

- 23 Flynn CA, Helwig AL, Meurer LN. Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity, a meta-analysis. *J Fam Pract* 1999;48:885-92,897-8.
- 24 Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med* 1996;334:567-72.
- 25 Dijkstra K, Kuyvenhoven MM, Verheij TJM, Bruinse HW, Visser GHA. Is er standaardisatie bij de diagnose en behandeling van dreigende vroeggeboorte? Een enquête onder Nederlandse gynaecologen. *Ned Tijdsch Obstet Gynecol* 2002;115:128-35.
- 26 Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1216-21.
- 27 Kristensen J, Langhoff-Roos J, Kristensen FB. Implications of idiopathic preterm delivery for previous and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 1995;86:800-4.
- 28 Adams MM, Elam-Evans LD, Wilson HG, Gilbert DA. Rates of and factors associated with recurrence of preterm delivery. *JAMA* 2000;283:1591-6.

Benigne prostaathyperplasie in vier huisartsenpraktijken

Vóórkomen, beleid en beloop

DALA Dijstelbloem, MA Schouten, ALM Lagro-Janssen

Samenvatting

Dijstelbloem DALA, Schouten MA, Lagro-Janssen ALM. Benigne prostaathyperplasie in vier huisartsenpraktijken. *Vóórkomen, beleid en beloop*. *Huisarts Wet* 2003;46(3):133-37.

Inleiding In dit onderzoek is het vóórkomen, beleid en beloop van benigne prostaathyperplasie (BPH) in de huisartsenpraktijk onderzocht en de eventuele veranderingen hierin in de loop van de tijd.

Methode Door middel van een retrospectief cohortonderzoek werden aan de hand van dossieronderzoek in vier huisartsenpraktijken van de CMR het vóórkomen, behandeling en beloop van BPH onderzocht bij mannen bij wie in de periode van 1986 tot en met 2000 de diagnose werd gesteld.

Resultaten De incidentie van BPH bleef over de jaren ongeveer gelijk, terwijl de prevalentie steeg. Bij 56% van de patiënten voerde de huisarts een afwachtend beleid (geen medicatie of verwijzing), hij verwees 30% van de patiënten direct na het stellen van de diagnose. Uiteindelijk werd 53% van de patiënten verwezen. Van de verwezen patiënten onderging 43% een operatie. Dit kwam neer op 24% van de totale patiëntenpopulatie met BPH. Bij driekwart van de patiënten bleven de klachten stabiel in de eerste 5 jaar na het stellen van de diagnose. Een of meerdere complicaties ten gevolge van BPH traden op bij 32% van de patiënten. Huisartsen besloten vroeger minder vaak tot een afwachtend beleid dan de laatste jaren ($p=0,012$) en schreven de laatste jaren vaker medicatie voor dan vroeger, terwijl ze minder vaak verwezen naar de uroloog ($p<0,01$).

Conclusie Het lijkt erop dat patiënten de laatste jaren op jonge-

re leeftijd met mictieklachten bij de huisarts komen. De huisarts verwijst ongeveer de helft van de patiënten met BPH naar de uroloog. Bij driekwart van de patiënten blijkt operatief ingrijpen niet nodig. De huisartsen voeren tegenwoordig vaker een afwachtend beleid, verwijzen minder vaak en schrijven juist vaker medicatie voor dan vroeger.

UMC St Radboud, Vrouwenstudies Geneeskunde, HSV-229, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: drs. D.A.L.A. Dijstelbloem, arts; drs. M.A. Schouten, arts; prof.dr. Toine Lagro-Janssen, hoogleraar
Correspondentie: A.Lagro-Janssen@hag.umcn.nl
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Inleiding

