UPDATE

Kennisagenda Urologie 2026-2028

Nederlandse Vereniging voor Urologie

INITIATIEF
Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

MET ONDERSTEUNING VAN
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING
Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

AUTEURSRECHTEN VOORBEHOUDEN
© 2020 NVU, Postbus 20078, 3502 LB UTRECHT

COLOFON
UPDATE KENNISAGENDA NVU
© 2026 Nederlandse Vereniging voor Urologie

Bureau NVU
Mercatorlaan 1200, 3528 BL, Utrecht
Telefoon: 030 899 3021
Email: nvu@xs4all.nl
Website: www.nvu.nl

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVU. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVU aanvragen, voor contactgegevens: zie boven.

Vormgeving en opmaak
ijzersterk.nu

UPDATE Kennisagenda Urologie 2026-2028

Nederlandse Vereniging voor Urologie

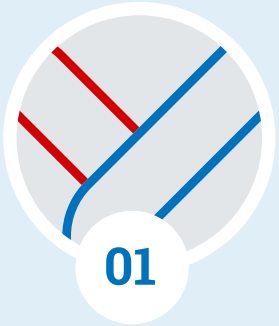
Samenstelling van de werkgroep

- Prof. dr. I.J. (Igle Jan) de Jong, voorzitter, uroloog, UMCG
- Dr. A.M. (Annemarie) Leliveld-Kors, uroloog, UMCG
- Prof. dr. A.G. (Toine) van der Heijden, uroloog, Radboud-umc
- Prof. dr. H.P. (Harrie) Beerlage, uroloog, Amsterdam UMC
- Prof. Dr.. M.T.M. (Maxime) Kummeling, uroloog, LUMC
- Dr. J.P.A. (Jean-Paul) van Basten, uroloog, CWZ
- Dr. R.P.J. (Rogier) Schroeder, uroloog, UMC Utrecht
- Dr. K.W.M. (Kathleen) d'Hauwers, uroloog, Radboudumc
- Dr. L.P.W. (Bart) Witte, uroloog, Isala
- Drs. L. (Linn) Korsten, AIOS, Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Drs. A. (Amber) van den Borne, adviseur patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland

Met ondersteuning van

- Drs. A.M.M. (Audrey) Hermans, Coördinator Weten-schap & Innovatie, Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Dr. J. (Jana) Tuijtelaars, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dr. R. (Romy) Zwarts, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

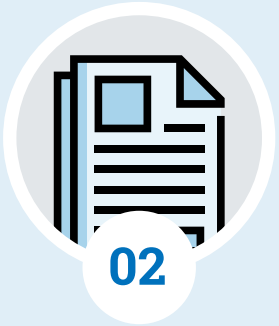
Inhoud



01

Samenvatting

lees verder



02

Inleiding

lees verder



03

Methode

lees verder



04

Resultaten

lees verder



05

Implementatie van de kennisagenda

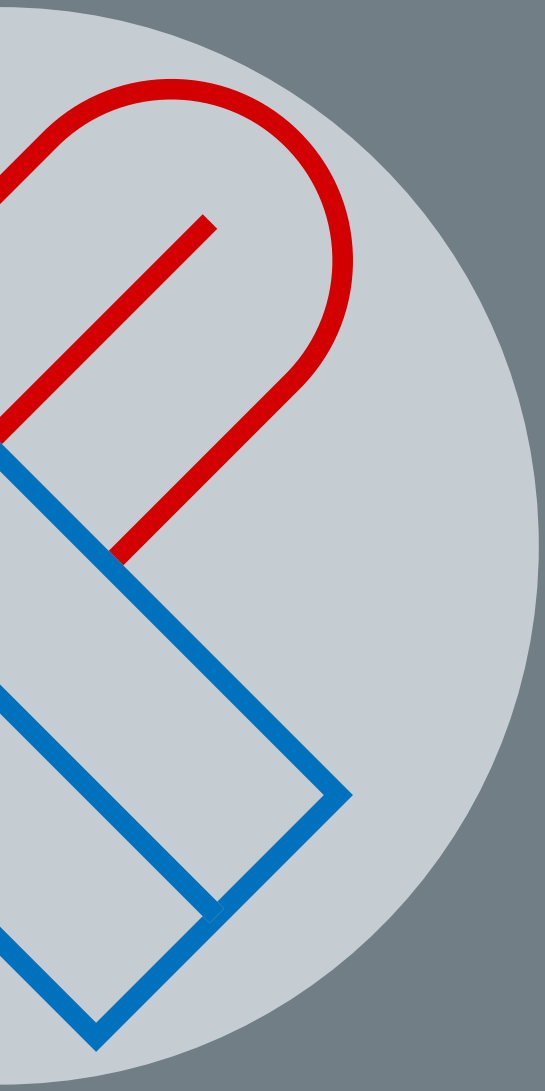
lees verder



06

Bijlagen

lees verder



01 Samenvatting

De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) heeft haar kennisagenda geactualiseerd. De kennisagenda beschrijft de belangrijkste kennisvragen op het gebied van zorgevaluatie binnen de urologie. Met de kennisagenda geeft de NVU richting aan toekomstig zorgevaluatieonderzoek en stimuleert zij onderzoek naar vragen die naar verwachting bijdragen aan passende, kwalitatief goede en doelmatige urologische zorg. De kennisagenda vormt daarmee een belangrijk onderdeel van de kennis-kwaliteitscyclus: kennisvragen uit richtlijnen en de dagelijkse praktijk leiden tot onderzoek, waarna nieuwe kennis kan worden verwerkt in richtlijnen en toegepast in de praktijk.

Totstandkoming van de kennisagenda

De kennisagenda is stapsgewijs ontwikkeld. Eerst zijn kennisvragen geïnventariseerd vanuit medisch-specialistische richtlijnen, eerdere kennisagenda's en enquêtes onder NVU-leden, patiëntenorganisaties en andere belanghebbenden. Vervolgens zijn de kennisvragen beoordeeld op geschiktheid voor zorgevaluatie, samengevoegd en waar nodig aangescherpt. De overgebleven kennisvragen zijn via een draagvlakenquête verder geselecteerd. Tijdens een prioriteringsbijeenkomst hebben vertegenwoordigers van de beroepsgroep, patiëntenorganisaties en andere belanghebbenden de geselecteerde kennisvragen besproken en geprioriteerd. De uitkomsten hiervan vormden de basis voor de definitieve selectie van tien kennisvragen voor deze kennisagenda.

De volgende tien kennisvragen vormen de kennisagenda van de NVU:

1. Wat is de optimale behandeling van patiënten met acute symptomatische distale ureterstenen: vroege/spoed-ureterorenoscopie (URS), uitgestelde URS na drainage of behandeling met uitsluitend een dubbel-J-katheter?

2. Kan de frequentie van follow-uponderzoeken bij patiënten met een intermediair- of hoogrisico niet-spierinvasief blaascarcinoom veilig worden verminderd?

3. Wat is de meest effectieve behandeling voor volwassenen met inflammatoire blaaswandafwijkingen, waaronder Hunner-laesies?

4. Leidt Patient-Centered Care, inclusief shared decision making en fenotypering, tot betere uitkomsten dan het huidige stepped-care model bij volwassenen met refractaire idiopathische overactieve blaas (OAB) / urge-urine-incontinentie (UUI)?

5. Wat is de (kosten)effectiviteit en duurzaamheid van zorgpaden met bekkenfysiotherapie vergeleken met zorgpaden waarin vroeg tot chirurgische behandeling wordt overgegaan bij vrouwen met primaire stress urine-incontinentie?

6. Wat is de effectiviteit van blaasspoelingen met antiseptische of antimicrobiële middelen ten opzichte van intraveneuze antibiotica bij patiënten met een symptomatische lagere urineweginfectie voor wie vanwege multiresistentie en/of allergie geen orale behandelopties beschikbaar zijn?

7. Wat is de optimale primaire behandeling van patiënten met miN1-prostaatcarcinoom, vastgesteld met PSMA-PET/CT?
8. Kan het follow-upschema bij patiënten met een intermediair- of hoogrisico niercelcarcinoom veilig worden verminderd?

9. Wat is de plaats van salvage-radiotherapie van de prostaatloge bij patiënten met een biochemisch recidief na radicale prostatectomie?

10. Wat is de toegevoegde waarde van resectie van de primaire tumor na respons op immunotherapie bij gemetastaseerd niercelcarcinoom?

Vervolg

Met het vaststellen van deze tien kennisvragen begint de volgende fase van de kennisagenda. De NVU voert regie op de verdere uitwerking en opvolging van de kennisvragen. Het onderzoeksnetwerk DURO bewaakt de voortgang en stimuleert samenwerking tussen onderzoekers en werkgroepen. Onderzoekers worden gestimuleerd onderzoeksinitiatieven tijdig af te stemmen, zodat samenwerking wordt bevorderd en onnodige overlap wordt voorkomen. Ook patiëntenorganisaties blijven betrokken bij de verdere uitwerking van de kennisvragen.



02 Inleiding

De **Kennisagenda 2026–2028** van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) beschrijft de belangrijkste kennisvragen op het gebied van zorgevaluatie binnen de urologie, als ook de wijze waarop deze vragen met wetenschappelijk onderzoek kunnen worden beantwoord. De herziening van de kennisagenda is in 2025 gestart met als doel een breed gedragen kennisagenda op te stellen die richting geeft aan toekomstig zorgevaluatieonderzoek. De kennisagenda laat zien welke kennis nodig is om de zorg voor patiënten verder te verbeteren, passende zorg te ondersteunen en de doelmatigheid van de urologische zorg te vergroten. Daarmee vormt de kennisagenda het uitgangspunt voor een meerjarenprogramma voor zorgevaluatieonderzoek.

