

Vrouwen met urineverlies: wie vraagt er hulp aan de huisarts?

TOINE LAGRO-JANSSEN
ANTON SMITS
CHRIS VAN WEEL

In het kader van een onderzoek naar gezondheidsstoornissen bij vrouwen van 50-65 jaar werd nagegaan in welke mate urine-incontinentie het dagelijks leven beïnvloedt. Hiervoor werden 1442 vrouwen die at random geselecteerd waren uit het ziekenfondsbestand van 75 huisartsen in Oost-Nederland, thuis geïnterviewd (respons 60 procent). Bijna een kwart van de vrouwen had klachten van incontinentie. Veruit de meeste vrouwen voelden zich hierdoor echter weinig tot niet belemmerd. Zelfs vrouwen met een ernstige incontinentie meldden slechts in 16 procent van de gevallen veel zorgen respectievelijk veel belemmeringen. Er bleek verder een significante relatie te bestaan tussen de aanwezigheid van incontinentie en de afwezigheid van de uterus. Ongeveer eenderde van de vrouwen met matige of ernstige incontinentie had hiervoor de huisarts geadviseerd. Hoe ernstiger de zorgen en belemmeringen waren, des groter de kans dat de huisarts op de hoogte was van de incontinentie. Ook in deze groep waren de vrouwen met een uterusextirpatie in de anamnese oververtegenwoordigd. Slechts een kleine minderheid van de vrouwen die zich ernstig belemmerd voelden, had niet om hulp gevraagd.

Lagro-Janssen T, Smits A, Van Weel C. Vrouwen met urineverlies: wie vraagt er hulp aan de huisarts? *Huisarts Wet* 1991; 34(10): 445-9.

Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts; Dr. A.J.A. Smits, psycholoog; Prof. dr. C. van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: A.L.M. Lagro-Janssen.
Dit artikel werd ook elders gepubliceerd; zie pag. 449.

Inleiding

Urine-incontinentie geldt beneden de 65 jaar als een typisch vrouwenprobleem; bij mannen van deze leeftijd komt de aandoening vrijwel niet voor.¹⁻¹⁰ Hoewel niet levensbedreigend, beschouwt men urine-incontinentie als een handicap met allerlei vervelende gevolgen voor het dagelijks leven. Men neemt hierbij aan dat een groot aantal patiënten in stilte lijdt en dat schaamte en een gebrek aan vertrouwen in de mogelijkheden van medisch ingrijpen belemmeringen zijn om ermee naar de dokter te gaan.^{4 5 11} Diverse onderzoeken, versterkt door allerlei reclamecampagnes, schetsen een psychologisch profiel van een angstige, depressieve vrouw die meer dan gemiddeld gevoelens van hulpeloosheid, somatisatie en deprivatie vertoont.¹²⁻¹⁶ Vaak kampt zij met relationele en maatschappelijke problemen.¹³ Niet alleen voelt zij zich als gevolg van het urineverlies geestelijk en lichamelijk ongezond, maar zij durft ook minder buitenshuis te ondernemen.¹⁷

Het aantal patiënten in deze studies is echter klein, terwijl het in alle gevallen om patiënten gaat die verwezen zijn naar een polikliniek voor urologie of gynaecologie.⁷ Allerm minst staat vast dat dit beeld ook geldt in een open populatie. Daarom leek het de moeite waard in een minder geselecteerde populatie na te gaan welke zorgen en belemmeringen vrouwen ondervinden als gevolg van urine-incontinentie, hoe vrouwen met incontinentie zich onderscheiden van leeftijdgenoten zonder deze handicap en wie voor deze klacht de hulp van de huisarts inroept.

Methode

Het basismateriaal voor deze studie is verzameld in het kader van een grootscheeps onderzoek naar gezondheidsstoornissen bij vrouwen van 50-65 jaar. Hiervoor werden 2760 vrouwen at random geselecteerd uit het ziekenfondsbestand van 75 huisartsen in Oost-Nederland. Uiteindelijk deden 1.453 vrouwen mee (respons 60 procent). De redenen om niet aan het onderzoek mee te doen staan vermeld in *tabel 1*.

