen naar de fysiotherapie ($p = 0,04$) en dat zij vaker medicatie voorschrijven ($p = 0,045$) (tabel 2).

Dit verschil in medicatie wordt veroorzaakt door het vaker voorschrijven van oestrogenen.

Meer vrouwelijke artsen verwijzen de jonge vrouw met urge-incontinentie naar de uroloog ($p=0,03$) (tabel 3).

Mannelijke huisartsen behandelen meer zelf en geven frequenter medicatie al dan niet in combinatie met blaastraining ($p = 0,04$). De medicatie betreft in bijna 95% spasmolytica.

Dezelfde sekseverschillen zijn zichtbaar bij de oudere vrouw: vrouwelijke huisartsen verwijzen meer en mannelijke huisartsen schrijven frequenter medicatie voor (tabel 4). Ook hier betreft het in hoofdzaak spasmolytica. Vrouwelijke huisartsen vinden voor het stellen van de diagnose ook vaker een urodynamisch onderzoek nodig. In de praktijk betekent dat een specialistische verwijzing. Bij urge-incontinentie komt nog een ander verschil aan het licht: oudere vrouwen krijgen vaker dan jongere medicatie voorgeschreven en worden minder vaak naar de specialist verwezen. Bij de casus van een oudere vrouw met gemengde incontinentie schrijven mannelijke huisartsen eveneens vaker medicatie voor (tabel 5). Het betreft in 86% van de gevallen spasmolytica.

De ervaren belemmeringen

Vrouwelijke huisartsen maken bij het instrueren van de oefeningen van de bekkenbodemspieren vaker dan mannen gebruik van een vaginaal toucher ($p = 0,03$) (tabel 6). De ervaren belemmeringen geven weinig

Tabel 1: Jonge vrouw met stress-incontinentie.

Een 29-jarige vrouw, moeder van twee kinderen, komt met de klacht dat ze urine verliest bij het joggen en gymnastiekoefeningen doen. Ze gebruikt dagelijks inlegkruisjes om dit urineverlies op te vangen. Het is begonnen na de laatste bevalling, twee jaar geleden. Bij hevige aandrang kan ze de urine goed ophouden. Het urinesediment is schoon.

	N	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)
Gynaecologisch onderzoek	149	143 (96,0)	65 (94,2)	78 (97,5)
Urodynamisch onderzoek	148	13 (8,8)	9 (13,0)	4 (5,1)
Stelt diagnose:				
• stress-incontinentie	149	143 (96,0)	64 (92,8)	79 (98,8)
• urge-incontinentie		2 (1,3)	2 (2,9)	1 (1,3)
• gemengde incontinentie		3 (2,0)	2 (2,9)	0
• anders		1 (0,7)	1 (1,4)	0
• weet niet		0	0	0
Oefeningen bekkenbodemspieren	144	121 (84,0)	58 (86,6)	63 (81,8)
Blaastraining	142	46 (32,4)	30 (44,8)	16 (21,3)*
Medicatie	143	2 (1,4)	1 (1,5)	1 (1,3)
Incontinentiemateriaal	141	25 (17,7)	12 (18,5)	13 (17,1)
Pessarium	143	6 (4,2)	6 (9,0)	0*
Niet verwijzen	143	77 (53,8)	35 (52,2)	42 (55,3)
Wel verwijzen:				
• fysiotherapie	143	57 (39,9)	27 (40,3)	30 (39,5)
• wijkverpleging		2 (1,4)	0	2 (2,6)
• gynaecoloog		5 (3,5)	3 (4,5)	2 (2,6)
• uroloog		8 (5,6)	4 (6,0)	4 (5,3)
• anders		2 (1,4)	1 (1,5)	1 (1,3)

N = aantal respondenten op deze vraag; % bij totaal: aantal positief beantwoorde vragen van N; % bij man respectievelijk vrouw: aantal positief beantwoorde vragen t.o.v. het totaal aantal mannen respectievelijk vrouwen die deze vraag hebben beantwoord; * $p < 0,05$

verschil in de antwoorden behalve dat vrouwen de behandeling moeilijk inpasbaar vinden binnen de normale consulttijd. Zij ervaren deze tijdsdruk ook bij het geven van de blaastraining.