Definitie Zorgevaluatie:

Zorgevaluatie is evaluatieonderzoek naar de (kosten) effectiviteit van bestaande zorg (behandeling, diagnostiek, nazorg of organisatie van zorg). Met bestaande zorg wordt bedoeld:

- Zorg die in meerdere (academische en/of algemene) ziekenhuizen in Nederland wordt toegepast, tenzij de zorg beargumenteerd geconcentreerd is in bepaalde centra
- Zorg die een substantieel deel van de in aanmerking komende patiënten ontvangt

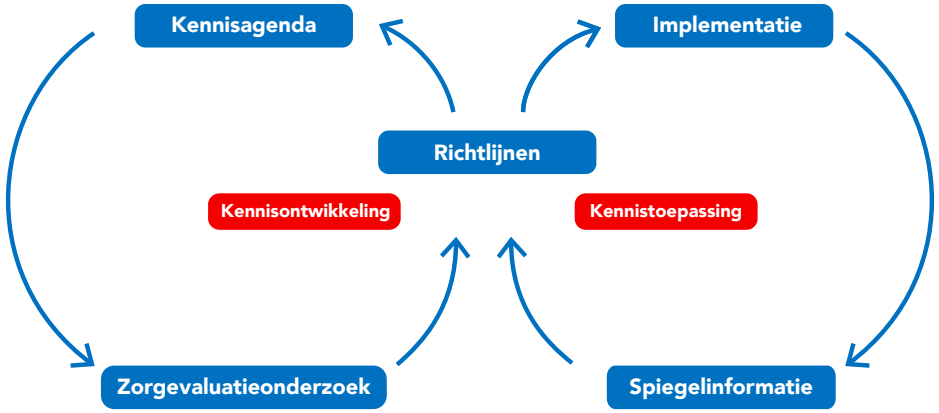
Zorgevaluatie is meer dan alleen het uitvoeren van vergelijkend onderzoek. Het betreft een proces van inventariseren en prioriteren van kennisvragen; programmeren, uitwerken en uitvoeren van onderzoek en implementeren van de resultaten.

De NVU streeft naar voortdurende verbetering van de kwaliteit van de urologische zorg. Daarbij staat een integraal kwaliteitsbeleid centraal, waarin verschillende kwaliteitsinstrumenten in samenhang worden ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en doorontwikkeld. Het doel is om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren en te borgen. De kennis-kwaliteitscyclus (figuur 1) vormt hiervoor het uitgangspunt.

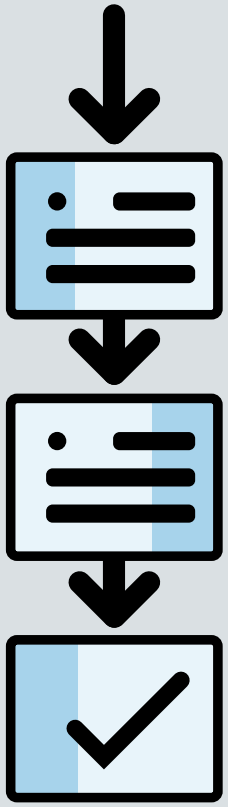
De kennis-kwaliteitscyclus beschrijft hoe kennisontwikkeling en kennistoepassing elkaar versterken. De cyclus start met het ontwikkelen en actualiseren van richtlijnen, waarin de best beschikbare kennis wordt vertaald naar aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk. Vanuit deze richtlijnen lopen twee samenhangende processen:

- **Kennistoepassing** richt zich op het implementeren en de-implementeren van aanbevelingen uit richtlijnen. Met behulp van spiegelinformatie wordt gevolgd in hoeverre aanbevelingen worden toegepast en of zij leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg.
- **Kennisontwikkeling** richt zich op het signaleren van kennisvragen uit richtlijnen en de dagelijkse praktijk. Deze kennisvragen worden verzameld, geprioriteerd en opgenomen in een kennisagenda. Vervolgens kunnen de geprioriteerde kennisvragen worden uitgewerkt tot onderzoeksvoorstellen voor zorgevaluatieonderzoek. De resultaten van deze onderzoeken worden daarna verwerkt in richtlijnen en opnieuw geïmplementeerd in de praktijk. Zo ontstaat een continue kennis-kwaliteitscyclus die bijdraagt aan een lerende en continu verbeterende zorgpraktijk (Richtlijnen 3.0).

De kennisagenda vormt een belangrijk instrument binnen deze cyclus. Door kennisvragen op het gebied van zorgevaluatie te bundelen en te prioriteren, geeft de NVU richting aan de verdere ontwikkeling van het vakgebied. De kennisagenda stimuleert onderzoek naar onderwerpen die breed worden gedragen en naar verwachting een grote bijdrage leveren aan de kwaliteit, doelmatigheid en toekomstbestendigheid van de urologische zorg. Onderzoeksresultaten versterken de wetenschappelijke onderbouwing van richtlijnen, ondersteunen passende zorg en helpen ongewenste praktijkvariatie te verminderen. Uiteindelijk draagt zorgevaluatie bij aan betere zorg voor patiënten en een doelmatige inzet van beschikbare zorgmiddelen. Kennisvragen kunnen voortkomen uit richtlijnen, uit knelpunten die zorgprofessionals en/of patiënten in de dagelijkse praktijk ervaren en uit samenwerking binnen de zorgketen.



Figuur 1. De kennis-kwaliteitscyclus



03 Methode

De kennisagenda is ontwikkeld in vijf opeenvolgende stappen:
1. Evaluatie van de voortgang van de eerdere kennisagenda's;
2. Inventarisatie van kennisvragen;
3. Selectie van relevante kennisvragen;
4. Prioritering van de kennisvragen;
5. Vaststelling van de definitieve kennisagenda.

Hierna wordt de gevolgde werkwijze per stap beschreven.

2.1 Inventarisatie stand van zaken kennisagenda [2016 – 2020 en 2020-2024]

De voortgang van de geprioriteerde kennisvragen uit de kennisagenda's 2016–2020 en 2020–2024 wordt bijgehouden op de website van de NVU. Per aandachtsgebied is inzichtelijk welke onderzoeken inmiddels zijn gestart of afgerond en welke kennisvragen nog openstaan. Deze evaluatie vormde het uitgangspunt voor de herziening van de kennisagenda.

2.2 Inventarisatie kennisvragen

De inventarisatie van kennisvragen richtte zich op openstaande vragen over de wetenschappelijke onderbouwing van het urologisch handelen. Kennisvragen werden zoveel mogelijk geformuleerd als onderzoeksvraag en verzameld uit vier verschillende bronnen:

- Medisch-specialistische richtlijnen;
- Een enquête onder leden van de NVU;
- Een enquête onder patiëntenorganisaties en overige stakeholders;
- Eerdere kennisagenda's van de NVU.

2.2.1 Inventarisatie van kennisvragen uit medisch-specialistische richtlijnen

Voor de inventarisatie van kennisvragen uit richtlijnen werden alle door de NVU geautoriseerde richtlijnen geselecteerd die vanaf 2020 zijn gepubliceerd en door de werkgroep als relevant werden beoordeeld. In totaal werden 27 richtlijnen geanalyseerd (bijlage 1). De door richtlijnwerkgroepen geformuleerde kennisvragen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek werden integraal opgenomen in de inventarisatie. Dit resulteerde in 187 kennisvragen.

2.2.2 Inventarisatie van kennisvragen onder NVU leden

Alle leden van de NVU ontvingen per e-mail een uitnodiging om via een online vragenlijst maximaal vijf kennisvragen uit de dagelijkse praktijk aan te dragen. Bij voorkeur werden deze geformuleerd als onderzoeksvraag en voorzien van een korte toelichting. In totaal hebben 47 individuele leden en/of groepen van leden kennisvragen aangeleverd, wat resulteerde in 123 kennisvragen.

2.2.3 Inventarisatie van kennisvragen onder patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden

Ook patiëntenorganisaties en overige stakeholders (bijlage 2) werden per e-mail uitgenodigd om kennisvragen aan te leveren via een online vragenlijst. Zij werden gevraagd maximaal vijf kennisvragen uit de dagelijkse praktijk te formuleren, bij voorkeur als onderzoeksvraag met een korte toelichting. Negen organisaties hebben hieraan bijgedragen: zes patiëntenorganisaties (Stichting Lichen Sclerosus, Dwarslaesie Organisatie Nederland, Nierpatiënten Vereniging Nederland, Patiëntenvereniging Blaas- of Nierkanker, MS Vereniging Nederland en Stichting Kind en Ziekenhuis), IKNL, NVSHA en het NHG. In totaal leverde dit 42 kennisvragen op.

2.2.4 Inventarisatie van kennisvragen uit eerdere kennisagenda's

De eerdere kennisagenda's van de NVU werden beoordeeld op kennisvragen die nog niet waren beantwoord. Zes kennisvragen bleken nog actueel en werden opnieuw meegenomen in het prioriteringsproces.

2.2.5 Totaal aantal geïnventariseerde kennisvragen

De inventarisatie resulteerde in totaal in 358 kennisvragen afkomstig uit richtlijnen, eerdere kennisagenda's en de enquêtes onder NVU-leden en overige stakeholders.

2.3 Selectie van kennisvragen

De kennisvragen werden ingedeeld in zes deelgebieden:

1. Algemene urologie
2. Endo-urologie en steenlijden;
3. Functionele en reconstructieve urologie;
4. Andrologie;
5. Kinderurologie;
6. Oncologie.

De projectgroep beoordeelde alle geïnventariseerde kennisvragen samen met de NVU-werkgroepen. Daarbij werden kennisvragen uitgesloten wanneer:

- Zij buiten het urologisch vakgebied vielen;
- Zij geen betrekking hadden op zorgevaluatie;
- Reeds passend onderzoek liep;
- De benodigde kennis al beschikbaar was, maar nog niet in een richtlijn was verwerkt;
- Sprake was van een implementatievraagstuk in plaats van een kennishiaat;
- Beantwoording niet haalbaar werd geacht.

Overeenkomstige kennisvragen werden samengevoegd of ontdubbeld. Eventuele verschillen van inzicht werden besproken totdat consensus was bereikt.

Op 12 januari 2026 organiseerde de NVU een patiëntenbijeenkomst waarin de door patiëntenorganisaties aangedragen kennisvragen werden besproken. Tijdens deze bijeenkomst werd toegelicht op welke wijze de kennisvragen zijn beoordeeld aan de hand van de criteria voor zorgevaluatie en welke afwegingen daarbij zijn gemaakt. Daarnaast werd gezamenlijk besproken of kennisvragen konden worden samengevoegd of scherper geformuleerd. De bijeenkomst bood ruimte voor vragen, toelichting en uitwisseling van perspectieven. Hiermee werd geborgd dat het selectieproces transparant verliep en dat patiëntenorganisaties inzicht hadden in de wijze waarop de

kennisvragen werden beoordeeld. Wanneer kennisvragen niet geschikt bleken voor opname in de kennisagenda, werd toegelicht welke vervolgmogelijkheden er waren, bijvoorbeeld via een ander traject of een toekomstige herbeoordeling.

Na deze selectie bleven 78 kennisvragen over. Deze werden opgenomen in een digitale draagvlakenquête die werd uitgezet onder alle NVU-leden en de betrokken patiëntenorganisaties. In totaal werden 69 reacties ontvangen: 61 van NVU-leden en acht van vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Op basis van de resultaten van deze enquête en de inhoudelijke beoordeling door de werkgroep werden 27 kennisvragen geselecteerd voor de prioriteringsbijeenkomst.