Alle respondenten werden thuis geïnter-

vieud door ervaren interviewers. Daarbij werden onder meer de volgende gegevens verzameld:

- Achtergrondgegevens (leeftijd, burgerlijke staat, aantal kinderen, opleiding, betaalde werkkring).
- Psychosociale kenmerken door middel van de volgende vragenlijsten:
 - Health Locus of Control, die meet in hoeverre men zichzelf of anderen verantwoordelijk acht voor eigen gezondheid;²¹
 - Verwachtingenlijst, die het te verwachten gunstig effect van zelfzorg en professionele interventie meet;¹¹
 - Sociale steun, die de mate van steun die wordt ervaren vanuit de sociale omgeving, meet.¹⁹
- De subjectief ervaren gezondheidstoestand met behulp van tests als de Nottingham Health Profile.²⁰
- De aanwezigheid van chronische ziekten (angina pectoris, hypertensie, diabetes mellitus, Cara, adipositas, varicosis, decompensatio cordis, maagklachten en gewrichtsklachten).
- Het al dan niet verwijderd zijn van de uterus.

Aan alle vrouwen werd gevraagd of ze ongewild urine verloren, en zo ja, hoe vaak (3-4 keer per maand, paar keer per week of dagelijks). Daarnaast werd gevraagd naar het dragen van extra opvangmateriaal in verband met de incontinentie (nee, alleen bij bepaalde gelegenheid, meestal).

Incontinentie vormde aldus één van de onderwerpen waarover gegevens werden verzameld.

De vragenlijsten zijn door de respondenten zelfstandig ingevuld; de chronische ziekten zijn door middel van anamnesevragen en gericht eenvoudig lichamelijk onderzoek gediagnostiseerd door de interviewer.

Om inzicht te krijgen in de gevolgen van de klacht incontinentie werden de volgende twee vragen gesteld:

- hoeveel zorgen heeft u zich gemaakt in verband met uw urineverlies de laatste drie maanden? (geen, een beetje, nogal wat, heel veel);
- als u zich vergelijkt met de meeste andere mensen van uw leeftijd, hoezeer heeft u zich de laatste drie maanden belemmerd

gevoeld door problemen met uw urine-verlies? (in het geheel niet, af en toe, de meeste tijd, aldoor).²¹

Urine-incontinentie is gedefinieerd als ongewenst urineverlies, vaker dan tweemaal per maand. Er is geen onderscheid gemaakt naar type incontinentie, omdat een vragenlijst daartoe niet geschikt is.³ Op grond van de frequentie van het urineverlies en het gebruik van opvangmateriaal is de urine-incontinentie ingedeeld in drie ernstcategorieën: licht, matig en ernstig (figuur).¹ De frequentie van het urineverlies weegt bij deze classificatie het zwaarst.

In alle gevallen waarin het interview een matige of ernstige incontinentie aan het licht bracht, werd de huisarts van de betreffende vrouw gevraagd of zij hiervoor hulp had ingeroepen. Bij dit onderdeel van de studie is een lichte incontinentie buiten beschouwing gelaten, omdat de klinische relevantie van lichte incontinentie in dit kader gering is. Bij een negatief antwoord werd de huisarts vervolgens expliciet verzocht de patiëntenkaart te raadplegen.

Er wordt gesproken van 'geen hulpvraager' als de huisarts geen gedocumenteerd bewijs van een hulpvraag kan tonen. De Chi-kwadraattoets en de Kruskal-Wallis-toets zijn gebruikt om significante verschillen binnen de groep aan te tonen.

Resultaten

Bijna een kwart van de vrouwen had klachten van incontinentie, waarvan 8 procent een lichte, 8 procent een matige en 7 procent een ernstige incontinentie. Uit de tabellen 2 en 3 kan men aflezen dat de indeling naar ernst correspondeert met de emotionele en praktische gevolgen van de aandoening. Hoe ernstiger de incontinentie, des te meer zorgen men zich maakte en des te meer belemmeringen in het dagelijkse leven werden gevoeld. Veel opvallender is echter dat veruit de meeste vrouwen, ook in het geval van ernstige incontinentie, hiervan weinig tot geen belemmeringen ervoeren.