Het lijkt erop dat meer mannelijke huisartsen het moeilijk vinden om de blaastraining uit te leggen aan patiënten en het ook moeilijk vinden voor patiënten om ze te doen.

Discussie

Het beleid van huisartsen is onderzocht met behulp van een enquête. Alhoewel de vragen zijn gesteld naar aanleiding van casussen om de praktijk zoveel mogelijk te benaderen, blijven het papieren antwoorden en is niet het feitelijke handelen van de huisartsen bepaald. Omdat in hoofdzaak verschillen tussen mannen en vrouwen werden gemeten, zijn de uitkomsten voor dit onderdeel betrouwbaar, aangenomen dat vrouwelijke en mannelijke huisartsen op papier in gelijke mate de waarheid spreken of juist niet.

Een tweede kanttekening geldt de respons van 52%. Vooral mannelijke huisartsen van ouder dan 45 jaar zijn ondervertegenwoordigd. Gelet op het met taboes en seksuele gêne omgeven onderwerp moet hiermee bij de interpretatie van de gegevens worden rekening gehouden. De redenen van non-respons waren voor beide geslachten gelijk. Bovendien was het specifieke doel van het onderzoek, namelijk de sekseverschillen in het beleid, de huisartsen onbekend. Dit kan dus geen bias in respons hebben gegeven.

Verwijzen en voorschrijven

Tegen de verwachting in worden vrouwelijke huisartsen *niet* vaker dan mannelijke voor de klacht "urine-incontinentie" giconsulteerd. Een tweede bevinding is dat vrouwelijke huisartsen over de gehele linie *meer* andere hulpverleners inschakelen dan hun mannelijke collega's. Zo verwijzen zij zowel jonge als oudere vrouwen met urge-incontinentie vaker naar een uroloog en wensen zij vaker een urodynamisch onderzoek. Oudere vrouwen met stress-incontinentie worden frequenter naar de fysiotherapie verwezen.

Mannelijke huisartsen daarentegen behandelen meer patiënten zelf en maken in geval van urge-incontinentie frequenter gebruik van *spasmolytica*. Deze uitkomsten komen globaal overeen met de resultaten van het NIVEL-onderzoek van BENSING et al., waaruit blijkt dat vrouwelijke huisartsen meer additionele testen aanvragen, meer verwijzen en minder medicijnen voorschrijven¹⁰. De vrouwelijke huisartsen in onze studie geven echter, in tegenstelling tot het onderzoek van SANDVIK en HUNSKAAR,

Tabel 2: Oudere vrouw met stress-incontinentie.

Een vrouw van 61 jaar, gezond zonder medicatie, komt met de klacht dat ze moeite heeft haar urine op te houden bij zwaar tillen en hoesten. Soms is er ook urineverlies bij haastig lopen. Ze heeft geen hevige aandrang en normaliter bereikt ze het toilet op tijd. Ze gebruikt iedere dag incontinentiemateriaal en is hierover tevreden. Ze is echter bang dat andere mensen haar ruiken en komt vragen of iets aan haar incontinentie te doen valt. Het urinesediment is schoon.

	N	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)
Gynaecologisch onderzoek	146	135 (92,5)	59 (88,1)	76 (96,2)
Urodynamisch onderzoek	145	19 (13,1)	8 (11,9)	11 (14,1)
Stelt diagnose:				
• stress-incontinentie	146	114 (78,1)	51 (76,1)	63 (79,7)
• urge-incontinentie		2 (1,4)	1 (1,5)	1 (1,3)
• gemengde incontinentie		28 (19,2)	13 (19,4)	15 (19,0)
• anders		1 (0,7)	1 (1,5)	0
• weet niet		1 (0,7)	1 (1,5)	0
Oefeningen bekkenbodemspieren	140	106 (75,7)	48 (75,0)	58 (76,3)
Blaastraining	138	53 (38,4)	25 (39,1)	28 (37,8)
Medicatie	140	32 (22,8)	12 (18,5)	20 (26,6)*
Incontinentiemateriaal	140	95 (67,9)	48 (75,0)	47 (61,8)*
Pessarium	138	30 (21,7)	12 (19,1)	18 (24,0)
Niet verwijzen	134	71 (53,0)	39 (60,9)	32 (45,7)*
Wel verwijzen:				
• fysiotherapie	134	38 (28,4)	14 (21,9)	24 (34,3)*
• wijkverpleging		8 (6,0)	3 (4,7)	5 (7,1)
• gynaecoloog		17 (12,7)	6 (9,4)	11 (15,7)
• uroloog		12 (9,0)	8 (12,5)	4 (5,7)
• anders		2 (1,5)	0	2 (2,9)