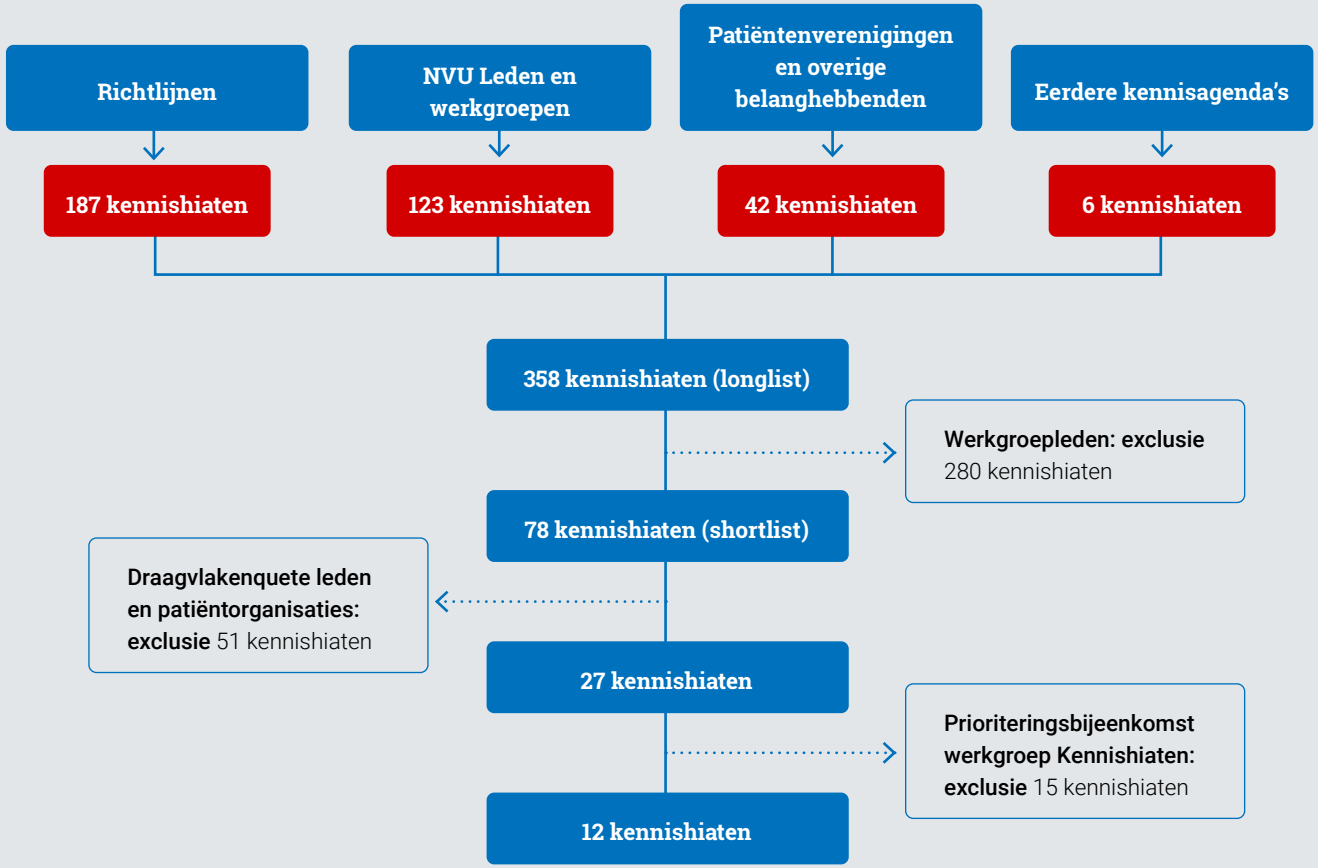
2.4 Prioritering van impactvolle kennisvragen

Op 20 mei 2026 organiseerde de NVU een prioriteringsbijeenkomst met vertegenwoordigers van de beroepsgroep, patiëntenorganisaties en andere stakeholders. Aan deze bijeenkomst namen vijftien NVU-leden, zeven patiëntvertegenwoordigers en één vertegenwoordiger van V&VN deel.

Het doel van de prioritering was om kennisvragen te selecteren die naar verwachting de grootste bijdrage leveren aan passende zorg, gezondheidswinst voor patiënten en de verdere ontwikkeling van de urologische zorg. Daarbij stond centraal dat de geselecteerde kennisvragen zich lenen voor zorgevaluatieonderzoek en kunnen worden vertaald naar de dagelijkse praktijk.

De 27 kennisvragen werden besproken in drie multidisciplinaire discussiegroepen onder leiding van de projectgroep:

- Groep 1: endo-urologie en steenlijden
- Groep 2: algemene en functionele urologie
- Groep 3: kinderurologie en oncologie



De deelnemers beoordeelden de kennisvragen aan de hand van vooraf vastgestelde criteria:

- Urgentie;
- Maatschappelijke impact, waaronder gezondheidswinst voor patiënten, doelmatigheid, klimaatimpact en inzet van schaarse zorgprofessionals;
- Onderzoekbaarheid en haalbaarheid;
- Impact op het vakgebied;
- Implementeerbaarheid;
- Aansluiting bij het patiëntenperspectief.

De prioritering vond plaats in twee discussierondes. In de eerste ronde werden de maatschappelijke relevantie en urgentie van de kennisvragen besproken. In de tweede ronde werden de overgebleven kennisvragen verder aangescherpt en beoordeeld op prioriteit en relevantie. Na deze discussierondes bleven er 12 kennisvragen over, welke plenair werden toegelicht. Vervolgens brachten alle deelnemers digitaal hun stem uit op de drie kennisvragen die volgens hen de hoogste prioriteit hadden.

2.5 Vaststelling van de definitieve kennisagenda

De stemuitslag van de prioriteringsvergadering vormde het uitgangspunt voor de definitieve selectie van de kennisvragen voor op de kennisagenda. De werkgroep heeft op basis van de volgende criteria de definitieve top-10 van kennisvragen opgesteld:

- Onderzoekbaarheid en haalbaarheid;
- Maatschappelijke relevantie;
- Impact op de kwaliteit van zorg en het urologisch vakgebied;
- Draagvlak onder patiëntenorganisaties en andere stakeholders;
- Aansluiting bij bestaande richtlijnen;
- Eventueel lopend onderzoek;
- Een evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende deelgebieden binnen de urologie.

De commissie DURO van de NVU monitort de voortgang van de uitvoering van de kennisagenda. De kennisagenda is in juni 2026 vastgesteld door het bestuur van de NVU en bekrachtigd na afstemming met Patiëntenfederatie Nederland.

Het doel van de prioritering was om kennisvragen te selecteren die naar verwachting de grootste bijdrage leveren aan passende zorg, gezondheidswinst voor patiënten en de verdere ontwikkeling van de urologische zorg.



04 Resultaten

Resultaten verkenning opbrengsten
eerste NVU Wetenschaps-agenda 2016-2019 en onderzoekslijnen

3.1 Overzicht stand van zaken vorige kennisagenda

Ter voorbereiding op de herziening van de kennisagenda is de voortgang van de geprioriteerde kennisvragen uit de kennisagenda's 2016–2020 en 2020–2024 geëvalueerd. De actuele status van deze kennisvragen wordt bijgehouden op de website van de NVU. Per aandachtsgebied is inzichtelijk welke kennisvragen inmiddels zijn beantwoord, voor welke kennisvragen zorgevaluatieonderzoek loopt en welke kennisvragen nog openstaan.

In het overzicht hieronder is de status in september 2026 van de kennisvragen van de kennisagenda weergegeven. Inmiddels zijn er nog een aantal vervolgstappen gezet die noemenswaardig zijn: Voor de kennisvraag over de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties bij blaaskatheterisatie is de BALANCE studie niet gestart. Om kwalitatieve en veilige zorg te garanderen is een voorstudie uitgevoerd naar de kwaliteit van kraanwater. In december 2024 is vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap een studie gestart rondom kennisvraag 2, met betrokkenheid van de urologie. De ENFORCE studie (kennisvraag 13) is uiteindelijk vroegtijdig gestopt omdat het aantal benodigde inclusies niet haalbaar bleek. Kennisvragen 7 en 13 kunnen naar verwachting beantwoord worden op basis van bestaande studies.

Voor kennisvraag 9, 10 en 11 is besloten dat deze methodologisch gezien niet uitvoerbaar zijn binnen Nederland. Daarom vervallen deze kennisvragen en zijn deze vragen ook niet opnieuw meegenomen bij het opstellen van de huidige kennisagenda. Rondom kennisvraag 14 zijn meerdere onderzoeken gedaan met retrospectieve data, maar deze hebben niet tot beleidsverandering/richtlijnverandering geleid. Hoewel deze kennisvraag niet volledig is opgelost, is de verwachting dat dit niet alsnog gaat gebeuren.

Status Kennishiaten NVU Kennisagenda september 2026

ALGEMENE UROLOGIE	2024	2025	2026
1. Behandeling ongecompliceerde urineweginfecties bij blaaskatheterisatie BALANCE studie			
2. Spontaan beloop urineweginfecties bij vrouwen			
3. Wisselen van blaascatheters en niercatheters bij urineweginfecties REPLACE studie			

ANDROLOGIE	2024	2025	2026
8. Objectief meten van (nachtelijke) erecties			
9. Behandeling van niet-obstructieve azoöspermie			
10. Behandeling van obstructieve azoöspermie			

FUNCTIONELE EN RECONSTRUCTIEVE UROLOGIE	2024	2025	2026
4. Behandeling van nycturie bij patiënten met de ziekte van Parkinson			
5. Behandeling interstitiële cystitis en blaaspijn GETSBI studie			
6. Behandeling van urineretentie SNAPSHOT TWOC studie			
RELIEF studie			
7. Behandeling obstructie van de prostaat bij patiënten met Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)			

KINDERUROLOGIE	2024	2025	2026
11. Behandeling bij torsio orchidopexie			

ONCOLOGIE	2024	2025	2026
12. Stadiëringmethode voor de aanwezigheid van pelviene lymfogene metastasen bij mannen met lokaal middelmatig of hoog risico prostaatcarcinoom PSMA-Select studie			
13. De impact van testosterondepletie op kwaliteit van leven bij prostaatkankerpatiënten TripleAIM en ENFORCE studie geven deels antwoord op deze vraag.			
14. Stadiëringmethode voor de aanwezigheid van pelviene lymfogene metastasen bij het spierinvasieve blaascarcinoom			

KENNISAGENDA 2016-2020	2024	2025	2026
De effectiviteit van een nefrostomiekatheter versus JJ katheter bij obstructief niersteenlijden STONE Studie			

Legenda



Kennishiaat geformuleerd



Behoefte inventarisatie



Startbijeenkomst



Formatie projectgroep



Uitwerken aanvraag



Opzetten studie



Looptijd studie



Afronding en implementatie

3.2 Geprioriteerde kennisvragen

Door de werkgroep zijn tien kennisvragen geselecteerd voor de kennisagenda 2026–2028. In de rechterkolom staat het aantal stemmen weergegeven dat de kennisvraag heeft ontvangen tijdens de prioriteringsbijeenkomt. Aan deze bijeenkomst namen vijftien NVU-leden, zeven patiëntvertegenwoordigers en één vertegenwoordiger van V&VN deel.