Er komen vaak patiënten met mictieklachten ten gevolge van een benigne prostaathyperplasie (BPH) bij de huisarts. De NHG-Standaard noemt een incidentie van 1 tot 10 per 1000 mannelijke patiënten per jaar in de leeftijd van 45 tot 64 jaar en 10 tot 34 per 1000 mannelijke patiënten ouder dan 75 jaar.¹ De standaard vermeldt niet of er onlangs veranderingen zijn opgetreden in het vóórkomen van BPH. De rol van prostaatvergroting bij mictieklachten bij oudere mannen staat momenteel sterk ter discussie, vandaar dat de NHG-Standaard spreekt van BPH bij een bemoeilijkte mictie met een normale of benigne prostaatvergroting. Duidelijk is dat nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de behandeling van BPH de behandelmogelijkheden van de huisarts hebben uitgebreid. Het gaat hierbij met name om medicatie als de alfareceptorblokkerende sympatholytica (kortweg de alfa-

blokkers) en de 5-alfa-reductaseremmers.¹⁻⁵

Men kan zich afvragen in hoeverre deze nieuwe behandelingsvormen ook daadwerkelijk het beleid van BPH-gerelateerde klachten hebben veranderd en welke invloed ze hebben op het beloop en het optreden van complicaties. Hierover is weinig in de literatuur te vinden. Ook is er niet veel onderzoek gedaan naar het beleid bij en het beloop van prostaatklachten in de huisartsenpraktijk.

Wij deden daarom onderzoek met de volgende vraagstellingen:

- ▶ Is er een verschil in incidentie en prevalentie van BPH in de huisartsenpraktijk in de tijd?
- ▶ Wat is het gevoerde beleid bij BPH en wijkt dit af van wat vroeger gebruikelijk was?
- ▶ Hoe is het beloop van BPH-gerelateerde klachten in de huisartsenpraktijk en was dat vroeger anders?
- ▶ Welke complicaties treden op bij BPH en zijn hierin verschillen aan te wijzen in de tijd?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in de vier huisartsenpraktijken die deel uitmaken van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR). Binnen deze registratie worden ziekten en aandoeningen volgens vaststaande criteria gecodeerd. Vanaf het begin zijn al deze coderingen geautomatiseerd volgens criteria conform de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2). Onjuist gebleken codes worden achteraf gecorrigeerd.

De totale grootte van de vier praktijken van de CMR – twee platelandspraktijken, een stadspraktijk en een provinciestadpraktijk – is over de jaren heen constant ruim 12.000 patiënten gebleven. Met behulp van de CMR-index zijn alle patiënten geselecteerd die de code benigne prostaathyperplasie kregen in de periode van 1986 tot en met 2000. BPH wordt in de CMR gedefinieerd als de aanwezigheid van mictieklachten en 'een door palpatie, cystoscopie of cystografie aangetoonde vergrote, gladde, stevig aanvoelende prostaat zonder aanwijzingen voor een prostaatacarcinoom'. De laatste jaren wordt conform de veranderende inzichten de definitie uit de NHG-Standaard aangehouden waarbij sprake is van een bemoeilijkte mictie met een normale of benigne vergrote prostaat. De huisartsen zijn allen getraind in en gemotiveerd voor het nauwkeurig bijhouden van de medische gegevens in het dossier.

Uit de patiëntendossiers werden de volgende gegevens verzameld:

- ▶ Algemene gegevens zoals de burgerlijke staat en de sociaal-economische status. De sociaal-economische status werd geclassificeerd naar het beroep van het gezinshoofd. Hiervoor werd een gestandaardiseerde lijst van beroepen in Nederland gebruikt, die is verdeeld in drie groepen (laag, midden en hoog).⁶
- ▶ Het door de huisarts ingestelde beleid.
- ▶ Het beloop van de klachten gedurende de eerste vijf jaar follow-up en daarna, indien er nog veranderingen in het klachtenpatroon plaatsvonden. We verstonden in dit onderzoek onder een 'stabiel beloop' een situatie waarin er geen nieuwe consulten meer waren geweest voor BPH-gerelateerde klachten. Er was in deze situatie hoogstwaarschijnlijk geen verergering van de klachten.

Wat is bekend?

- ▶ BPH is een aandoening die vaker voorkomt op oudere leeftijd.
- ▶ Een afwachtend beleid is de meest aanbevolen strategie bij BPH.

Wat is nieuw?