N = aantal respondenten op deze vraag; % bij totaal: aantal positief beantwoorde vragen van N; % bij man respectievelijk vrouw: aantal positief beantwoorde vragen t.o.v. het totaal aantal mannen respectievelijk vrouwen die deze vraag hebben beantwoord; * p < 0,05

Tabel 3: Jonge vrouw met urge-incontinentie.

Een 42-jarige vrouw komt voor bloeddrukcontrole. Haar hypertensie is goed ingesteld met een B-blokker. Andere medicatie gebruikt ze niet. Ze vertelt het afgelopen jaar bijna dagelijks last te hebben van ongewild urineverlies. Vaak heeft ze hevige aandrang waarbij ze het toilet niet kan halen. Ook bij het horen van stromend water krijgt ze vaak hevige aandrang. Er is geen urineverlies bij drukverhogende momenten. Ze draagt uit voorzorg altijd maandverband. Het urinesediment is schoon.

	N	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)
Gynaecologisch onderzoek	148	114 (77,0)	52 (75,4)	62 (78,5)
Urodynamisch onderzoek	143	62 (43,4)	27 (40,3)	35 (46,1)
Stelt diagnose:				
• stress-incontinentie	147	1 (0,7)	1 (1,5)	0
• urge-incontinentie		118 (80,3)	53 (77,9)	65 (82,3)
• gemengde incontinentie		20 (13,6)	12 (17,6)	8 (10,1)
• anders		4 (2,7)	1 (1,5)	3 (3,8)
• weet niet		4 (2,7)	1 (1,5)	3 (3,8)
Oefeningen bekkenbodemspieren	132	34 (25,8)	18 (28,6)	16 (23,2)
Blaastraining	138	80 (58,0)	39 (59,1)	41 (56,9)
Medicatie	138	54 (39,1)	32 (48,5)	22 (30,6)*
Incontinentiemateriaal	135	54 (40,0)	24 (37,5)	30 (42,3)
Pessarium	139	0	0	0
Niet verwijzen	139	66 (47,5)	35 (53,8)	31 (41,9)*
Wel verwijzen:				
• fysiotherapie	139	13 (9,4)	5 (7,7)	8 (10,8)
• wijkverpleging		7 (5,0)	3 (4,6)	4 (5,4)
• gynaecoloog		4 (2,9)	2 (3,1)	2 (2,7)
• uroloog		60 (43,2)	25 (38,5)	35 (47,3)*
• anders		0	0	0

N = aantal respondenten op deze vraag; % bij totaal: aantal positief beantwoorde vragen van N; % bij man respectievelijk vrouw: aantal positief beantwoorde vragen t.o.v. het totaal aantal mannen respectievelijk vrouwen die deze vraag hebben beantwoord; * p < 0,05

Tabel 4: Oudere vrouw met urge-incontinentie.

Een 78-jarige vrouw heeft vier jaar geleden een cva gehad en loopt met een stok. Ze gebruikt een B-blokker voor haar hypertensie, acetylsalicylzuur sinds het cva, en temazepam als slaaptablet. Vandaag komt ze met een probleem van frequente mictie, elk uur moet ze naar het toilet. Bij aandrang moet ze snel zijn anders verliest ze urine. Gemiddeld is ze dagelijks twee tot drie keer nat. Bij drukverhogende momenten zoals hoesten en lachen is er geen urineverlies. Deze klacht bestaat sinds het cva en wordt steeds erger. Ze vertelt dat het incontinentiemateriaal niet meer voldoet. Het urinesediment is schoon.