Worden de vrouwen met en zonder incontinentie met elkaar vergeleken, dan leidt dit tot de volgende bevindingen:

– de achtergrondgegevens van beide groepen waren gelijk;

- beide groepen onderscheidden zich niet van elkaar ten aanzien van de mate van eigen verantwoordelijkheid, de ervaren sociale steun en de waardering van zelfzorg en professionele zorg;
- de vrouwen met urine-incontinentie ervoeren een significant slechtere gezondheidstoestand dan de vrouwen zonder deze klacht, behalve op het punt van sociaal isolement (gemeten met de Nottingham Health Profile);
- de vrouwen met urine-incontinentie leden significant vaker aan decompensatio cordis, Cara, adipositas en gewrichtsklachten (tabel 4);
- er bestond een opmerkelijk positieve relatie ($p < 0,01$, Chi-kwadraattoets) tussen de aanwezigheid van incontinentie

en het afwezig zijn van de uterus: van de vrouwen met ernstige urine-incontinentie had 40 procent geen uterus meer, tegen 33 procent van de vrouwen met een matige urine-incontinentie en 24 procent van de vrouwen zonder incontinentie.

Ongeveer eenderde van de vrouwen met matige en ernstige incontinentie had voor deze klacht de dokter geconsulteerd. De groep met ernstige incontinentieklachten zocht vaker hulp: 39 procent tegen 26 procent in de categorie matige incontinentie.

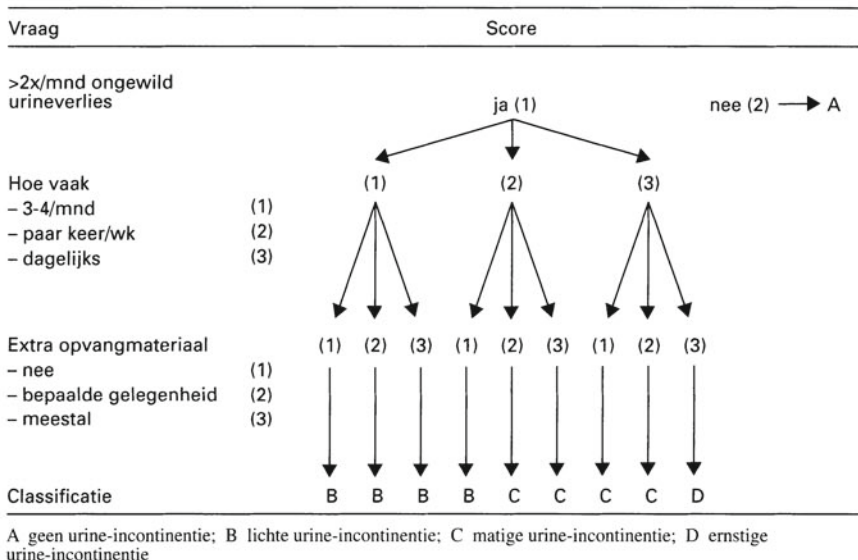
Wordt de groep hulpvragers vergeleken met de groep niet-hulpvragers, dan zijn er de volgende uitkomsten:

- er was geen verschil in achtergrondgegevens;

Tabel 1 Redenen van weigering bevolkingsonderzoek. Percentages (n=996).

Geen zin, geen behoefte, vindt het nutteloos	34
Kan niet vanwege omstandigheden in gezin of familie	7
Al te veel met dokters te maken	7
Geen tijd, te druk	7
Ziek, net operatie gehad, nog niet hersteld	5
Bang dat er iets wordt gevonden, bang voor bloedprik	3
Nooit ziek, komt nooit bij dokter	3
Onbekend (is niet geregistreerd)	34

Figuur Classificatieschema ernst urine-incontinentie



Tabel 2 Ervaren zorgen van vrouwen met incontinentie naar de ernst van de incontinentie. Percentages.

