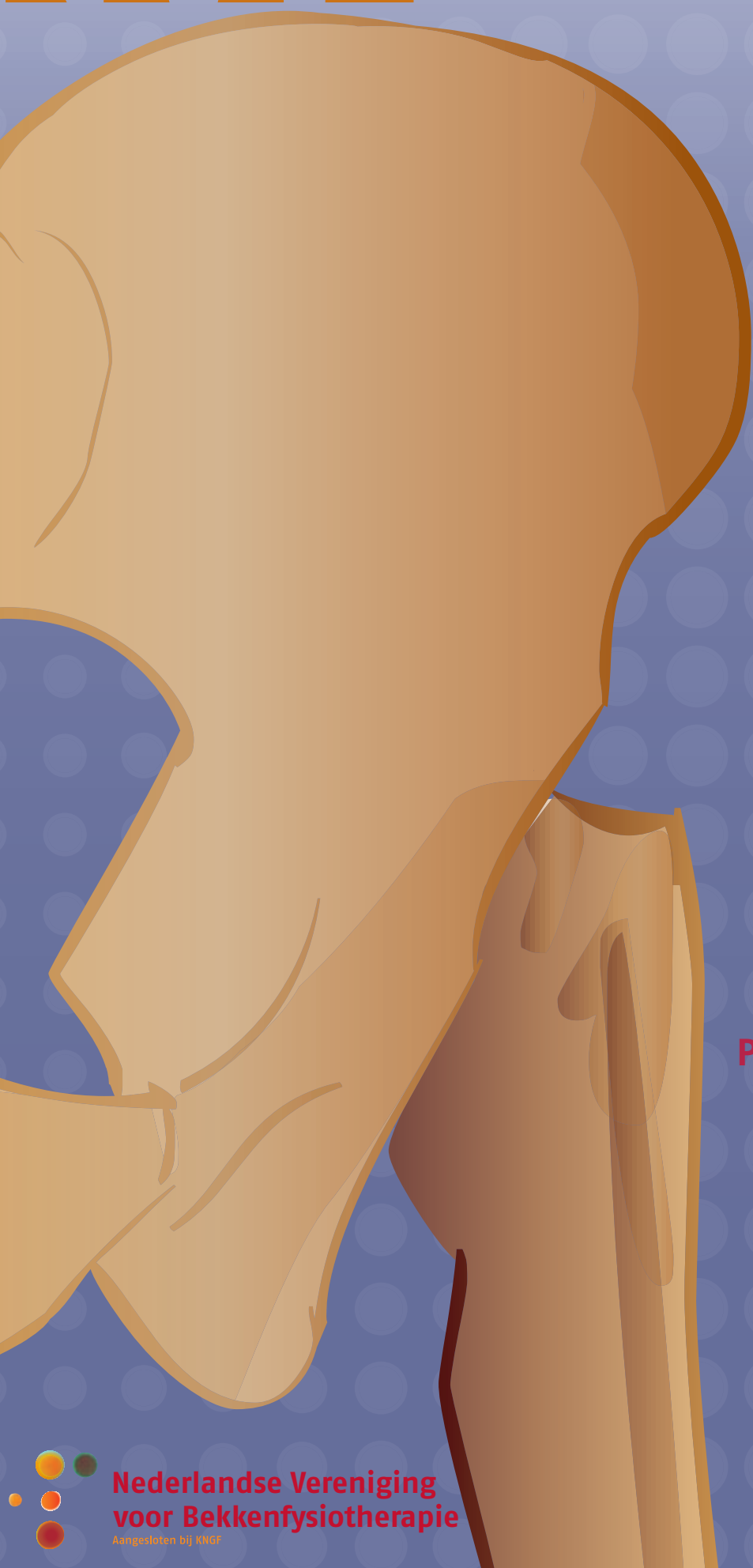


# NMFB BULLETIN



Interview **Eric Claassen**

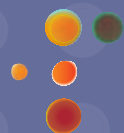
**Podcasts**

**Boekbespreking**

**Casuïstiek oncologie**

Proefschrift **zindelijkheid  
bij kinderen**

# 46



**Nederlandse Vereniging  
voor Bekkenfysiotherapie**

Aangesloten bij KNGF



TENA®

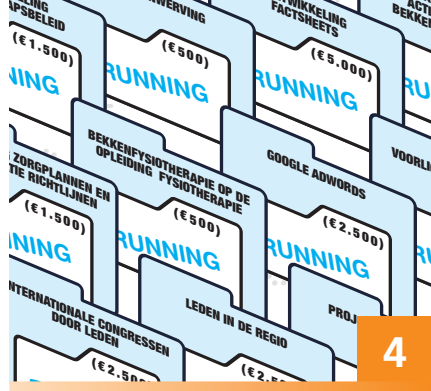
# Slimme continentiezorg

TENA zet zich al meer dan 50 jaar in om het effect van incontinentie op het dagelijks leven van mensen te minimaliseren. Dit doet TENA onder andere door het ontwikkelen van innovatieve en duurzame producten en diensten.

- TENA draagt comfortabel & discreet en beschermt optimaal, voor elke individuele behoefte is er een passend product
- TENA is innovatief door te zorgen voor digitale hulpmiddelen die de kwaliteit van leven verbeteren en het werk van verzorgenden verlichten
- Het gebruik van de juiste TENA-producten en zorgrouines stimuleert continentie en goede gezondheid van de huid
- TENA ondersteunt graag zorgprofessionals, dat werkt wel zo prettig en efficiënt

## Meer weten?

Kijk op [www.TENA.nl](http://www.TENA.nl) of bel 030 - 698 48 02.



**FECALE INCONTINENTIE**

↓

**EERSTE INTERVENTIES**

intake fecale incontinentie  
Coloscopie bij alarm symptomen

↓

**Conservatieve behandeling**

1. voorlichting, inzicht en advies (toiletgedrag)
2. adviezen medicatie
3. voeding, darm- en ontlastingstipproducten en praktische adviezen voor coping (*toiletten, schoon verband/kleding mee*)
4. bekkenfysiotherapie: BBST, biofeedback, rectale ballontraining, ballonspuit

INDIEN ONVOLDENDE RESULTAAT

↓

de echoscopie (MRI) defecogram, rectale



## Bulletin

Vernieuwing ..... 2

Van het bestuur ..... 3

Jaarplan 2022 ..... 4

Entrustable Professional Activities (EPA's) ..... 14

Colofon ..... 45

## Wetenschap

Wetenswaardigheden ..... 6

Evidence ..... 8

Proefschrift ..... 16

Critically Appraised Topic ..... 18