- ▶ Patiënten met BPH lijken op jongere leeftijd bij de huisarts te komen dan vroeger.
- ▶ Huisartsen besluiten bij meer dan de helft van de patiënten met BPH af te wachten.
- ▶ Een kwart van het totale aantal patiënten met BPH ondergaat een operatie.
- ▶ Met de komst van nieuwe behandelmethoden is er een verschuiving opgetreden in de wijze waarop BPH wordt behandeld door de huisarts.

- ▶ Verwijzing naar de specialist, het tijdstip van verwijzing en het door de specialist ingestelde beleid.
- ▶ De opgetreden complicaties met het tijdstip van optreden. Onder complicaties verstaan we: urineweginfecties, acute retentie, chronische retentie, incontinentie, hydronefrose of hydroreter en nierfunctiestoornissen.

Om te testen of het opgestelde registratieformulier voldeed, werd een pilot-onderzoek uitgevoerd met tien patiëntenkaarten.

De verkregen gegevens werden verwerkt met behulp van SPSS 9.0. Voor de statische analyse is gebruikgemaakt van de chi-kwadratoets.

Resultaten

Achtergrondinformatie

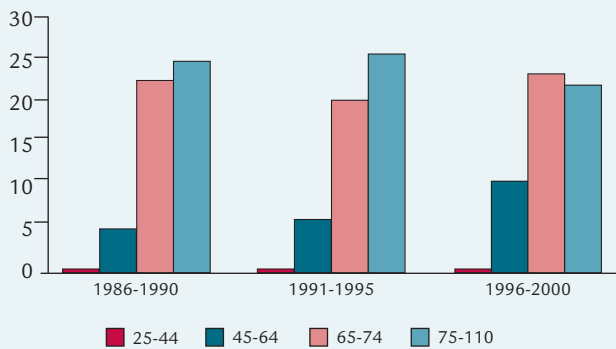
In totaal zijn 316 dossiers geselecteerd met de code voor BPH. Van 10 patiënten bleken de gegevens onvindbaar, waardoor 306 patiënten overbleven. Elf patiënten kwamen zonder verwijzing van de huisarts (via een andere specialist) bij de uroloog, zodat de vragen over het beleid van de huisarts 295 patiënten betroffen. We deelden hen in drie tijdscohorten in, afhankelijk van het jaar waarin de diagnose werd gesteld (1986-1991, 1991-1996 en 1996-2001). De gemiddelde follow-upduur bedroeg 64 maanden.

Incidentie en prevalentie

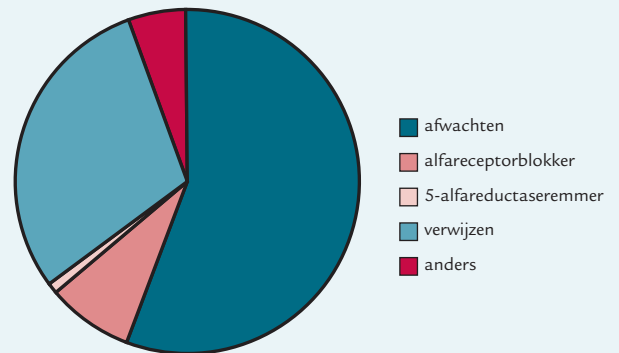
De incidentie van BPH bleef over de jaren ongeveer gelijk (figuur 1). Van 1986 tot en met 1995 traden nieuwe gevallen van BPH vooral op bij mannen ouder dan 75 jaar. Daarna lijkt er sprake te zijn van een verschuiving naar jongere leeftijd. Kijken we naar de prevalentie van BPH, dan blijkt dat deze aandoening het meeste voorkwam in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder en dat dit door de jaren heen hetzelfde is gebleven (figuur 2). De totale prevalentie van BPH in de periode van 1986 tot 1990 steeg van 16,2 naar 19,6 per 1000 patiëntenjaren in de periode 1996 tot 2000.

De incidentie en prevalentie van BPH waren niet gerelateerd aan de sociaal-economische status van de patiënten.