	N	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)
Gynaecologisch onderzoek	148	100 (67,6)	44 (63,8)	56 (70,9)
Urodynamisch onderzoek	144	36 (25,0)	13 (18,8)	23 (30,7)
Stelt diagnose:				
• stress-incontinentie	148	2 (1,4)	2 (2,9)	0
• urge-incontinentie		111 (75,0)	48 (69,6)	63 (79,7)
• gemengde incontinentie		19 (12,8)	10 (14,5)	9 (11,4)
• anders		16 (10,8)	9 (13,0)	7 (8,9)
• weet niet		0	0	0
Oefeningen bekkenbodemspieren	137	22 (16,1)	14 (22,2)	8 (10,8)
Blaastraining	140	74 (52,9)	34 (52,3)	40 (53,3)
Medicatie	140	96 (68,6)	50 (75,8)	46 (62,2)*
Incontinentiemateriaal	142	123 (86,6)	57 (85,1)	66 (88,0)
Pessarium	141	4 (2,8)	3 (4,5)	1 (1,3)
Niet verwijzen	141	86 (61,0)	42 (63,6)	44 (58,7)
Wel verwijzen:				
• fysiotherapie	141	7 (5,0)	3 (4,5)	4 (5,3)
• wijkverpleging		20 (14,2)	9 (13,6)	11 (14,7)
• gynaecoloog		6 (4,3)	3 (4,5)	3 (4,0)
• uroloog		33 (23,4)	13 (19,7)	20 (26,7)*
• anders		0	0	0

N = aantal respondenten op deze vraag; % bij totaal: aantal positief beantwoorde vragen van N; % bij man respectievelijk vrouw: aantal positief beantwoorde vragen t.o.v. het totaal aantal mannen respectievelijk vrouwen die deze vraag hebben beantwoord; * $p < 0,05$

Tabel 5: Oudere vrouw met gemengde incontinentie.

Een vrouw van 74 jaar, gezond zonder medicatie, komt op het spreekuur omdat ze last heeft van frequente mictie, zowel overdag als 's nachts. Vaak heeft ze hevige aandrang, waarbij ze soms het toilet niet haalt en urine verliest. Dit overkomt haar twee á drie keer per week. Daarnaast vertelt ze ook urine te verliezen bij lachen, hoesten en trappen lopen zonder daarbij aandrang te voelen. Ze gebruikt maandverband om het urineverlies op te vangen. Deze klachten bestaan ongeveer drie jaar. Het urinesediment is schoon.

	N	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)
Gynaecologisch onderzoek	146	133 (91,1)	61 (91,0)	72 (91,1)
Urodynamisch onderzoek	145	49 (33,8)	22 (33,3)	27 (34,2)
Stelt diagnose:				
• stress-incontinentie	147	2 (1,4)	0	2 (2,5)
• urge-incontinentie		6 (4,1)	3 (4,4)	3 (3,8)
• gemengde incontinentie		135 (91,8)	63 (92,6)	72 (91,1)
• anders		3 (2,0)	2 (2,9)	1 (1,3)
• weet niet		1 (0,7)	0	1 (1,3)
Oefeningen bekkenbodemspieren	135	78 (57,8)	31 (50,0)	47 (64,4)
Blaastraining	138	69 (50,0)	30 (46,9)	39 (52,7)
Medicatie	136	56 (41,2)	30 (46,9)	26 (36,1)*
Incontinentiemateriaal	135	106 (78,5)	50 (78,1)	56 (78,9)
Pessarium	135	25 (18,5)	12 (19,1)	13 (18,1)
Niet verwijzen	138	56 (40,6)	27 (42,2)	29 (39,2)
Wel verwijzen:				
• fysiotherapie	138	24 (17,4)	10 (15,6)	14 (18,9)
• wijkverpleging		10 (7,2)	3 (4,7)	7 (9,5)
• gynaecoloog		25 (18,1)	12 (18,8)	13 (17,6)
• uroloog		44 (31,9)	23 (35,9)	21 (28,4)
• anders		3 (2,2)	0	3 (4,1)

N = aantal respondenten op deze vraag; % bij totaal: aantal positief beantwoorde vragen van N; % bij man respectievelijk vrouw: aantal positief beantwoorde vragen t.o.v. het totaal aantal mannen respectievelijk vrouwen die deze vraag hebben beantwoord; * $p < 0,05$

niet vaker dan hun mannelijke collega's bekkenbodemspieroefeningen¹⁸. Met betrekking tot het verwijzen en het voorschrijven van oestrogenen stemmen onze uitkomsten wel met deze studie overeen.