Kennisvraag	Aantal keer geprioriteerd
Wat is de optimale behandeling van patiënten met acute symptomatische distale ureterstenen: vroege/spoed-ureterorenoscopie (URS), uitgestelde URS na drainage of behandeling met uitsluitend een dubbel-J-katheter?	11 keer geprioriteerd (9 leden, 2 overige belanghebbenden)
Kan de frequentie van follow-uponderzoeken bij patiënten met een intermediair- of hoogrisico niet-spierinvasief blaascarcinoom veilig worden verminderd?	11 keer geprioriteerd (10 leden, 1 overige belanghebbende)
Wat is de meest effectieve behandeling voor volwassenen met inflammatoire blaaswand-dafwijkingen, waaronder Hunner-laesies?	8 keer geprioriteerd (4 leden, 4 overige belanghebbenden)
Leidt Patient-Centered Care, inclusief shared decision making en fenotypering, tot betere uitkomsten dan het huidige stepped-care model bij volwassenen met refractaire idiopathische overactieve blaas (OAB) / urge-urine-incontinentie (UUI)?	8 keer geprioriteerd (4 leden, 4 overige belanghebbenden)
Wat is de (kosten)effectiviteit en duurzaamheid van zorgpaden met bekkenfysiotherapie vergeleken met zorgpaden waarin vroeg tot chirurgische behandeling wordt overgegaan bij vrouwen met primaire stress urine-incontinentie?	7 keer geprioriteerd (5 leden, 2 overige belanghebbenden)
Wat is de effectiviteit van blaasspoelingen met antiseptische of antimicrobiële middelen ten opzichte van intraveneuze antibiotica bij patiënten met een symptomatische lagere urineweginfectie voor wie vanwege multiresistentie en/of allergie geen orale behandelopties beschikbaar zijn?	6 keer geprioriteerd (1 lid, 5 overige belanghebbenden)
Wat is de optimale primaire behandeling van patiënten met miN1-prostaatcarcinoom, vastgesteld met PSMA-PET/CT?	5 keer geprioriteerd (4 leden, 1 overige belanghebbende)
Kan het follow-upschema bij patiënten met een intermediair- of hoogrisico niercelcarcinoom veilig worden verminderd?	4 keer geprioriteerd (4 leden, 0 overige belanghebbenden)
Wat is de plaats van salvage-radiotherapie van de prostaatloge bij patiënten met een biochemisch recidief na radicale prostatectomie?	4 keer geprioriteerd (3 leden, 1 overige belanghebbende)
Wat is de toegevoegde waarde van resectie van de primaire tumor na respons op immunotherapie bij gemetastaseerd niercelcarcinoom?	3 keer geprioriteerd (3 leden, 0 overige belanghebbenden)

3.3 Toelichting op de geprioriteerde kennisvragen

Hierna volgt een korte toelichting bij de tien geprioriteerde kennisvragen. Daarnaast is per kennisvraag aangegeven op welke richtlijn(en) de kennisvraag aansluit en door welke partij(en) de kennisvraag is ingebracht.

Wat is de optimale behandeling van patiënten met acute symptomatische distale ureterstenen: vroege/spoed-ureterorenoscopie (URS), uitgestelde URS na drainage of behandeling met uitsluitend een dubbel-J-katheter?

Het direct behandelen van een acuut obstructief steenprobleem kan voordelen bieden voor de patiënt, maar heeft vanwege het spoedeisende karakter van de ingreep ook gevolgen voor de organisatie van zorg. Beide behandelstrategieën hebben voor- en nadelen en verdienen nader onderzoek. Het is nog onduidelijk of directe behandeling leidt tot hogere kosten en een grotere belasting van de zorgorganisatie dan uitgestelde behandeling. Ook is niet duidelijk of deze eventuele extra inzet opweegt tegen de voordelen voor de patiënt.

De keuze voor een behandelstrategie bij ureterstenen heeft gevolgen voor onder andere klachten, behandelbelasting en kwaliteit van leven. Daarom is meer inzicht nodig in de uitkomsten van directe behandeling met ureterorenoscopie (URS) ten opzichte van initiële drainage gevolgd door een uitgestelde behandeling. Vroege URS kan leiden tot snellere klachtenverlichting en minder interventies. Een gefaseerde behandeling kan daarentegen gepaard gaan met aanhoudende klachten, hinder van de katheter en meerdere behandelstappen. Ook kan het moment van behandelen van invloed zijn op het risico op complicaties, zoals sepsis.

Bij patiënten met kleine distale ureterstenen is daarnaast onduidelijk of behandeling met alleen een dubbel-J-katheter kan volstaan. Als deze behandeling even effectief en veilig is als URS of extracorporale shockwave lithotripsy (ESWL), kan dit voordelen bieden. De behandeling kan onder lokale verdoving plaatsvinden en mogelijk de behandelbelasting verminderen. Het is echter nog onvoldoende duidelijk bij hoeveel patiënten een dubbel-J-katheter als definitieve behandeling succesvol is en welke klachten of complicaties hierbij optreden. Meer inzicht hierin is nodig om de effectiviteit, veiligheid en belasting van de verschillende behandelstrategieën goed tegen elkaar af te wegen.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten: Nierstenen

Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag werd ingediend als zijnde twee kennisvragen, ingediend door SWEN en door een NVU-lid, in de volgende formuleringen:

- Is een dubbel J-katheter zonder aanvullende interventie een veilige en effectieve definitieve behandeling voor patiënten met acute symptomatische kleine (<5 mm) distale ureterstenen, vergeleken met standaardbehandeling (URS of ESWL)?
- Wat is de impact voor de patiënt en organisatie van de vroege/spoed URS versus late URS met eerst drainage

Kan de frequentie van follow-uponderzoeken bij patiënten met een intermediair- of hoogrisico niet-spierinvasief blaascarcinoom veilig worden verminderd?

In Nederland worden circa 35.000 patiënten met niet-spierinvasief blaascarcinoom langdurig gevolgd met frequente cystoscopieën. De huidige follow-upschema's zijn grotendeels gebaseerd op richtlijnen die voornamelijk steunen op expert opinion en beperkt wetenschappelijk bewijs. Met name voor patiënten met intermediair- tot hoog-risico ziekte is onvoldoende onderbouwd of de huidige frequentie van invasieve controles noodzakelijk is voor tijdige detectie van recidief of progressie.

Deze kennisvraag is relevant vanwege de grote patiëntengroep, de toenemende druk op de oncologische zorg en de impact van langdurige follow-up op patiënten. Frequente controles brengen fysieke, psychische en logistieke belasting met zich mee, terwijl zij tegelijkertijd bijdragen aan een gevoel van veiligheid en controle. Vermindering van follow-up kan leiden tot capaciteitswinst, lagere zorgkosten en een afname van de patiëntbelasting, maar mag niet ten koste gaan van oncologische uitkomsten of ervaren veiligheid. Inzicht in de balans tussen tijdige detectie, kwaliteit van leven, zorgbelasting en patiëntperspectief is daarom essentieel om te bepalen hoe de follow-upstrategie veilig en verantwoord kan worden toegepast.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten:
Blaascarcinoom
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag werd ingediend door een NVU-lid in de volgende formulering: Kan de frequentie van follow-up bij intermediate en high risk niet-spierinvasief blaascarcinoom veilig verminderd worden?

Wat is de meest effectieve behandeling voor volwassenen met inflammatoire blaaswandafwijkingen, waaronder Hunner-laesies?

Inflammatoire blaaswandafwijkingen hebben een grote impact op de kwaliteit van leven. Naar schatting gaat het om ongeveer 2.000 tot 4.000 patiënten. Ongeveer 800 tot 1.000 patiënten hebben Hunner-laesies. Het is een relatief kleine groep, met wel met een hoge ziektelast. De pijn, irritatie, frequente aandrang en onderbroken nachten beïnvloeden het dagelijks leven in sterke mate. Mensen met blaaspijnsyndroom drinken vaak minder om zo weinig mogelijk pijn te ervaren, wat kan resulteren in (recidiverende) urineweginfecties. Behoudens de invloed op de kwaliteit van het leven en de beperkingen in dagelijkse activiteit, leiden deze tot een hoge belasting van de poliklinische zorg. Het aantal behandelingen is beperkt: blaasspoelingen, pijnmedicatie en invasieve ingrepen, zoals coagulatie van de laesies. Deze behandelingen leiden niet tot definitieve genezing en stellen het recidief enkel uit. De behandelingen kunnen belastend zijn voor patiënten, bijvoorbeeld door bijwerkingen of de noodzaak van de herhaalde ingrepen. Bij een deel van de patiënten wordt uiteindelijk een cystectomie met aanleg van een Bricker-stoma verricht.

Submucosale/intralesionale toediening van triamcinolon is een minimaal invasieve behandeling die in de huidige praktijk al wordt toegepast, maar waarvan de plaats ten opzichte van andere bestaande behandelingen nog onvoldoende duidelijk is. Internationale reeksen laten veelbelovende resultaten zien: 65 tot 93% van de patiënten verbeterde klinisch, pijnscores daalden substantieel en de mediane tijd tot herbehandeling was 8 tot 12 maanden. Er werden weinig bijwerkingen gerapporteerd.

Het is daarom relevant om te onderzoeken of endoscopische behandeling met triamcinolon leidt tot een betere of minimaal gelijke klachtenreductie en kwaliteit van leven en tot betere mucosale genezing dan andere bestaande behandelingen, zoals fulguratie, resectie of hydrodistentie. Vergelijkend onderzoek kan meer duidelijkheid geven over de effectiviteit, veiligheid en duurzaamheid van deze behandelopties. Daarbij staan patiënt gerelateerde uitkomsten, zoals klachtenlast, kwaliteit van leven en de duur van het behandeleffect, centraal. Hoewel de patiëntengroep relatief beperkt is, kunnen de hoge ziektelast en de belasting van langdurige en herhaalde behandeling de potentiële impact van betere behandelkeuzes groot maken.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten:
Chronische bekkenpijn
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag werd ingediend door WEFURU in de volgende formulering: Bij volwassenen met inflammatoire blaasswandafwijkingen (o.a. Hunner-laesies): leidt endoscopische intravesicale triamcinoloninjectie tot betere klachtenreductie, kwaliteit van leven, mucosale genezing en duurzaam effect dan standaardbehandelingen (fulguratie/resectie, hydrodistensie of symptomatische/instillatie-therapie), bij acceptabele veiligheid?