Transmurale richtlijn fecale incontinentie en obstipatie ..... 26

## Artikel

Varices in de schaamstreek ..... 13



**Meewerken aan drie multidisciplinaire richtlijnen: 'Vulvodynie', 'Lichen sclerosus' en 'Lichen planus'**

↓

## Casus

Diagnostiek en behandelplan bij gemengde urine-incontinentie (GUI) ..... 28

## Interview

Eric Claassen ..... 33

## Rubrieken

De gezichten achter het bestuur ..... 10

De gezichten achter de richtlijnen .... 20

Boekbespreking ..... 32

Column ..... 34

Vagina's die de wereld redden..... 35

Podcastbesprekingen ..... 36

Onder de leden ..... 38

Apps in de bekkenfysiotherapie ..... 40

## Agenda



# Vernieuwing...



Innovatie, nieuwe inzichten en nieuw onderzoek, dat is waar wij naar streven. Zeker ook in de bekkenfysiotherapie. Juist het combineren van oude en nieuwe kennis maakt dat wij onze patiënten zo goed mogelijk kunnen helpen. Zelf heb ik net de master bekkenfysiotherapie afgerond en uren doorgebracht met het doorspitten van artikelen. Het vinden van de juiste informatie in het woud van informatiestromen is – en blijft – een uitdaging, net als op de hoogte blijven van nieuwe kennis. En dan komt de toepassing nog... Zoals je wellicht al hebt gezien, is de cover van het Bulletin ook vernieuwd: een ander ontwerp met als herkenbaar en blijvend onderdeel de regio waar we ons met elkaar op richten: het bekken.

In dit Bulletin onderwerpen langs van vertrouwde auteurs: interviews, een boekbespreking en zelfs twee apps deze keer, en de welbekende wetenswaardigheden, gevolgd door een degelijke bespreking van een van de nieuwsfeiten. Deze keer geschreven door Kristel Bonten. Kristel, welkom bij het Bulletin. Verder casuïstiek en natuurlijk informatie vanuit het bestuur. Wél een nummer zonder de vertrouwde congressverslagen. Dat heb je als er geen congressen zijn. Ik hoop dat we jullie in dit eindejaarsnummer weer van lekker veel nieuwe informatie voorzien en jullie prikkelen en inspireren om met ons mooie vak bezig te zijn.