Een toevallsbevinding van deze studie is dat oudere vrouwen vergeleken met jongere vaker medicamenteus met spasmolytica worden behandeld en minder vaak met oefentherapie.

De gedachte dat bij ouderen vaker neurogene blaasstoornissen aanwezig kunnen zijn, geeft daartoe wellicht aanleiding. Mogelijk speelt ook een zeker therapeutisch nihilisme ten aanzien van oefentherapie bij ouderen — onterecht — een rol.

Vaginaal toucher

Een andere belangrijke conclusie is dat meer vrouwelijke huisartsen het vaginale toucher gebruiken om de bekkenbodemspieroefeningen aan te leren. Hoewel de meeste huisartsen goed op de hoogte zijn van de conservatieve mogelijkheden bij urine-incontinentie en zichzelf in staat achten oefeningen uit te leggen, maken zij voor het instrueren van de bekkenbodemspieroefeningen weinig gebruik van het vaginale toucher. Dit is jammer, want het is een goed en eenvoudig hulpmiddel niet alleen om de juiste spieren te leren aanspannen maar ook om verkeerde contracties te kunnen corrigeren¹⁷. Waarschijnlijk spelen voor mannelijke huisartsen gêne en terughoudendheid vanwege de intimiteit van de handeling een belangrijke rol. Mogelijk is het verrichten van een vaginaal toucher door vrouwelijke huisartsen de belangrijkste reden voor het verschil in oordeel over de inpasbaarheid van de instructies binnen de normale consulttijd.

Goed, maar...

Een van de belangrijkste conclusies moet misschien wel zijn dat (jonge) mannelijke en vrouwelijke huisartsen in grote lijnen goed op de hoogte zijn van de verschillende typen incontinentie, het daarbijhorende diagnostisch onderzoek en de te volgen therapie. Overeenkomstig recente inzichten is daarbij grote voorkeur voor een conservatief beleid¹⁷. Grosso modo zijn mannen en vrouwen daarin gelijk gestemd, dit in tegenstelling tot de uitkomsten van het onderzoek van SANDVIK en HUNSKAAR¹⁸. Toch zijn er ook punten van kritiek mogelijk. Zo worden nogal wat vrouwen met urge-incontinentie verwezen, zonder dat er sprake is van stress-symptomen. Dit is volgens onderzoek in de huisartsenpraktijk overbodig omdat de diagnose urge-incontinentie betrouwbaar op de anamnese is te stellen¹⁹.

	Stress-incontinentie		Urge-incontinentie	
	Man (%)	Vrouw (%)	Man (%)	Vrouw (%)
Arts geeft zelf instructies voor bekken- bodemspieroefeningen en blaastraining	54 (78,3)	64 (81,0)	46 (69,7)	50 (66,7)
Arts doet dit met behulp van vaginaal toucher	16 (29,6)	28 (43,8)*	niet van toepassing	niet van toepassing
Ervaren belemmeringen bij vaginaal toucher:				
• moeilijk uit te leggen	2 (12,5)	5 (18,5)	14 (31,8)	9 (19,6)
• moeilijk te begrijpen en uitvoerbaar door patiënte	5 (31,3)	6 (22,2)	20 (46,5)	11 (25,0)
• moeilijk inpasbaar binnen consulttijd	1 (6,3)	9 (33,3)	10 (23,3)	14 (30,4)
Arts geeft instructies op schrift mee naar huis	26 (51,0)	33 (55,0)	17 (37,0)	14 (28,6)

Tabel 6: De ervaringen van huisartsen bij het geven van instructies voor oefeningen. De percentages geven de positief beantwoorde vragen weer t.o.v. het totaal aantal mannen en vrouwen die deze vraag hebben beantwoord.

Ook het op grote schaal voorschrijven van spasmolytica is niet boven kritiek verheven.

Gezien de in de literatuur beschreven teleurstellende resultaten en de aanzienlijke kans op bijwerkingen verdient medicatie geen voorkeur van behandeling. In het bijzonder geldt dit voor oudere patiënten²⁰.