Figuur 1 Incidentie van BPH bij mannen per 1000 patiënten-jaren



Figuur 3 Initiële behandeling van BPH door de huisarts (n=295)



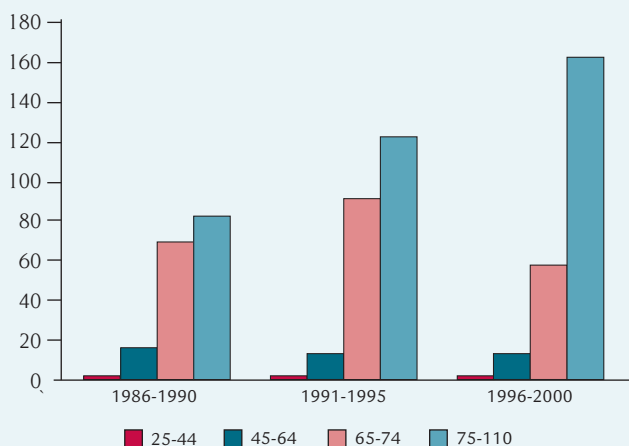
Behandeling

De huisarts besloot bij 56% van de patiënten met BPH in eerste instantie geen medicatie voor te schrijven en niet te verwijzen (afwachterend beleid) (figuur 3). Bij de rest werd wel actief ingegrepen. Zo verwees de huisarts 30% van de patiënten direct bij het stellen van de diagnose BPH naar de uroloog. Bij het merendeel van de 88 verwezen patiënten waren de aard en ernst van de bemoeilijkte mictie, een verdacht rectaal toucher of het verzoek van de patiënt redenen om te verwijzen. Slechts bij 15 patiënten vormde een complicatie als een acute retentie de verwijsindicatie. Negen procent kreeg medicatie voorgeschreven (8% een alfablokker en 1% een 5-alfareductaseremmer) en ruim 5% van de patiënten kreeg een andere behandeling, zoals katheterisatie bij een acute retentie, antibiotica bij een urineweginfectie of een blaasretraining.

Het beleid van de huisarts bleek niet afhankelijk van de leeftijd of de sociaal-economische status van de patiënt, maar uiteraard wel van het optreden van complicaties. In de patiëntengroep waar complicaties optraden, werd significant minder vaak besloten tot een afwachterend beleid ($p < 0,01$) en werden patiënten significant vaker verwezen naar de uroloog ($p < 0,01$).

Bij ongeveer driekwart van de patiënten (73%) bleek het niet

Figuur 2 Prevalentie van BPH bij mannen per 1000 patiënten-jaren



nodig om in de loop van de tijd het aanvankelijk ingestelde beleid te wijzigen. Van de resterende 27% werd meer dan de helft (57%) alsnog verwezen naar de uroloog. Hiermee komt het totale aantal verwezen patiënten op 53%.

Bij ruim een kwart van de patiënten die naar de uroloog waren verwezen werd besloten tot een TURP als initiële behandeling. Uiteindelijk onderging in totaal 43% van de verwezen patiënten een operatie. Van de totale patiëntenpopulatie met BPH was dit 24%.

Beloop

Bij driekwart van de patiënten bleven de klachten stabiel in de eerste vijf jaar na het stellen van de diagnose BPH (3% onbekend). Negentien procent van de patiënten kreeg nieuwe mictieklachten. Bij 8% van het totaal aantal patiënten ging het hier om nycturie. Zes procent kreeg later alsnog last van urge-klachten, 5% van een veranderde mictiefrequentie, 4% van prostaticme klachten en bij 2% ontstonden additionele klachten, zoals een erectiele disfunctie of hematurie.

Vergelijken we het beloop van BPH-gerelateerde klachten in de groep patiënten bij wie besloten werd tot een afwachterend beleid met de patiëntengroep waarbij wel actief werd ingegrepen, dan is er geen significant verschil ($p = 0,267$).