Ernst incontinentie	Geen	Beetje	Nogal wat	Heel veel
Licht (n=115)	86	13	1	0
Matig (n=113)	76	19	5	0
Ernstig (n= 97)	71	13	11	5
Totaal (n=325)	78	15	5	2

Chi²-toets p<0,01.

Tabel 3 Ervaren belemmeringen van vrouwen met incontinentie naar de ernst van de incontinentie. Percentages.

Ernst incontinentie	In het geheel niet	Af en toe	De meeste tijd	Aldoor
Licht (n=115)	88	12	0	0
Matig (n=113)	69	27	4	0
Ernstig (n= 97)	69	16	9	6
Totaal (n=325)	75	18	5	2

Chi²-toets p<0,01.

Tabel 4 Chronische aandoeningen en de ernst van de incontinentie. Percentages.

	Geen n=1117	Licht n=115	Matig n=113	Ernstig n=97	Chi ² -toets
Angina pectoris	10	13	12	7	ns
Decompensatio cordis	5	9	17	20	*
Hypertensie	7	9	7	10	ns
Adipositas	20	19	34	33	*
Varicosis	8	4	12	8	ns
Maagklachten	5	5	8	7	ns
Gewrichtsklachten	21	26	35	38	*
Diabetes mellitus	4	9	5	7	ns
Cara	8	11	6	17	‡

*p<0,01; ‡p<0,05; ns=niet significant.

Tabel 5 Ervaren zorgen en belemmeringen van vrouwen met incontinentie tegenover het al dan niet vragen om hulp. Percentages.

	Geen	Beetje	Nogal wat	Heel veel
Zorgen				
- hulpvragers (n= 66)	62	19	13	6
- niet-hulpvragers (n=140)	78	16	5	1
Belemmeringen				
- hulpvragers (n= 66)	45	39	10	6
- niet-hulpvragers (n=140)	79	14	6	1

Chi²-toets voor ervaren zorgen p<0,05; Chi²-toets voor ervaren belemmeringen p<0,01.

- beide groepen waren gelijk wat betreft de psychosociale kenmerken;
- beide groepen onderscheidden zich niet met betrekking tot de ervaren gezondheidstoestand;
- er bestond geen verschil in het lijden aan chronische ziekten;
- de groep vrouwen die hulp vroeg, was duidelijk in grotere mate de baarmoeder kwijt (47 procent) dan zij die dat niet deden (31 procent);
- de ervaren zorgen en vooral de mate van belemmeringen tengevolge van incontinentie lieten significante verschillen zien: meer vrouwen vroegen hulp bij dit probleem naarmate zij zich er meer zorgen over maakten en er meer belemmeringen door ondervonden (tabel 5).

Beschouwing

Urine-incontinentie is een veel voorkomende klacht: in deze studie ondervond bijna één op de vier vrouwen in de leeftijd van 50-65 jaar het probleem aan den lijve. Recent kwamen *Kok et al.* in een steekproef bij vrouwen van 60 jaar en ouder in de gemeente Amstelveen tot een identiek percentage: 24 procent.²² Zij beschouwden vrouwen als incontinent als zij in hun anamnese twee of meer keer per week ongewild urineverlies hadden, ongeacht de hoeveelheid. Buitenlandse bevolkingsonderzoeken met onze definiëring van het begrip incontinentie bereikten voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar percentages van 12 tot 20 procent.^{1 2 5} In studies in geselecteerde populaties worden hogere prevalenties gerapporteerd: 57 procent van de vrouwen in de leeftijd 45-64 jaar in de studie van *Brocklehurst et al.*;⁶ 60 procent in de leeftijdsgroep 45-54 jaar en 39 procent in de leeftijdsgroep 55-64 jaar in de studie van *Jolleys*.⁴