Besluit

Samengevat zouden vrouwelijke huisartsen bij urge-incontinentie vaker moeten vertrouwen op een goed afgenomen anamnese zodat minder verwijzingen plaatsvinden en zouden mannelijke huisartsen vaker op de effecten van alleen blaastraining moeten vertrouwen zodat minder spasmolytica worden voorgeschreven. Bij stress-incontinentie wordt het vaginaal toucher als instructiemethode, zeker door mannelijke huisartsen, te weinig toegepast. Blijkbaar hebben mannen moeite met de voorgestelde wijze van oefentherapie. Deze constatering is in het licht van de kwaliteit van de zorg en de rol van gendervraagstukken hierin van groot belang. In de nascholing van huisartsen en in de beroepsopleiding moet hieraan dan ook gericht aandacht worden besteed.

Met dank aan het NIVEL (Han van Snellenberg) voor het ter beschikking stellen van de data.

Literatuur

- FENNEMA K, MEYER DL, OWEN N. Sex of physician: patients preference and stereotypes. *J Fam Pract* 1990; 30: 441-446.
- NICHOLS S. Women's preferences for sex of doctor: a postal survey. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 540-543.
- PRESTON-WHITE ME, FRASER RC, BECKETT JL. Effect of a principal's gender on consultation patterns. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 654-658.
- COOKE M, RONALDS C. Women doctors in urban general practice: the patients. *Br Med J* 1985; 290: 753.
- KEANE D, WOODWARD CA, FERRIER BM, COHEN M, GOLDSMITH CH. Female and male physicians: different practice profiles. *Can Fam Phys* 1991; 37: 72-81.
- WALLER K. Women doctors for women patients? *Br J Med Psych* 1988; 61: 125-135.
- CHALLACOMBE CB. Do women patients need women doctors? *The Practitioner* 1983; 227: 848-850.
- AZEEM FM, COOK DG, ANDERSON HR, HILTON S, BUNN S, STONES C. Using patient and general practice characteristics to explain variations in cervical smear uptake rates. *Br Med J* 1994; 308: 1272-1276.
- ROUNEAU C. Doctor's gender and patient care (Dissertatie). Leiden: Universiteit, 1994.
- BENSING JM, VAN DEN BRINK MUIJNEN A, DE BAKKER DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993; 31: 219-229.
- GRAY E. The effect of the doctor's sex on the doctor-patient relationship. *J R Coll Gen Pract* 1982; 32: 167-169.
- WILLIAMS A, WHITFIELD M, BUCKS R, ST CLAIRE L. Differences in the attitudes of men and women practitioners to responsibility and competence. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 327-329.
- DELGADO A, LOPEZ-FERNANDEZ LA, LUNA JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993; 31: 795-800.
- WEST C. Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Soc Sci Med* 1993; 36: 57-66.
- LEVY S, DOWLING P, BOULT L, MONROE A, McQUADE W. The effect of physician and patient gender on preventive medicine practices in patients older than fifty. *Fam Med* 1992; 24: 58-61.

- LAGRO-JANSSEN ALM, DEBRUYNE CA, SMITS AJA, VAN WEEL C. The effects of treatment of urinary incontinence in general practice. *Fam Pract* 1992; 9: 284-289.
- LAGRO-JANSSEN ALM, BREEDVELDT BOER HP, VAN DONGEN IJA. ca. *NHG-standaard Incontinentie voor Urine. Huisarts Wet* 1995; 38: 71-80.
- SANDVIK H, HUNSKAAR S. Doctor's characteristics and practice patterns in general practice: an analysis based on management of urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 179-182.
- LAGRO-JANSSEN ALM, DEBRUYNE FJ, SMITS AJ, VAN WEEL C. Diagnostiek in de huisartspraktijk van urine-incontinentie bij vrouwen goed mogelijk door gerichte anamnese. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 1441-1444.
- ANONYMOUS. De beperkte plaats van geneesmiddelen bij enuresis nocturna en urine-incontinentie. *Geneesmiddelenbulletin* 1994; 28: 69-72.

Summary

Gender-related differences in the approach of female urinary incontinence.