Leidt Patient-Centered Care, inclusief shared decision making en fenotypering, tot betere uitkomsten dan het huidige stepped-care model bij volwassenen met refractaire idiopathische overactieve blaas (OAB) / urge-urine-incontinentie (UUI)?

Refractaire overactieve blaas heeft grote impact op kwaliteit van leven. Patiënten hebben last van urgency, urge-incontinentie, slaapproblemen en beperkte participatie (Linde, 2017; Qudah, 2023). Wanneer leefstijlinterventies, bekkenfysiotherapie en medicatie onvoldoende helpen, zijn er drie aanvullende behandelopties beschikbaar: neuromodulatie (PTNS of SNM) en intravesicale botulinetoxine (BoNT-A). Deze kennisvraag richt zich op patiënten die voor een van deze behandelopties in aanmerking komen. Alle drie zijn effectief, maar ze verschillen sterk in bijwerkingenprofiel en kosten (Amundsen, 2016; Cameron, 2024; Harvie, 2020). Richtlijnen geven geen voorkeur aan één van deze opties (Cameron, 2024; Harvie, 2020).

Binnen het huidige stepped-care model worden deze behandelopties stapsgewijs ingezet. De keuze wordt in de praktijk bepaald door lokale expertise, beschikbaarheid en patiëntenvoorkeur, terwijl nog onvoldoende duidelijk is welke patiëntkenmerken kunnen voorspellen welke behandeling het meest effectief is. Shared decision making kan helpen om de behandelkeuze beter te laten aansluiten bij wat de patiënt belangrijk vindt. De toepassing ervan in de OAB-setting is echter beperkt en de effectiviteit is niet aangetoond (Paudel, 2022; Sitto, 2024). Fenotypering, het gebruik van klinische of urodynamische kenmerken om behandelrespons te voorspellen, biedt een aanvullende mogelijkheid om behandeling gerichter in te zetten. Ook hier ontbreekt robuust bewijs (Abrar, 2020; Wyndaele, 2025).

Het is onbekend of een patient-centered aanpak, waarin shared decision making en fenotypering worden gebruikt om de keuze tussen PTNS, SNM en BoNT-A beter af te stemmen op de individuele patiënt, leidt tot snellere respons, betere uitkomsten en lagere kosten dan de huidige stepped-care aanpak. De prevalentie van OAB neemt sterk toe met de leeftijd en stijgt verder door de vergrijzing (Coyne, 2011; Puckrein, 2019). Daarmee gaat het om een grote en groeiende groep patiënten en is de potentiële winst van een betere behandelstrategie aanzienlijk.

De literatuur bevat vergelijkende studies tussen de afzonderlijke behandelopties, met name de ROSETTA-trial (SNM versus BoNT-A) (Amundsen, 2016; Harvie, 2020), en studies naar predictoren voor behandelrespons (Abrar, 2020; Wyndaele, 2025). Een directe vergelijking van een patient-centered strategie met fenotypering of shared decision making versus stepped care ontbreekt. In de trialregisters zijn geen lopende RCT's gevonden die deze vergelijking als primaire onderzoeksvraag adresseren. De kennisvraag is daarmee onbeantwoord.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten:
Urine-incontinentie (UI) 2e en 3e lijnszorg
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag werd ingediend door WEFURU in de volgende formulering: Leidt Patient-Centered Care (shared decision making + fenotypering) tot snellere klinische respons, betere kwaliteit van leven en hogere kosteneffectiviteit dan Stepped Care (PTNS ➜ BoNT-A ➜ SNM) bij volwassenen met refractaire idiopathische OAB/ UUI?

Wat is de (kosten)effectiviteit en duurzaamheid van zorgpaden met bekkenfysiotherapie vergeleken met zorgpaden waarin vroeg tot chirurgische behandeling wordt overgegaan bij vrouwen met primaire stress urine-incontinentie?

Urine-incontinentie komt veel voor bij vrouwen in Nederland. Afhankelijk van de leeftijd en gehanteerde definitie varieert de prevalentie van ongeveer 25% tot ruim 57%. Bij vrouwen jonger dan 65 jaar met urine-incontinentie heeft ongeveer 60% stressincontinentie.

Voor vrouwen met primaire stress urine-incontinentie zijn bekkenfysiotherapie (BFT) en chirurgie mogelijke behandelingen. BFT is minder invasief en kent weinig bijwerkingen, maar leidt niet bij alle vrouwen tot voldoende verbetering. Een deel van de vrouwen kiest na BFT alsnog voor een operatie. Chirurgie geeft gemiddeld sneller en meer vermindering van klachten, maar is invasiever en brengt operatieve risico's met zich mee. Het is daarom belangrijk om beter te kunnen voorspellen welke behandeling voor welke vrouw het meest passend is. Dit ondersteunt samen beslissen en kan onnodige behandeling en zorggebruik voorkomen.

De PORTRET-studie heeft BFT vergeleken met directe chirurgische behandeling. Aanvullende analyses van deze studie geven aanwijzingen dat patiëntkenmerken kunnen helpen bij de behandelkeuze. Zo is een predictiemodel ontwikkeld voor de kans dat vrouwen na BFT alsnog voor chirurgie kiezen, gebaseerd op leeftijd, opleidingsniveau en ernst van de klachten (Labrie et al., 2015). Daarnaast laat een kosteneffectiviteitsanalyse zien dat de kosteneffectiviteit van BFT sterk samenhangt met het percentage vrouwen dat alsnog wordt geopereerd. Deze analyse had echter een follow-up van slechts 12 maanden en het predictiemodel is nog niet extern gevalideerd. Een belangrijke beperking van

PORTRET is bovendien dat bij de selectie voor BFT geen rekening is gehouden met het klinische oordeel van de bekkenfysiotherapeut. In de dagelijkse praktijk beoordeelt de bekkenfysiotherapeut mede op basis van het bekkenbodemfunctieonderzoek of een vrouw naar verwachting baat heeft bij BFT. Mogelijk zijn daardoor in PORTRET ook vrouwen met BFT behandeld die daarvoor minder geschikt waren. Hierdoor kan het effect van BFT bij vrouwen die hiervoor wél geschikt zijn, zijn onderschat.

Er is daarom onvoldoende bekend over welke patiëntkenmerken en bevindingen bij bekkenbodemfunctieonderzoek voorspellen welke vrouwen voldoende baat hebben bij BFT en welke vrouwen beter direct voor chirurgie kunnen kiezen. Meer inzicht hierin kan leiden tot een beter onderbouwde, persoonsgerichte behandelkeuze en kan voorkomen dat vrouwen een behandeling ondergaan die onvoldoende effect heeft. Om deze kennisvraag te beantwoorden, kunnen vrouwen met primaire stressincontinentie prospectief worden gevolgd. Voorafgaand aan de behandeling kunnen patiëntkenmerken en de bevindingen van een gestandaardiseerd bekkenbodemfunctieonderzoek worden vastgelegd. Vervolgens kan worden onderzocht welke kenmerken samenhangen met het behandelresultaat, waaronder ervaren verbetering en eventuele overgang van BFT naar chirurgie. Daarbij kan ook de kosteneffectiviteit van verschillende behandelstrategieën worden onderzocht.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten:
Urine-incontinentie (UI) 2e en 3e lijnszorg
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag werd ingediend door een NVU-lid in de volgende formulering: Wat is de (kosten)effectiviteit en duurzaamheid van zorgpaden met eerstelijnsinterventies (zoals bekkenfysiotherapie, keuze-hulp-app en leefstijlinterventies) vergeleken met zorgpaden waarin vroeg tot chirurgische behandeling wordt overgegaan bij vrouwen met primaire stress urine-incontinentie?

Wat is de effectiviteit van blaasspoelingen met antiseptische of antimicrobiële middelen ten opzichte van intraveneuze antibiotica bij patiënten met een symptomatische lagere urineweginfectie voor wie vanwege multiresistentie en/of allergie geen orale behandelopties beschikbaar zijn?

Behandeling van cystitiden veroorzaakt door multiresistente bacteriën dan wel bij een gebrek aan orale behandelopties door allergieën, vindt momenteel vaak plaats met intraveneuze antibiotica wanneer de symptomen van de cystitis onoverkomelijk zijn. Dit leidt regelmatig tot opname van een klinisch niet zieke patiënt. Soms is plaatsing van een PICC-lijn nodig om de intraveneuze behandeling in de thuissituatie voort te zetten. Dit brengt een aanzienlijke behandelbelasting voor patiënten met zich mee, gaat gepaard met hoge zorgkosten en heeft vaak slechts een tijdelijk effect op de infectielast en kwaliteit van leven.

Om zinnige zorg te leveren, zorgkosten te reduceren en patiëntgerelateerde uitkomsten te verbeteren, is het van belang de effectiviteit en veiligheid te onderzoeken van poliklinische behandeling met blaasspoelingen met antiseptische of antimicrobiële middelen als alternatief voor intraveneuze behandeling met antibiotica. Blaasspoelingen kunnen mogelijk bijdragen aan vermindering van de infectielast, behandelbelasting en het antibioticagebruik. Daarnaast kan poliklinische behandeling ziekenhuisopnames voorkomen en daarmee bijdragen aan het leveren van passende zorg op de juiste plek. Dit is met name relevant voor patiëntengroepen met een verhoogd risico op recidiverende urineweginfecties, zoals mensen met een dwarslaesie.

Gezien de landelijke toename van resistente bacteriën bij urineweginfecties (Bron: NethMap, Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands One Health 2025), is de verwachting dat het probleem van het ontbreken van effectieve orale behandelopties bij klinisch niet zieke patiënten verder zal toenemen. Om het gebruik van intraveneuze en reserve-antimicrobiële middelen zoveel mogelijk te beperken tot de behandeling van systemische urineweginfecties en daarmee behandelopties voor de toekomst te behouden, is onderzoek naar alternatieve behandelstrategieën van groot belang.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten:
Urineweginfecties (UWI) bij volwassenen
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag komt uit de richtlijn Urineweginfecties (UWI) bij volwassenen en werd daar als volgt geformuleerd: Wat is het effect van profylactische blaasspoelingen met antiseptische of antimicrobiële middelen vergeleken met intraveneuze antibiotica op het voorkomen van infecties, het aantal infecties door resistente verwekkers, kwaliteit van leven en bijwerkingen bij patiënten (mannen en vrouwen) met acute cystitis bij wie geen orale behandelopties meer beschikbaar zijn door multiresistentie en/of allergie?