Complicaties

Van de 306 patiënten in dit onderzoek kreeg 32% te maken met een of meerdere complicaties. Bij 6% van de patiënten met BPH was een acute retentie de aanleiding tot het stellen van de diagnose BPH. Van het totale aantal patiënten kreeg 21% een urineweginfectie, 13% een acute retentieblaas, 7% incontinentieklachten en 5% een chronische retentie.

Verschillen in de tijd

Huisartsen voerden vroeger minder vaak een afwachterend beleid dan de laatste jaren ($p = 0,012$) (figuur 4). Ook zijn zij in de loop der jaren vaker medicatie gaan voorschrijven, terwijl zij minder vaak naar de uroloog verwezen ($p < 0,01$).

Ook urologen schreven bij deze patiëntenpopulatie de laatste jaren vaker medicatie voor. Bovendien werd vroeger vaker direct

operatief ingegrepen. Deze verschillen zijn significant ($p=0,01$). We vonden geen significante verschillen in het optreden van complicaties bij vergelijking van het cohort 1991-1995 met dat van 1986-1990.

Beschouwing

Benigne prostaathyperplasie is een aandoening die voorkomt op oudere leeftijd.^{1,2,7,8} In dit onderzoek schommelt de incidentie rond de 5/1000 patiëntjaren. Sinds 1996 treedt BPH vaker op tussen 45 en 75 jaar, terwijl de incidentie in de leeftijdsgroep vanaf 75 jaar is gedaald. Het lijkt er dus op dat patiënten op jongere leeftijd met mictieklachten bij de huisarts komen. BPH als chronische aandoening komt nu veel meer voor dan vroeger. Sinds 1981 is er sprake van een toename van 30%. Mogelijk speelt de

Abstract

Dijstelbloem DALA, Schouten MA, Lagro-Janssen ALM. Benign prostatic hyperplasia in four general practices. Prevention, management and course. *Huisarts Wet* 2003;46(3):133-37.

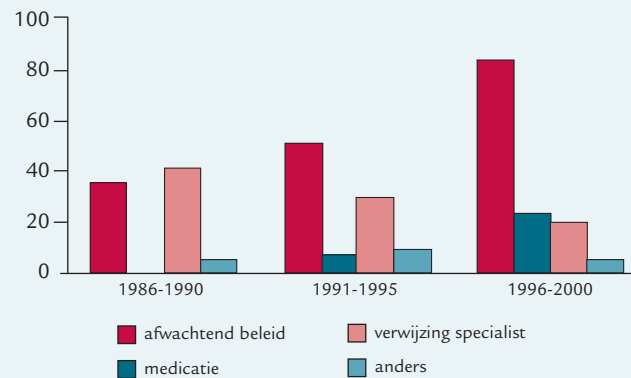
Introduction The aim of this study was to gain greater insight into the epidemiology, management and course of benign prostatic hyperplasia (BPH) in general practice and into changes over time.

Methods A retrospective cohort study to analyse the prevalence, management and course of BPH in general practice was carried out from 1986 to 2000. Data were obtained from four general practices, the information being supplied by the Continuous Morbidity Registration Project (CMR) at Nijmegen University. The CMR registers morbidity notified to the general practitioner. The CMR was used as an index to identify patients diagnosed with BPH. Additional data were collected from the patient records.

Results The incidence of BPH remained constant during the period 1986-2000 while the prevalence of BPH rose. In 56% of cases the general practitioner decided not to prescribe medication or to refer to a urologist (watchful waiting). In 30% of cases there was an immediate referral to the urologist. In the end 53% of cases were referred. Of these, 43% underwent surgery. This is 24% of the total patient population. In 73% of the patients the symptoms remained stable during the first five years of follow-up. In 32% there were complications as a result of the BPH. In the past GPs were less likely to decide on 'watchful waiting' than in the last 5 years ($p=0,012$). They now prescribe medication more often and they refer less often to a urologist ($p<0,01$).

Conclusion BPH is a disease that mostly occurs at an older age. It would seem that patients with BPH are reporting to their GP at a younger age. The prevalence of BPH has risen during recent years. Half of the patients with BPH are referred to the urologist. The other half are treated by the general practitioner. In 75% quarters of patients surgery is not required. In this study, once surgery became the preferred treatment, a TURP was the technique most often chosen. Complications as a result of BPH occur in one-third of patients. During the last fifteen years the management of BPH has changed. General practitioners more often decide on 'watchful waiting', refer less often and prescribe medication more frequently.