ALM. Lagro-Janssen, IJW Liberton

A postal questionnaire was sent to an age-stratified sample of 150 male and 150 female general practitioners, at random selected from the NIVEL database. A list of 5 cases of women of different ages suffering from different types of urinary incontinence was presented. Results show equal consultation rates for urinary incontinence with female and male GP's.

Referral rates to specialists or physical therapists are higher with female GP's. They also require more often an urodynamic study. Male GP's treat more patients themselves and prescribe more spasmolytics.

While giving instructions for exercise, female GP's are using more vaginal palpation.

There seem to be gender-related differences in the approach of female urinary incontinence. The drug prescriptions rate is too high with male GP's while the referral rate is too high with female GP's.

Mesh

urinary incontinence
physician's practice patterns
sex factors
attitude of health personnel
physicians, women

Deze adverteerders vindt u terug op volgende bladzijden:

Schering	cover 2	Boehringer Ingelheim	34	Servier	59
Janssen-Cilag	cover 3	Boehringer Mannheim	35	Astra Respiratory	63
GlaxoWellcome	cover 4	Pharmacia Upjohn	39		

Wij danken hen voor hun bijdrage.

VRAGENLIJST

Vragen per casus

- 1 Vraagt u deze patiënte gedurende één week een dagboek bij te houden waarin de frequentie en omstandigheden waaronder de klachten optreden, worden genoteerd? ja / nee
- 2 Verricht u bij deze patiënt een gynaecologisch onderzoek? ja / nee
- ja, ga naar vraag 3
- 3 Waar let u op bij deze patiënte bij het gynaecologisch onderzoek?
- 4 Verwijst u deze patiënte voor een urodynamisch onderzoek? ja / nee
- 5 Patiënte heeft hoogstwaarschijnlijk, bij afwezigheid van afwijkende bevindingen:
- stress-incontinentie
 - urge-incontinentie
 - gemengde vorm van incontinentie
 - anders, namelijk:
 - weet niet
- 6 Patiënte heeft geen afwijkingen bij lichamelijk onderzoek. Wat doet u op grond van deze gegevens bij deze patiënt?
- a zelf instructie geven voor training van de bekkenbodemspieren ja / nee
 - b zelf instructie geven voor blaastraining ja / nee
 - c medicatie voorschrijven ja / nee
 - ja, welke?
 - d incontinentiemateriaal voorschrijven ja / nee
 - e een pessarium aanmeten ja / nee
 - f verwijzen naar een (meer dan 1 keuze mogelijk):
 - fysiotherapeut
 - wijkverpleegkundige
 - gynaecoloog
 - uroloog
 - anders, namelijk:
 - niet verwijzen
 - g anders, namelijk

Algemene vragen

- 1 Geeft u zelf instructies voor de bekkenbodemspieren? ja / nee
- ja, ga naar vraag 2
 - nee, ga naar vraag 5
- 2 Geeft u instructies voor de bekkenbodemspieren door middel van een vaginaal toucher? ja / nee
- ja, ga naar vraag 3
 - nee, ga naar vraag 4
- 3 Wat is uw ervaring ten aanzien van deze instructies door middel van een vaginaal toucher?
- a moeilijk door mij als huisarts uit te leggen tijdens het toucher ja / nee
 - b moeilijk te begrijpen en uitvoerbaar voor patiënte ja / nee
 - c vervelend als (be)handeling voor patiënte ja / nee
 - d vervelend voor mijzelf als huisarts om uit te voeren ja / nee
 - e moeilijk inpasbaar binnen de normale tijd ja / nee
- 4 Geeft u oefeningen en uitleg voor het oefenen van de bekkenbodemspieren op schrift mee? ja / nee
- 5 Geeft u zelf instructies voor blaastraining? ja / nee
- 6 Wat is uw ervaring ten aanzien van deze instructies voor blaastraining?
- a moeilijk door mij als huisarts uit te leggen ja / nee
 - b moeilijk te begrijpen en uitvoerbaar voor patiënte ja / nee
 - c moeilijk inpasbaar binnen de normale consulttijd ja / nee
- 7 Geeft u instructies en uitleg voor de blaastraining op schrift mee? ja / nee