Wat is de optimale primaire behandeling van patiënten met miN1-prostaatcarcinoom, vastgesteld met PSMA-PET/CT?

Patiënten met een locoregionaal lymfogeen gemetastaseerd prostaatcarcinoom worden op uiteenlopende wijze gediagnosticeerd en behandeld. Er is geen eenduidig bewijs of richtlijnaanbeveling over hoe deze patiënten te diagnosticeren en/of te behandelen. Het effect van behandeling van locoregionale lymfkliermetastasen (N1) op onder andere radiologische progressievrije overleving is onduidelijk. Dit effect is waarschijnlijk afhankelijk van de uitgebreidheid van de ziekte (aantal lymfkliermetastasen), de manier waarop het N-stadium en het aantal positieve klieren worden vastgesteld en de gekozen behandeling (chirurgie, radiotherapie, hormonale behandeling of combinaties daarvan).

Er zijn geen studies beschikbaar bij de gedefinieerde patiëntpopulatie waarbij voor de stadiëring gebruik is gemaakt van PSMA-PET/CT. De richtlijn Prostaatcarcinoom beveelt PSMA-PET/CT wel aan voor de stadiëring van prostaatcarcinoom. Hierdoor bestaat onzekerheid over de toepasbaarheid van het beschikbare bewijs op patiënten bij wie de lymfkliermetastasen met PSMA-PET/CT zijn vastgesteld. De richtlijn adviseert het miN1-prostaatcarcinoom als beperkt lymfogeen gemetastaseerd te beschouwen indien er maximaal vier locoregionale klieren (onder de iliacaalbifurcatie) positief zijn. Deze definitie is gebaseerd op expert opinion en weerspiegelt de huidige klinische werkwijze. In het algemeen is de bewijslast voor de beste behandeling bij patiënten met een beperkt locoregionaal lymfogeen gemetastaseerd prostaatcarcinoom zeer laag. Ondanks het ontbreken van overtuigend bewijs is er een duidelijke trend zichtbaar dat de klinische uitkomsten verbeteren door de interventie.

Er kan lokale therapie in combinatie met een behandeling van de lymfklieren worden overwogen zonder dat met zekerheid is vastgesteld wat het effect is op relevante uitkomstmaten. Er lijkt wel sprake van een consistente trend dat lokale therapie, al dan niet in combinatie met ADT, betere uitkomsten geeft dan ADT alleen of watchful waiting. Belangrijk is daarbij dat de kans op genezing in deze setting beperkt lijkt. Op basis van de beschikbare literatuur kan geen voorkeur worden uitgesproken voor chirurgische of radiotherapeutische therapie in deze populatie. In het geval van radiotherapie dient dit gecombineerd te worden met bekkenbestraling en (neo-)adjuvante ADT (duur: minstens 18 maanden). Wanneer gekozen wordt voor radicale prostatectomie, dient dit gecombineerd te worden met een pelviene lymfklierdissectie. Na pathologische bevestiging van de lymfkliermetastasen kan adjuvante ADT (duur: onbekend) na radicale prostatectomie worden overwogen.

Gezien de beperkte bewijslast en de variatie in de huidige behandelpraktijk bestaat onzekerheid over welke behandelstrategie voor deze patiëntengroep het meeste voordeel biedt. Behandelkeuzes hebben directe gevolgen voor overleving, kwaliteit van leven en behandelbelasting, onder meer door de impact van chirurgie, radiotherapie en langdurige hormonale therapie op het dagelijks functioneren van patiënten. Daarnaast is meer duidelijkheid nodig over de veiligheid en effectiviteit van een afwachtend beleid ten opzichte van actieve behandeling. Er bestaat hierdoor risico op zowel onder- als overbehandeling. Vergelijkende, bij voorkeur gerandomiseerde, studies zijn daarom noodzakelijk om de optimale balans tussen tumorcontrole, overleving en behoud van kwaliteit van leven vast te stellen en zo passende zorg en beter onderbouwde besluitvorming te ondersteunen.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten: prostaatcarcinoom
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag komt uit de richtlijn Prostaatcarcinoom en werd daar als volgt geformuleerd: Wat is de meerwaarde van in opzet curatieve locoregionale therapie (radicale prostatectomie met lymfeklierdissectie of radiotherapie op prostaat en bekkenklieren in combinatie met ADT) ten opzichte van watchful waiting of ADT alleen bij patiënten met een miN1 prostaatcarcinoom?

Kan het follow-upschema bij patiënten met een intermediair- of hoogrisico niercelcarcinoom veilig worden verminderd?

In 2026 is het 'Less is More'-project KILI-RCC gestart. Vanaf januari 2027 is de richtlijn aangepast en wordt het aantal follow-up CT-scans voor patiënten met een laag-risico niercelcarcinoom (gebaseerd op de Leibovich-score) met 50% verminderd, omdat deze routinematige controles in de praktijk weinig tot niets toevoegen. Bij patiënten met een intermediair- of hoog-risico niercelcarcinoom ligt de-escalatie van de nazorg complexer. Vanwege een aanzienlijk risico op een recidief worden zij langdurig gevolgd met frequente CT-scans en poliklinische controles. De huidige follow-upschema's voor deze groepen zijn echter grotendeels gebaseerd op consensus en risicomodellen, terwijl de werkelijke meerwaarde van zulke intensieve en langdurige beeldvorming voor de klinische uitkomsten beperkt wetenschappelijk onderbouwd is. Bovendien leidt de vroege detectie van een recidief niet altijd direct tot een behandeling, en wordt een deel van de recidieven tussen de geplande controles door ontdekt op basis van symptomen.

De kennisvraag of follow up onderzoeken bij intermediair- en hoog risico niercelcarcinoom kan worden verminderd is relevant vanwege de hoge zorgbelasting, de aanzienlijke kosten van beeldvorming en de impact van langdurige follow-up op patiënten. Hoewel controles kunnen bijdragen aan een gevoel van veiligheid en controle, veroorzaken zij ook onzekerheid, belasting en blootstelling aan herhaalde beeldvorming. Inzicht in de balans tussen tijdige detectie van recidief, oncologische veiligheid, kwaliteit van leven en zorgbelasting is noodzakelijk om te bepalen of een meer symptoom- en bloedwaardengestuurde follow-upstrategie veilig en verantwoord kan worden toegepast. Een minder intensieve en mogelijk ook minder lange follow-up kan mogelijk leiden tot efficiëntere zorg, lagere kosten en minder belasting voor patiënten, zonder verlies van kwaliteit of veiligheid van zorg.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten: niercelcarcinoom

Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag werd geformuleerd op basis van twee kennisvragen uit de richtlijn Niercelcarcinoom:

- Leidt een risicogroep-gebaseerd, minder intensief en mogelijk ook minder lang follow-upschema tot vergelijkbare kwaliteit van zorg en overleving, maar met lagere kosten, vergeleken met het huidige EAU-follow-upschema bij patiënten met niercelcarcinoom?
- Wat zijn de effecten van een risicogroep-gebaseerd, minder intensief follow-upschema ten opzichte van het EAU-follow-upschema bij patiënten met niercelcarcinoom op overleving (OSS/CSS), kenmerken van metastasen, aanwezigheid van symptomen bij diagnose, toegepaste behandeling, kwaliteit van leven, ervaren stress en zorgkosten?

Wat is de plaats van salvage-radiotherapie van de prostaatloge bij patiënten met een biochemisch recidief na radicale prostatectomie?

Bij ongeveer 30% van de patiënten die vanwege een biochemisch recidief na radicale prostatectomie salvage radiotherapie op de prostaatloge ondergaan, leidt deze behandeling niet tot een blijvend onmeetbaar PSA. Salvage radiotherapie kan daarnaast toxiciteit veroorzaken en de functionele uitkomsten na radicale prostatectomie op het gebied van urinecontinentie en seksualiteit nadelig beïnvloeden. Hierdoor kan de behandeling aanzienlijke gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven en behandelbelasting van patiënten.

De huidige richtlijnen adviseren bij patiënten met een biochemisch recidief zonder aanwijzingen voor metastasen doorgaans vroege salvage radiotherapie op de prostaatloge op geleide van de PSA-stijging. Alleen bij patiënten met een biochemisch recidief met een laag risico wordt actieve monitoring geadviseerd. Het is echter onvoldoende duidelijk welke patiënten daadwerkelijk baat hebben bij salvage radiotherapie. Gezien de mogelijke bijwerkingen van bestraling is meer inzicht nodig in de optimale indicatiestelling en in de balans tussen tijdige behandeling en het voorkomen van onnodige behandeling.

Een nauwkeurigere selectie van patiënten kan mogelijk bijdragen aan een gerichtere inzet van salvage radiotherapie. Daarmee kunnen onnodige behandeling, toxiciteit en kosten worden verminderd en wordt mogelijk minder beslag gelegd op de beschikbare zorgcapaciteit. Tegelijkertijd is het van belang dat patiënten die baat kunnen hebben bij salvage radiotherapie deze behandeling tijdig krijgen. Meer kennis over de optimale indicatiestelling kan daarmee bijdragen aan

passende zorg en het voorkomen van overbehandeling, zonder patiënten een potentieel effectieve behandeling te onthouden.

Mogelijke PICO voor een vergelijkende studie

- Patiënten: patiënten met een biochemisch recidief na radicale prostatectomie (RALP).
- Interventie: patiënten met een biochemisch recidief zonder aanwijzingen voor metastasen krijgen alleen salvage radiotherapie op de prostaatloge als op PSMA-PET/CT een lokaal recidief is aangetoond. Bij afwezigheid van een lokaal recidief volgt actieve monitoring met sequentiële PSMA-PET/CT-beeldvorming.
- Vergelijking: patiënten met een biochemisch recidief zonder aanwijzingen voor metastasen krijgen salvage radiotherapie op de prostaatloge, ongeacht of op PSMA-PET/CT een lokaal recidief zichtbaar is.
- Uitkomsten: kosten, toxiciteit, bereiken van een onmeetbaar PSA na salvage radiotherapie, secundaire biochemisch-recidiefvrije overleving, metastasevrije overleving, prostaatkanker specifieke overleving, algehele overleving en kwaliteit van leven.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten:
prostaatcarcinoom
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag komt uit de richtlijn Prostaatcarcinoom en werd daar als volgt geformuleerd: Wat is de plaats van salvage lokale therapie na radiotherapie of salvage radiotherapie na radicale prostatectomie bij prostaatkankerpatiënten met lokaal (biochemisch) recidief?

Wat is de toegevoegde waarde van resectie van de primaire tumor na respons op immunotherapie bij gemetastaseerd niercelcarcinoom?