Figuur 4 Opgetreden verschuivingen in het gevoerde beleid door de huisarts in de tijd (in aantallen)



langere levensduur een rol bij deze toename, maar ook de mogelijkheid om langdurig met medicijnen te behandelen in plaats van operatief in te grijpen, zou hier de oorzaak van kunnen zijn.^{8,9} Hiermee gaat BPH tot de chronische aandoeningen behoren.

Uiteindelijk verwijst de huisarts ruim de helft van de patiënten met BPH door naar de uroloog; de andere helft behandelt de huisarts zelf. Indien huisartsen niet verwijzen, wachten zij bij meer dan de helft van de patiënten af. Bij één op de tien patiënten schrijft de huisarts medicatie voor, meestal een alfablokker.

Een belangrijke conclusie is dat slechts een kwart van alle patiënten in deze praktijken met BPH werd geopereerd. Meestal werd dan een TURP verricht. Dit komt overeen met de literatuur.^{2,10} Tussen de patiëntengroep waarbij werd afgewacht en de patiëntengroep waarbij actief werd ingegrepen bleek geen significant verschil in het beloop van BPH-gerelateerde klachten. Huisartsen hebben er blijkbaar goed zicht op wanneer het verantwoord is om het natuurlijk beloop af te wachten en wanneer het verstandiger is om wel actief te behandelen.¹¹

De beschikbaarheid van nieuwe behandelingen heeft tot een verandering van beleid gevoerd. De laatste jaren werd vaker afgewacht en vaker medicatie voorgeschreven dan vroeger. Omdat er meer bekend is over het natuurlijk beloop van BPH, waarbij duidelijk is geworden dat BPH niet per se een aandoening is met een progressief beloop, durven huisartsen vaker het natuurlijke beloop af te wachten.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Omdat er slechts vier huisartsenpraktijken bij betrokken waren, kan het beeld vertekend zijn: iedere arts heeft zo zijn eigen persoonlijke voorkeur voor beleidskeuzen.^{11,12} Hetzelfde geldt voor de behandelingen door de urologen. Omdat de huisartsenpraktijken in dit onderzoek in dezelfde regio liggen, wordt er slechts naar enkele urologen verwezen. Bovendien kan men de externe validiteit van de diagnose BPH ter discussie stellen omdat er slechts in vier praktijken geregistreerd is.

Een ander nadeel is dat de CMR een morbiditeitsregistratie is en geen klachtenregistratie. Dit geeft beperkingen bij het onderzoek naar klachten. Er is weliswaar voor het opsporen van deze klach-

ten gebruikgemaakt van patiëntendossiers, maar niet alle klachten zijn systematisch vastgelegd. Overigens zijn de CMR-artsen getraind in het nauwkeurig en systematisch bijhouden van de patiëntendossiers en hebben zij een jarenlange ervaring met registreren. De langdurige registratie van de CMR is uniek in de mogelijkheid een stabiele patiëntenpopulatie te volgen ten aanzien van complicaties van een bepaalde aandoening en van trends in de tijd. Wij denken dan ook dat dit onderzoek een bijdrage heeft geleverd aan het in kaart brengen van het beleid bij BPH en de veranderingen daarin. Bovendien geeft ons onderzoek inzicht in het beloop van BPH-gerelateerde klachten en in het optreden van complicaties ten gevolge van BPH in de huisartsenpraktijk: onderwerpen waarover nog maar weinig is gepubliceerd.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken Hans Bor, statisticus, voor de statistische bewerking van de gegevens en de registrerende CMR-huisartsen.