Belangrijker is echter de uitkomst dat slechts een minderheid van de ondervraagde vrouwen zich (veel) zorgen maakte over deze klacht of zich (ernstig) belemmerd voelde. In dit verband is de ernst van de incontinentie van belang. *Thomas et al.* definieerden de ernst aan de hand van frequentie van het urineverlies en van het gebruik van opvangmateriaal en de ervaren beperkingen in de dagelijkse activiteiten.¹ Dit laatste onderwerp was één van de the-

ma's van onze studie, zodat deze parameter bij het bepalen van de ernst is weggelaten. Er bleek een sterke correlatie te bestaan tussen enerzijds de frequentie van het urineverlies en het gebruik van opvangmateriaal ('objectieve' kenmerken) en anderzijds de ervaren zorgen en belemmeringen ('subjectieve' kenmerken). Natuurlijk zegt het gebruik van opvangmateriaal ook iets over de houding van de vrouw ten opzichte van deze klacht, en is het als zodanig geen zuivere, objectieve maat. Toch bleek zelfs bij de vrouwen die iedere dag urine verloren en opvangmateriaal gebruikten, slechts een kleine minderheid zich 'nogal wat' (10 procent) of 'heel veel' (5 procent) zorgen te maken. In dezelfde ernstcategorie ervoer 9 procent 'de meeste tijd' en 6 procent 'al-door' belemmeringen in de dagelijkse activiteiten.

De respondenten wisten van tevoren niet dat naar incontinentie geïnformeerd zou worden. Daarom is het hoogst onwaarschijnlijk dat de non-respons specifiek betrekking heeft op het onderwerp incontinentie en in deze zin de resultaten vertekend heeft. Dat neemt niet weg dat een respons van 60 procent voor een onderzoek naar het voorkomen van een aandoening altijd tot voorzichtigheid moet manen bij het extrapoleren van de uitkomsten. Dataverzameling door middel van vragenlijsten en een gestructureerd interview heeft bij een onderwerp als urine-incontinentie de beperkingen van onderrapportage en dissimulatie door schaamte en het veronderstelde taboe. Anderzijds brachten de getrainde interviewers het thema incontinentie pas geruime tijd na de aanvang van het interview ter sprake, zodat een zekere vertrouwdheid was ontstaan.

In deze studie is geen sprake van een afwijkend 'psychosociaal profiel' bij incontinentie vrouwen: het was vooral de ernst van de incontinentie die de ervaren zorgen en belemmeringen bepaalde.

Naar onze mening is dit een belangrijke uitkomst voor de dagelijkse praktijk: de zorgen en belemmeringen hoeven niet in psychologische termen geïnterpreteerd te worden. Vrouwen met incontinentie voelden zich ook niet vaker sociaal geïsoleerd

dan vrouwen zonder incontinentie. Evenmin ondervonden zij te weinig steun van hun omgeving. Wel bleken vrouwen met incontinentie een slechtere gezondheid te ervaren, wat mogelijk te maken heeft met de aanwezigheid van comorbiditeit (decompensatio cordis, Cara, adipositas en gewrichtsklachten).

Deze uitkomsten zijn in tegenspraak met het geschetste beeld van een incontinentie patiënte als een geïsoleerde, angstige en hulpeloze vrouw.¹²⁻¹⁷ Daarbij moet worden aangetekend dat dit beeld berust op studies met kleine aantallen patiënten die onder medisch specialistische behandeling stonden en die reageerden op een oproep om over de gevolgen van incontinentie te komen praten. In de door ons onderzochte groep vrouwen zijn geen bijzondere psychologische kenmerken voor incontinentie patiënten aan te wijzen. Psychologische problemen worden vooral beschreven bij patiënten met urge-incontinentie, een type incontinentie dat frequenter in specialistische populaties voorkomt dan in de huisartspraktijk.¹⁴⁻¹⁶

Bijna 66 procent van de vrouwen met een matige of ernstige incontinentie heeft geen hulp gevraagd aan de huisarts. *Thomas et al.* en *Holst & Wilson* meldden soortgelijke aantallen.¹⁻⁵ Bij het zoeken van hulp bij de huisarts speelde de objectieve ernstgraad onbetwistbaar een rol: hoe ernstiger de incontinentie, des te groter de kans dat de vrouw bekend was bij de huisarts. Daarmee correspondeerde de subjectief ervaren ernst: hoe groter de zorgen en belemmeringen, des te groter de kans dat de vrouw de huisarts op de hoogte had gebracht van haar incontinentie.