De introductie van immuuncheckpointremmers heeft de behandeling van gemetastaseerd niercelcarcinoom (mRCC) ingrijpend veranderd. Hierdoor is de rol van cytoreductieve nefrectomie (CN) verschoven van een standaardbehandeling naar een selectieve interventie bij zorgvuldig geselecteerde patiënten (Bex, 2025). De toegevoegde waarde en optimale timing van CN zijn eerder onderzocht bij patiënten die niet met immunotherapie werden behandeld. Studies zoals CARMENA (Méjean, 2018) en SURTIME (Bex, 2019) stelden daarbij de noodzaak van onmiddellijke nefrectomie ter discussie. Door de introductie van immunotherapie is opnieuw de vraag ontstaan welke plaats CN heeft, in het bijzonder als uitgestelde behandeling na een gunstige respons op immunotherapie.

Uitgestelde CN kan bijdragen aan verdere reductie van de tumorlast door verwijdering van residuele ziekte in de nier. Retrospectieve studies suggereren dat patiënten met een goede performance status, beperkte metastatische ziekte en een duurzame respons op immunotherapie mogelijk profiteren van chirurgische verwijdering van de primaire tumor, met verbeteringen in progressievrije en algehele overleving.

Het beschikbare bewijs is echter voornamelijk gebaseerd op retrospectieve analyses en kent daardoor een aanzienlijke kans op selectiebias. Patiënten die voor chirurgie worden geselecteerd, hebben vaak gunstigere prognostische kenmerken. Hierdoor is het moeilijk om het onafhankelijke effect van nefrectomie vast te stellen. Bovendien gaat chirurgie gepaard met (peri)operatieve risico's, herstelbelasting en mogelijke negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven. Prospectieve gerandomiseerde studies ontbreken vooralsnog. Het is daarom niet duidelijk in hoeverre bevindingen uit eerdere studies naar CN bij patiënten die niet met immunotherapie werden behandeld, toepasbaar zijn op de huidige patiëntpopulatie. Op basis van de huidige literatuur lijkt uitgestelde CN een mogelijke behandelingsoptie voor een geselecteerde groep patiënten met mRCC die goed reageren op immunotherapie, maar de plaats hiervan binnen de behandeling van gemetastaseerd niercelcarcinoom is niet duidelijk. Prospectief onderzoek is nodig om de toegevoegde waarde van uitgestelde CN en de invloed daarvan op onder meer overleving en kwaliteit van leven vast te stellen. Deze kennis kan bijdragen aan beter onderbouwde gezamenlijke besluitvorming.

Relevante richtlijn voor duiding van onderzoeksresultaten:
niercelcarcinoom
Oorsprong van de kennisvraag: Deze kennisvraag werd ingediend door WOU-nier in de volgende formulering: Wat is de bijdrage van resectie van de primaire tumor na immunotherapie voor gemetastaseerd niercelcarcinoom?



05 Implementatie en opvolging van de kennisagenda

4.1 Regie op de kennisagenda

Met het vaststellen van de kennisagenda eindigt het proces niet. De kennisagenda vormt het startpunt van de kennis-kwaliteitscyclus, waarin kennisvragen leiden tot zorgevaluatieonderzoek en de onderzoeksresultaten waar nodig worden vertaald naar richtlijnen en geïmplementeerd worden in de dagelijkse praktijk. Door deze cyclus structureel te doorlopen, draagt de kennisagenda bij aan de verdere verbetering van de kwaliteit, doelmatigheid en toekomstbestendigheid van de urologische zorg.

De NVU is eigenaar van de kennisagenda en voert regie op de uitvoering ervan. De Commissie Dutch Urologic Research Organisation (DURO) bewaakt de voortgang van de geprioriteerde kennisvragen en stimuleert samenwerking tussen onderzoekers en werkgroepen. De Commissie Kwaliteit bevordert de vertaling van onderzoeksresultaten naar richtlijnen en de dagelijkse praktijk.

4.2 Uitwerking van de kennisvragen

Voor de geprioriteerde kennisvragen worden onderzoeksvoorstellen ontwikkeld die aansluiten bij de uitgangspunten van zorgevaluatie. Daarbij staat het uitvoeren van kwalitatief hoogwaardig onderzoek binnen een representatieve patiëntenpopulatie centraal. Samenwerking tussen verschillende centra draagt bij aan de kwaliteit van het onderzoek, vergroot de inclusie van patiënten en bevordert een snelle implementatie van de onderzoeksresultaten.

De Commissie DURO vervult hierbij een coördinerende en indien gewenst faciliterende rol. Onderzoekers worden gestimuleerd om onderzoeksinitiatieven tijdig af te stemmen met de commissie, zodat samenwerking kan worden bevorderd en onnodige overlap tussen onderzoeksvoorstellen wordt voorkomen.

Patiëntenorganisaties blijven ook tijdens de verdere uitwerking van de kennisvragen betrokken. Hun inbreng draagt bij aan onderzoek dat beter aansluit bij de behoeften en ervaringen van patiënten en vergroot de maatschappelijke relevantie en toepasbaarheid van de onderzoeksresultaten.

4.3 Financiering

Voor de uitvoering van de geprioriteerde kennisvragen zijn verschillende subsidiemogelijkheden beschikbaar. De belangrijkste subsidiebron voor medisch-specialistische zorgevaluatie is de doorlopende subsidieronde van Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG). Deze subsidieronde is specifiek bedoeld voor kennisvragen die zijn geprioriteerd op kennisagenda's van wetenschappelijke verenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten. Aanvragen binnen deze subsidieronde worden door de NVU ingediend en de NVU ontvangt de subsidie die gebruikt wordt voor het onderzoek. Omdat er soms voorbereidend werk nodig is voor een subsidieaanvraag ingediend kan worden, stelt de NVU twee tickets per jaar beschikbaar van elk €10.000,-. Dit bedrag kan uitgegeven worden aan het voorbereidende werk met als doel de subsidiekansen te vergroten, zoals bijvoorbeeld een literatuuronderzoek of snapshot-studie. Om hiervoor in aanmerking te komen kunnen onderzoekers zich melden bij de DURO via de Coördinator W&I (onderzoekscoordinator@nvu.nl).

Afhankelijk van de aard van de kennisvraag kunnen ook andere subsidieregelingen worden benut, zoals MedZO, het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG), thematische subsidierondes binnen het ZonMw Kaderprogramma Passende Zorg en relevante gezondheidsfondsen. De NVU stimuleert onderzoekers om subsidieaanvragen af te stemmen met de Commissie DURO, zodat onderzoeksinitiatieven aansluiten bij de geprioriteerde kennisvragen uit de kennisagenda.

4.4 Vertaling naar richtlijnen en implementatie

Het uiteindelijke doel van zorgevaluatie is het verbeteren van de dagelijkse patiëntenzorg. Onderzoeksresultaten worden daarom na afronding geduid in relevante richtlijnen. Wanneer resultaten aanleiding geven tot aanpassing van aanbevelingen, worden deze meegenomen in de herziening van de betreffende richtlijnmodule. Dankzij het modulaire onderhoud van richtlijnen kunnen nieuwe inzichten relatief snel worden verwerkt.

Implementatie van nieuwe kennis vindt vervolgens plaats via richtlijnen, onderwijs, nascholing, wetenschappelijke bijeenkomsten en de communicatiekanalen van de NVU. Daarnaast kunnen, waar passend, kwaliteitsindicatoren, spiegelinformatie en kwaliteitsvisitaties worden ingezet om de toepassing van nieuwe aanbevelingen in de praktijk te ondersteunen.

4.5 Monitoring en actualisatie

De kennisagenda is een dynamisch document en wordt periodiek geëvalueerd. De Commissie DURO monitort jaarlijks de voortgang van de geprioriteerde kennisvragen. Daarbij wordt onder meer gevolgd:

- Welke kennisvragen zijn uitgewerkt tot onderzoeksvoorstellen;
- Welke zorgevaluatieonderzoeken zijn gestart of afgerond;
- Wat de status is van lopende zorgevaluatieonderzoeken;
- Welke onderzoeksresultaten zijn verwerkt in richtlijnen;
- Welke kennisvragen zijn beantwoord;
- Welke nieuwe kennisvragen uit de zorgevaluatieonderzoeken zijn ontstaan.

Op basis van deze evaluatie wordt de kennisagenda periodiek geactualiseerd. Zo blijft de kennisagenda aansluiten bij actuele ontwikkelingen binnen de urologie en behoudt zij haar functie als sturend instrument voor kennisontwikkeling en zorgevaluatie.



06 Bijlagen

Bijlage 1

Richtlijnen

- Behandeling Voorhuidpathologie
- Beleid rondom spoedoperaties
- Chronische bekkenpijn
- Chronische buikpijn
- COVID-19
- Diagnostiek en behandeling van bijniertumoren
- Eenduidige en accurate laboratoriumdiagnostiek bij Hematurie
- Generieke richtlijnmodule gepast opioïdengebruik
- Hematurie
- Leidraad duurzaamheid in richtlijnen
- Lichen sclerosus
- Luchtbehandeling in operatiekamers en behandelkamers
- Minimaal invasieve chirurgie (MIC)
- Niercelcarcinoom
- Nierstenen
- Obstructieve azoöspermie
- Perioperatief proces
- Perioperatief traject
- Preconceptioneel advies bij AGS
- Prostaatcarcinoom
- Radiologische diagnostiek bij acute trauma-opvang van kinderen
- Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
- Sepsis
- Urine-incontinentie bij vrouwen
- Urine-incontinentie in de 2e- en 3e-lijnszorg
- Urineweginfecties (UW) bij kinderen
- Urineweginfecties (UWI) bij volwassenen

Bijlage 2

Patiëntorganisaties en overige belanghebbenden

Deze patiëntorganisaties en overige belanghebbenden zijn benaderd voor het inventariseren van kennisvragen en zijn uitgenodigd voor de prioriteringsbijeenkomst.

a) Deze organisaties hebben onderwerpen aangeleverd.
b) Deze organisaties waren aanwezig tijdens de prioriteringsbijeenkomst.

Patiëntenverenigingen

1. Patiëntenfederatie Nederland [b]
2. Bekkenbodem4all [b]
3. Sepsis en daarna [b]
4. VSOP
5. Stichting Lichen Sclerosus [a]
6. Stichting Kind en Zorg [a]
7. Stichting Zaadbalkanker
8. Dwarslaesieorganisatie NL [a, b]
9. Interstitiële cystitis patiëntenvereniging [b]
10. Leven met Blaas- en Nierkanker [a]
11. MS Vereniging [a]
12. Nederlandse Stomavereniging
13. Patiëntenvereniging voor neuromodulatie
14. Prostaatkankerstichting [b]
15. Niervereniging Nederland [a]

Stakeholders

1. Huisartsen (NHG) [a]
2. NFU
3. V&VN
4. VWS
5. ZKN

Aanpalende wetenschappelijke verenigingen

n.v.t.