Ik noemde Kristel al, maar in onze redactie is er sinds deze zomer nog meer vernieuwing. In het vorige Bulletin gaf Jeannette aan dat ze met pensioen ging. Vanaf deze zomer mag ik haar taak als hoofdredacteur overnemen. Daarnaast hebben we versterking gekregen van een nieuw redactielid, Andrea Eggen. Je hebt haar naam misschien al eerder voorbij zien komen, want zij schreef al meerdere reviews en liet zichzelf interviewen in 'Onder de leden'. Anouk Tigchelaar en Marit Verschoor sloten hun periode als redactielid tijdelijk af. Heel veel dank voor jullie enthousiasme en inzet de afgelopen jaren. We zijn blij dat jullie de schrijverspen niet hebben neergelegd. Nieuwe redactieleden betekenen nieuwe inzichten en ideeën, die het Bulletin, samen met de ervaring van de langer zittende redactieleden Elma Heijkamp en Esther Reijers, alleen maar mooier maken.

Daarnaast blijft jullie input altijd welkom! Dus, wil je iets onder de aandacht brengen van je collega's, wil je iets kwijt over een initiatief, kwam je een interessant onderzoek tegen, of heb je een idee waarmee je al tijden rondloopt, twijfel niet en neem contact met ons op!

Voor dit jaar voldoende vernieuwing denk ik zo. Veel leesplezier en tot volgend jaar.

---

**Evertine Adams**

---

*namens de redactie*

# Van het bestuur

Beste collega's,

In dit Bulletin vinden jullie de projecten uit het jaarplan van 2022. Door gebrek aan mankracht kunnen we helaas maar een beperkt aantal nieuwe projecten starten komend jaar. Vanwege persoonlijke omstandigheden is in de algemene ledenvergadering van november Elisabeth van der Spek-Mes afgetreden als bestuurslid, en omdat ook Marjolein Bruntink-van der Nolle haar bestuurstaken vanwege persoonlijke omstandigheden moest neerleggen, zijn we nog maar met drie bestuursleden. Bernadette Berendes-van Dijk en Diewuکه Botschuijver-Sellmeijer zullen in mei volgend jaar aftreden, omdat hun tweede termijn als bestuurslid er dan op zit. Het bestuur dunt op deze manier wel erg uit. We hebben natuurlijk niet stilgezeten en meerdere personen benaderd. In 'De gezichten achter het bestuur' lees je wat een bestuursfunctie inhoudt. Ben jij degene die ons bestuur wil komen versterken, zodat we mooie projecten voor onze leden kunnen oppakken? Meld je dan aan via [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl).

In het vorige nummer van het Bulletin schreef ik dat we al bezig waren om het beroepsprofiel van de bekkenfysiotherapeut te herschrijven. Dit was iets te voortvarend, de startbijeenkomst vond pas in november plaats. Hoewel we in april een goede *kick off* hadden van de werkgroep van de Federatie Fysiotherapie Specialisten (FFS) en de kantoororganisatie van het KNGF, bleek het afstemmen veel meer tijd in beslag te nemen dan gedacht. Het is de eerste keer dat met alle BI's en de kantoororganisatie tegelijk aan zo'n groot project wordt gewerkt. Het duurt even alvorens je dezelfde taal spreekt.

Het is een historisch moment: we zijn overeen gekomen dat de beroepsprofielen van de verbijzonderde fysiotherapeuten allemaal tegelijk herschreven of geschreven worden. Deze gaan volledig aansluiten op het nieuwe beroepsprofiel van de fysiotherapeut, dat in de ALV in het voorjaar is goedgekeurd. In een apart hoofdstuk worden niet alleen de competenties beschreven waarmee we als verschillende (specialistische) fysiotherapeuten elkaar kunnen aanvullen en versterken, maar ook de competenties waarmee we onderscheidend zijn van elkaar. In navolging van de NVFB krijgen ook de minimale opleidingseisen in dit traject een plek. Hiermee leggen we de basis voor betere

zorg, nu en in de toekomst: de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste fysiotherapeut.