Een belangrijke bevinding was dat slechts een minderheid van de vrouwen die zich 'de meeste tijd' (5-6 procent) of 'al-door' (1-2 procent) belemmerd voelden door de incontinentie, geen hulp heeft gezocht. *Holst & Wilson* kwamen tot dezelfde conclusie: de ernst (volgens de definitie van *Thomas et al.*) van de incontinentie was de belangrijkste factor van verschil tussen vrouwen die wel en geen hulp zochten.⁵ Blijkbaar wisten vrouwen met ernstige klachten de huisarts te vinden.

De presentatie van incontinentie bleek niet beïnvloed te zijn door psychosociale

kenmerken van de patiënt. Evenmin weerhielden lage verwachtingen ten aanzien van professionele behandeling vrouwen ervan om hulp te vragen. De veronderstelling dat de aanwezigheid van andere chronische ziekten of de ervaren gezondheidstoestand de drempel om over urine-incontinentie te praten zouden verlagen, werd niet bevestigd.

Het is opmerkelijk dat zo veel vrouwen met een hysterectomie aan incontinentie lijden. Hysterectomie en incontinentie hebben, zo concluderen sommigen,²³⁻²⁴ een causale relatie: een hysterectomie vergroot de kans op het optreden van (vooral) stress-incontinentie, hoewel *Iosif et al.* dit tegenspreken.²⁵

Een andere interessante bevinding is dat de combinatie urine-incontinentie en uterusextirpatie blijkbaar vaker leidde tot het vragen van hulp. Het is bekend dat de medische consumptie van vrouwen met een hysterectomie veel groter is dan bij andere vrouwen.²⁶ In het bijzonder tonen zij een grotere neiging tot somatiseren.²⁷ Incontinentie kan daarom behoren tot een van de vele klachten die vrouwen met een uterusextirpatie aan de huisarts presenteren. Mogelijk schenkt zowel de dokter als de patiënte na een uterusextirpatie ook meer expliciete aandacht aan dit probleem. Hierbij moet aangetekend worden dat ook oestrogensuppletie (uterusextirpatie in combinatie met ovariëctomie) geleid kan hebben tot een regelmatig bezoek aan de huisarts (controle). In elk geval leidde de aanwezigheid van meer chronische morbiditeit bij vrouwen met incontinentie niet tot het vragen van meer hulp voor de incontinentie. Klaarblijkelijk zette een bezoek aan de huisarts voor andere ziekten de huisarts niet op het spoor van incontinentie, noch vroeg de patiënte gemakkelijker hulp hiervoor. Vrouwen met een hysterectomie vormden hierop duidelijk een uitzondering.

Op grond van deze bevindingen komen we tot de conclusie dat urine-incontinentie een veel voorkomend probleem is dat de meeste vrouwen niet extreem veel zorgen baart en dat hen niet ernstig belemmert. Het merendeel van de vrouwen lijkt goed met deze klacht om te kunnen gaan en op

een adequate manier hulp te vragen. We denken dan ook dat campagnes om 'verborgen' incontinentie op te sporen, weinig zinvol zijn. Het is vooral belangrijk om de vrouwen die de huisarts om hulp vragen, een goede behandeling en begeleiding aan te bieden.²⁸

Dankbetuiging

Deze studie werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds.

Eerdere publikaties

Een vrijwel identieke versie van dit artikel verschijnt als hoofdstuk 5 in: Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk [Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen]. Lelystad: Meditekst, 1991.