Bijlage 3

Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland

Patiëntenfederatie Nederland
samen de zorg beter maken

Nederlandse Vereniging voor Urologie

Datum 1 oktober 2026
Onderwerp **Kennisagenda van de NVU**

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor urologie,

Middels deze brief geven wij aan dat de kennisagenda van de NVU met inbreng van patiënten(organisaties) tot stand is gekomen.

De geprioriteerde thema's worden zowel door de specialisten als patiënten onderkend als belangrijke kennishiaten.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,



Mw. Amber van den Borne
Adviseur patiëntbelang

Bijlage 4

Referenties

Abrar M, Pindoria N, Malde S, Chancellor M, DeRidder D, Sahai A. Predictors of Poor Response and Adverse Events Following Botulinum Toxin A for Refractory Idiopathic Overactive Bladder: A Systematic Review. Eur Urol Focus. 2021 Nov;7(6):1448-1467. doi: 10.1016/j.euf.2020.06.013. Epub 2020 Jun 29. PMID: 32616412.

Amundsen CL, Richter HE, Menefee S, Vasavada S, Rahn DD, Kenton K, Harvie HS, Wallace D, Meikle S. The Refractory Overactive Bladder: Sacral NEuromodulation vs. BoTulinum Toxin Assessment: ROSETTA trial. Contemp Clin Trials. 2014 Mar;37(2):272-83. doi: 10.1016/j.cct.2014.01.009. Epub 2014 Jan 30. PMID: 24486637; PMCID: PMC3989885.

Bex A, Ghanem YA, Albiges L, Bonn S, Campi R, Capitanio U, Dabestani S, Hora M, Klatte T, Kuusk T, Lund L, Marconi L, Palumbo C, Pignot G, Powles T, Schouten N, Tran M, Volpe A, Bedke J. European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2025 Update. Eur Urol. 2025 Jun;87(6):683-696.

Bex A, Peter Mulders , Michael Jewett John Wagstaff , Johannes V van Thienen , Christian U Blank, Roland van Velthoven , Maria Del Pilar Laguna , Lori Wood , Harm H E van Melick , Maureen J Aarts , J B Lattouf , Thomas Powles, Igle Jan de Jong Md PhD , Sylvie Rottey , Bertrand Tombal 14, Sandrine Marreaud, Sandra Collette, Laurence Collette John Haanen. Comparison of Immediate vs Deferred Cytoreductive Nephrectomy in Patients With Synchronous Metastatic Renal Cell Carcinoma Receiving Sunitinib: The SURTIME Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2019 Feb 1;5(2):164-170doi: 10.1001/jamaoncol.2018.5543

Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, Enemchukwu E, Ginsberg DA, Helfand BT, Linder BJ, Reynolds WS, Rovner ES, Souter L, Suskind AM, Takacs E, Welk B, Smith AL. The AUA/SUFU guideline on the diagnosis and treatment of idiopathic overactive bladder. Neurourol Urodyn. 2024 Nov;43(8):1742-1752. doi: 10.1002/nau.25532. Epub 2024 Jul 15. PMID: 39010271.

Coyne KS, Sexton CC, Vats V, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. Urology. 2011 May;77(5):1081-7. doi: 10.1016/j.urology.2010.08.039. Epub 2011 Jan 22. PMID: 21256571.

Harvie HS, Amundsen CL, Neuwahl SJ, Honeycutt AA, Lukacz ES, Sung VW, Rogers RG, Ellington D, Ferrando CA, Chermansky CJ, Mazloomdoost D, Thomas S. Cost-Effectiveness of Sacral Neuromodulation versus OnabotulinumtoxinA for Refractory Urgency Urinary Incontinence: Results of the ROSETTA Randomized Trial. J Urol. 2020 May;203(5):969-977. doi: 10.1097/JU.0000000000000656. Epub 2019 Nov 18. PMID: 31738113; PMCID: PMC7204548.

Linde JM, Nijman RJM, Trzpis M, Broens PMA. Urinary incontinence in the Netherlands: Prevalence and associated risk factors in adults. Neurourol Urodyn. 2017 Aug;36(6):1519-1528.

Méjean A, Ravaud A, Thezenas S, Colas S, Beauval JB, Bensalah K, Geoffrois L, Thiery-Vuillemin A, Cormier L, Lang H, Guy L, Gravis G, Rolland F, Linassier C, Lechevallier E, Beisland C, Aitchison M, Oudard S, Patard JJ, Theodore C, Chevreau C, Laguerre B, Hubert J, Gross-Goupil M, Bernhard JC, Albiges L, Timsit MO, Lebret T, Escudier B. Sunitinib Alone or after Nephrectomy in Metastatic Renal-Cell Carcinoma. N Engl J Med. 2018 Aug 2;379(5):417-427.

Paudel R, Lane GI. Delivering patient-centered care through shared decision making in overactive bladder. Neurourol Urodyn. 2022 Apr;41(4):884-893. doi: 10.1002/nau.24915. Epub 2022 Mar 25. PMID: 35332575; PMCID: PMC9169772.

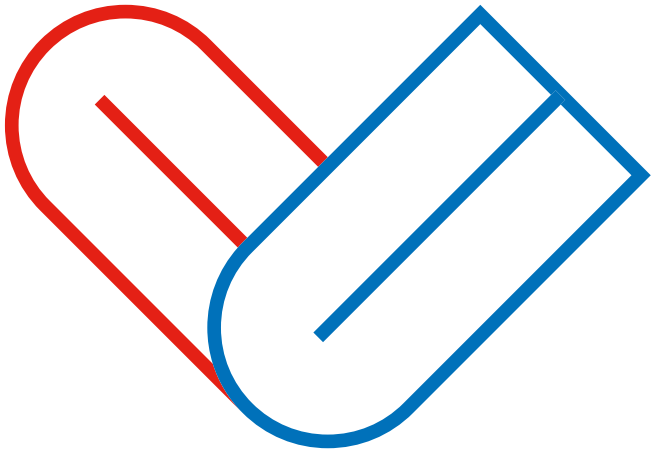
Puckrein G, Walker D, Xu L, Congdon P, Gooch K. The Prevalence and Forecast Prevalence of Overactive Bladder in the Medicare Population. Clinical Medicine Insights: Urology. 2019;12.

Qudah S, Abufaraj M, Farah R, Almazeedi A, Ababneh A, Alnabulsi M, Qatawneh A, Hyassat D, Ajlouni K. The prevalence of overactive bladder and its impact on the quality of life: A cross-sectional study. Arab J Urol. 2023 Jun 10;22(1):39-47.

Sitto HM, Brodsky CN, Wittmann D, Wallner LP, Streur C, DeJonckheere M, Stoffel JS, Cameron AP, Sarma A, Quentin Clemens J, Ippolito GM. Patient and physician decision-making dynamics in overactive bladder care: A mixed methods study. Neurourol Urodyn. 2024 Mar;43(3):565-573. doi: 10.1002/nau.25416. Epub 2024 Feb 9. PMID: 38334205; PMCID: PMC11054369.

Wyndaele M, Samarinas M, Apostolidis A, Ochoa DC, Mosiello G, Schurch B, Tyagi P, Wein A, Abrams P, Speich JE. Phenotyping Overactive Bladder - Part 2: Can Management be Improved by Phenotyping, and Targeting Therapy According to Urgency Type and Other Characteristics? ICI-RS 2025. Neurourol Urodyn. 2026 Jun;45(5):904-913. doi: 10.1002/nau.70171. Epub 2025 Oct 22. PMID:

41123032; PMCID: PMC13238312.
Linde JM, Nijman RJM, Trzpis M, Broens PMA. Urinary incontinence in the Netherlands: prevalence and associated risk factors in adults. Neurourol Urodyn. 2017;36:1519-1528. doi:10.1002/nau.23121
Qudah S, Abufaraj M, Farah R, et al. The prevalence of overactive bladder and its impact on the quality of life: a cross-sectional study. Arab J Urol. 2024;22:39-47. doi:10.1080/2090598X.2023.2221403
Amundsen CL, Richter HE, Menefee SA, et al. OnabotulinumtoxinA vs sacral neuromodulation on refractory urgency urinary incontinence in women: a randomized clinical trial (ROSETTA). JAMA. 2016;316:1366-1374. doi:10.1001/jama.2016.14617
Harvie HS, Amundsen CL, Neuwahl SJ, et al. Cost-effectiveness of sacral neuromodulation versus onabotulinumtoxinA for refractory urgency urinary incontinence: results of the ROSETTA randomized trial. J Urol. 2020;203:969-977. doi:10.1097/JU.0000000000000656
Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, et al. The AUA/SUFU guideline on the diagnosis and treatment of idiopathic overactive bladder. Neurourol Urodyn. 2024;43:1742-1752. doi:10.1002/nau.25532
Witte LPW, Engberts MK, Smits MAC, et al. 2024 revised Dutch guidelines for urinary incontinence: addressing clinical bottlenecks through a modular approach. Continence. 2024;12:101699. doi:10.1016/j.cont.2024.101699
Paudel R, Lane GI. Delivering patient-centered care through shared decision making in overactive bladder. Neurourol Urodyn. 2022;41:884-893. doi:10.1002/nau.24915
Sitto HM, Brodsky CN, Wittmann D, et al. Patient and physician decision-making dynamics in overactive bladder care: a mixed methods study. Neurourol Urodyn. 2024;43:565-573. doi:10.1002/nau.25416
Wyndaele M, Samarinas M, Apostolidis A, et al. Phenotyping overactive bladder - part 2: can management be improved by phenotyping, and targeting therapy according to urgency type and other characteristics? ICI-RS 2025. Neurourol Urodyn. 2026;45:904-913. doi:10.1002/nau.70171
Abrar M, Pindoria N, Malde S, et al. Predictors of poor response and adverse events following botulinum toxin A for refractory idiopathic overactive bladder: a systematic review. Eur Urol Focus. 2021;7:1448-1467. doi:10.1016/j.euf.2020.06.013
Coyne KS, Sexton CC, Vats V, et al. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. Urology. 2011;77:1081-1087. doi:10.1016/j.urology.2010.08.039
Puckrein G, Walker D, Xu L, et al. The prevalence and forecast prevalence of overactive bladder in the Medicare population. Clin Med Insights Urol. 2019;12:1179561119847464. doi:10.1177/1179561119847464



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Postadres
Bureau NVU
Postbus 20078
3502 LB UTRECHT

www.nvu.nl
nvu@xs4all.nl