Sinds afgelopen zomer hebben we er een erkende masteropleiding bekkenfysiotherapie bij. Op 14 juli heeft een toetsingscommissie in opdracht van het NVFB-bestuur de opleiding van AVANS+ getoetst. Na een warm welkom volgde een rondleiding door het nieuwe opleidingsgebouw, waarna de toetsingscommissie in gesprek ging met docenten, studenten, stagebegeleiders en coördinatoren. De toetsing verliep in een goede sfeer en de commissie kwam uiteindelijk tot een voldoende oordeel. Zowel het bestuur van de NVFB als het bestuur van het KNGF heeft het besluit genomen tot erkenning van de masteropleiding bekkenfysiotherapie van AVANS+.

Het document met de minimale opleidingseisen voor de bekkenfysiotherapeut is opgeleverd. Door *Entrustable Professional Activities* (EPA's) te formuleren op eindniveau is het voor opleiders, maar ook voor stagebegeleiders en studenten, inzichtelijk geworden waar een pas afgestudeerd bekkenfysiotherapeut aan moet voldoen. Hierdoor kunnen alle betrokkenen, maar vooral ook de studenten hun eigen leerproces sturen. In 2025 studeren de eerste studenten volgens deze minimale opleidingseisen af.

De NVFB wordt regelmatig gevraagd om deel te nemen aan de herziening van (multidisciplinaire) richtlijnen. Op dit moment participeren Daniëlle van Reijn en Marian Rombouts in de herziening van multidisciplinaire richtlijn 'Totaalruptuur' en Corine Adamse en Ana Dos Santos in de multidisciplinaire richtlijn 'Urine-incontinentie'. Ook nu weer proberen zij de bekkenfysiotherapie een prominente plaats te geven binnen deze richtlijnen. Lees 'De gezichten achter de richtlijnen' over de eerdere richtlijnen waaraan zij meewerkten.

Het samengaan van de registers van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en KRF-NL krijgt meer en meer vorm. In september zijn de reglementen aangenomen. Er wordt inmiddels over de inrichting van het kwaliteitshuis gesproken. Dit gebeurt vooral op kantoorniveau en in de stuurgroep KNGF-SKF. De besturen van de BI's worden er nog niet bij betrokken,



al vragen we daar regelmatig om. Er zijn zorgen of we er wel tijd bij betrokken worden. Het is zaak om een plek in de *governance* te krijgen waarin we gehoord worden en de invloed uit kunnen oefenen die past bij een beroepsinhoudelijke vereniging.