Het artikel is voorts in gewijzigde vorm eerder gepubliceerd als: Lagro-Janssen TLM, Smits AJA, Van Weel C. Women with urinary incontinence: self-perceived worries and general practitioners' knowledge of problem. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 331-4.

Literatuur

- 1 Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980; 281: 1234-5.
- 2 Fenely RCL, Shepherd AM, Powell PH, Blannin J. Urinary incontinence: prevalence and needs. *Br J Urol* 1979; 51: 493-6.
- 3 Iosif S, Hendriksson L, Ulmsten U. The frequency of disorders of the lower urinary tract, urinary incontinence in particular, as evaluated by a questionnaire survey in a gynaecological health control population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 71-6.
- 4 Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in general practice. *Br Med J* 1988; 296: 1300-2.

- 5 Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *NZ Med J* 1988; 101: 756-8.
- 6 Brocklehurst JC, Fry J, Griffith LL, Kalton G. Urinary infection and symptoms of dysuria in women aged 45-64 years: their relevance to similar findings in the elderly. *Age Ageing* 1972; 1: 41-7.
- 7 Mohide EA. The prevalence and scope of urinary incontinence. *Clin Geriatr Med* 1986; 2: 639-55.
- 8 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 9 Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- 10 Royal College of General Practitioners, Office of Population of Health and Social Security. Morbidity Statistics from general practice 1981-82. Third national study. Series MB5 no. 1. London: HMSO, 1988.
- 11 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 12 Macaulay AJ, Stern RS, Holmes DM, Stanton SL. Micturition and the mind: psychological factors in the aetiology and treatment of urinary symptoms in women. *Br Med J* 1987; 294: 540-3.
- 13 Stone CB, Judd DE. Psychogenetic aspect of urinary incontinence in women. *Clin Obstet Gynecol* 1978; 21: 807-15.
- 14 Hafner RJ, Stanton SL, Guy J. A psychiatric study of women with urgency and urgency incontinence. *Br J Urol* 1977; 49: 211-4.
- 15 Freeman RM, McPherson FM, Baxby K. Psychological features of women with ideopathic detrusor instability. *Urol Int* 1985; 40: 257-9.
- 16 Dijkstra SJ, Mensink HJA, Janssens J. Urge-incontinentie: van medisch naar psychologisch model? *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 814-7.
- 17 Wijman JF, Harkins SW, Choi SE, Taylor JR, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 378-81.
- 18 Wallston KA, Wallston BS. Health locus of control scales. In: Lefcourt HM, ed. Research with the locus of control construct. Vol 1. Assessment methods. New York: Academic Press, 1981.
- 19 Thoits P. Social support as coping assistance. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 416-23.
- 20 Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinician and epidemiologist. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 185-8.
- 21 Brook RH, Lohr KN, Berman DH, et al. Conceptualization and measurement of physiologic health for adults. Santa Monica: Rand Corporation, 1980-1983. R-2262-HHS.
- 22 Kok ALM, Voorhorst FJ, Half-Butter CMC, Janssens J, Kenemans P. De prevalentie van urine-incontinentie bij oudere vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 98-101.
- 23 Smith P, Roberts M, Slade N. Urinary symptoms following hysterectomy. *Br J Urol* 1970; 42: 3-9.
- 24 Mensink WFA. Diagnostiek en therapie van stress- en urge-incontinentie bij de vrouw [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1980.
- 25 Iosif CS, Békássy Z, Rydhström H. Prevalence of urinary incontinence in middle-aged women. *Int J Gynecol Obstet* 1988; 26: 255-9.
- 26 Lagro-Janssen T, Van Manen M. Alles weggehaald: een onderzoek naar de relatie tussen uterusxirpatie en medische consumptie. *Huisarts Wet* 1986; 29: 137-40.
- 27 Lagro-Janssen T, Frénay J, Van Arendonk M. Alles weggehaald: een onderzoek naar enkele kenmerken van vrouwen die een uterusxirpatie hebben ondergaan. *Huisarts Wet* 1986; 29: 168-71.
- 28 Jolleys JV. Diagnosis and management of female urinary incontinence in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 277-9. ■