Literatuur

- 1 Klomp MFL, Gercama AJ, De Jonge-Wubben JGM, Mulders AHPW, Romeijnders ACM, Rosmalen CFH, et al. NHG-Standaard Bemoelijkte mictie bij oudere mannen (eerste herziening). Huisarts Wet 1997;40:114-24.
- 2 Barry M, Roehrborn C. Management of benign prostatic hyperplasia. Ann Review Med 1997;48:177-89.
- 3 Curtis Nickel J. Long-term implications of medical therapy on benign prostatic hyperplasia end points. Urology 1998;51:50-7.
- 4 Oesterling JE. Benign prostatic hyperplasia: medical and minimal invasive treatment options. N Engl J Med 1995;332:99-109.
- 5 Schlatmann TJM. Benigne prostaathyperplasie: aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling anno 1992. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 49:2414-7.
- 6 Stoverinck MJM, Lagro-Janssen ALM, Van Weel C. Sex differences in health problems, diagnostic testing and referral in primary care. J Fam Practice 1996;43:567-76.
- 7 Wille-Gussenhoven MJE, De Bock GJ, De Beer-Buijs MJM, Burgers SMTh, Buurman CMM, Evenaar M, et al. Prostate symptoms in general practice: seriousness and inconvenience. Scand J Prim Care 1997;15:39-42.
- 8 De la Rosette JJMCH, Alivizatos G, Madersbacher S, Perachino M, Thomas D, Desgrandchamps F, et al. EAU Guidelines on benign prostatic hyperplasia. Eur Urology 2001;40:256-64.
- 9 Oosterhof GON, Docter PCL, Kil PJM, Knol WLR, Schreinemachers LMH, Ypma AFGVM. Medicamenteuze therapie van BPH: de rol van huisarts en uroloog. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie Richtlijnen, 1993.
- 10 Barry M, Roehrborn C. Benign prostatic hyperplasia. Clinical Evidence 2000;4:453-61.
- 11 Hansen MV, Zdanowski A. The agreement among urological experts on the diagnostic management of patients with common urological problems. Br J Urology 1997;80:787-92.
- 12 Stoevelaar HJ, Van de Beek C, Casparie AF, McDonnell J, Nijs HGT. Treatment choice for benign prostatic hyperplasia: a matter of urologist preference? J Urology 1999;161:133-8.

Prevalentie van ongewild urineverlies bij vrouwen is afhankelijk van de gebruikte definitie

BLH Bemelmans, V Vandoninck, LHC Donkers, C Robertson, P Boyle, LALM Kiemeny

Samenvatting

Bemelmans BLH, Vandoninck V, Donkers LHC, Robertson C, Boyle P, Kiemeny LALM. Prevalentie van ongewild urineverlies bij vrouwen is afhankelijk van de gebruikte definitie. Huisarts Wet 2003;46(3):137-40.

Doel In eerder Nederlands onderzoek werd gevonden dat meer dan de helft van alle vrouwen ouder dan 45 jaar incontinent is voor urine. Doel van dit onderzoek is het vaststellen van de prevalentie van verschillende gradaties in ernst van urineverlies bij vrouwen.

Methode Door middel van een voor leeftijd gewogen steekproef uit de bevolkingsadministratie van de gemeente Boxmeer werden 1771 mannen van 40-79 jaar benaderd in het kader van een onderzoek naar het voorkomen van goedaardige urologische

aandoeningen. De echtgenoten (n=1460) van deze mannen ontvingen ook een algemene en incontinentiespecifieke vragenlijst. De prevalentie van incontinentie werd op twee wijzen gemeten waarbij rekening gehouden werd met de leeftijdsgewogen steekproeftrekking.

Resultaten Duizendeenenzeventig vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 56,9 jaar (spreiding: 29-79) retourneerden de vragenlijst (73% respons). Aan de hand van antwoorden op 4 vragen werden de vrouwen ingedeeld in 3 groepen: ernstig incontinent (18,6%), minimaal incontinent (11,6%) en niet incontinent (69,2%). Aan alle vrouwen werd tevens de vraag voorgelegd: 'Heeft u wel eens ongewild urineverlies?' Op deze directe vraag gaf 39,7% van de vrouwen een bevestigend antwoord.

Conclusie Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer 30% van de vol-