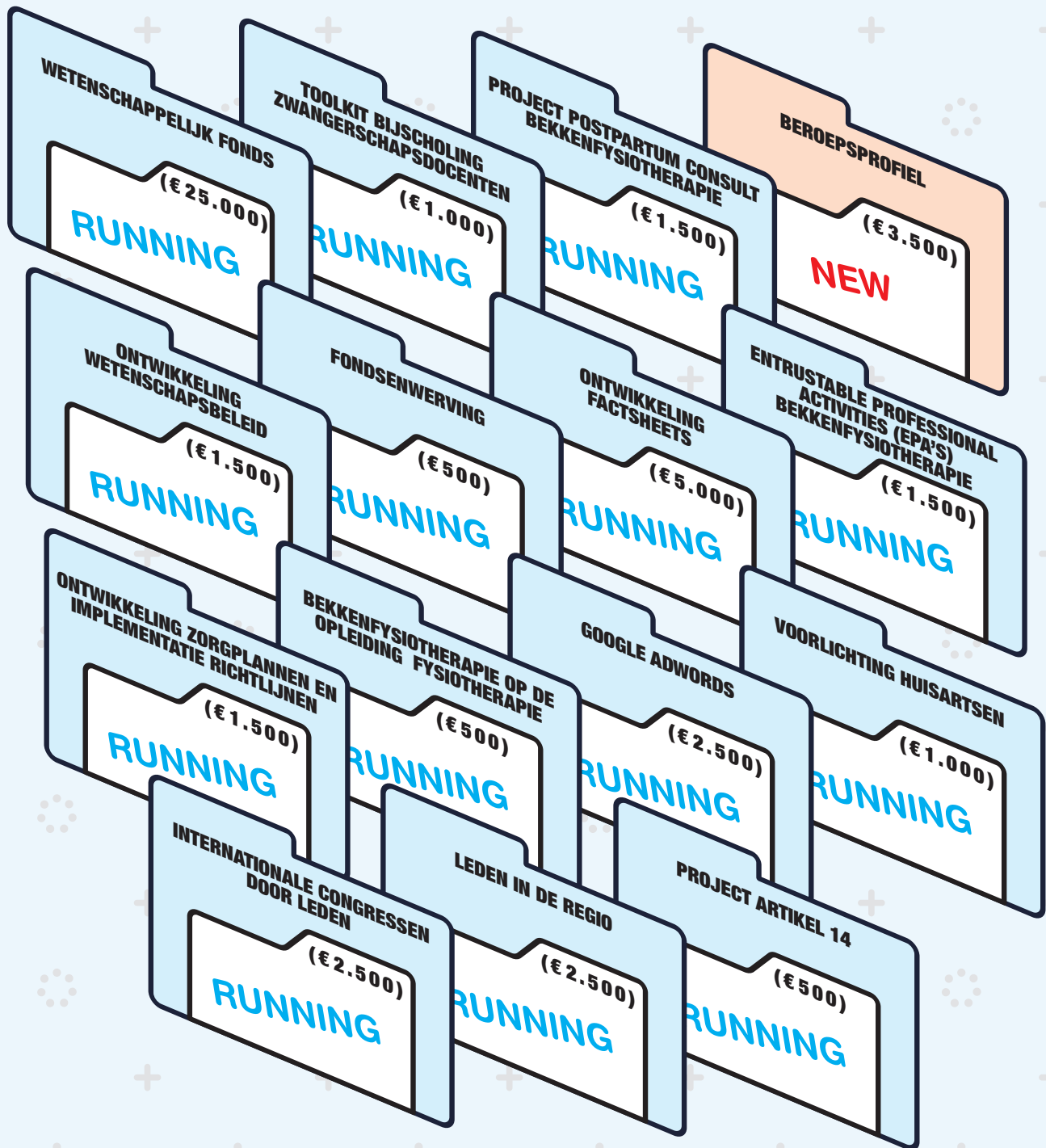
Zoals jullie zien, gaan er in 2022 nog belangrijke dingen gebeuren voor de NVFB en de bekkenfysiotherapie. De afgelopen jaren hebben we veel bereikt: we hebben het postpartum consult landelijk uitgerold, flowcharts voor de samenwerking met de geriatriefysiotherapeut gerealiseerd, prachtige congressen beleefd, de huisartsenvoorlichting geïmplementeerd, een volledige consumentenwebsite ingericht, de NVFB-app ontwikkeld, het Bulletin een nieuwe look en feel gegeven, een eigen Onderzoeksvisie en Kennisagenda ontwikkeld, het wetenschappelijk beleid naar een hoger niveau getild en het 'NVFB Standpunt echografie' en de 'Minimale opleidingseisen bekkenfysiotherapie' het licht doen zien. Alles gerealiseerd met commissieleden die werden aangestuurd door bestuursleden. Help ons om ook in 2022 onze leden en de bekkenfysiotherapie te vertegenwoordigen en stel je kandidaat voor een bestuursfunctie.

Ik wens jullie namens het bestuur hele fijne feestdagen en een goed en gezond 2022!

**Nicole van Bergen MSPT**

*voorzitter*

# Jaarplan 2022



## Wetenschappelijk fonds (€ 25.000)

### RUNNING

Er wordt weinig onderzoek naar de meerwaarde, het werkingsmechanisme en de effectiviteit van bekkenfysiotherapie gesubsidieerd. Om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren, zal de NVFB in 2022 een subsidieregeling instellen. De Kennisagenda is bepalend voor de subsidieregeling van 2022. *Nicole van Bergen en Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer*

## Toolkit bijscholing zwangerschapsdocenten (€ 1.000)

### RUNNING

NVFB-leden hebben niet altijd zicht op het cursusaanbod voor zwangere vrouwen in de regio. Het blijkt niet voor elke bekkenfysiotherapeut eenvoudig te zijn om contact te krijgen met cursisten en een netwerk op te bouwen. Correcte begeleiding van zwangeren en postpartum vrouwen is van belang, daarom is een dergelijk goed netwerk tussen verschillende disciplines van belang. Goed contact zorgt voor betere samenwerking en snellere verwijzing. Een toolkit biedt uitkomst. *Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, vacant*

### **Project Postpartum Consult Bekkenfysiotherapie** (€ 1.500)

#### **RUNNING**

In 2021 is het Postpartum Consult Bekkenfysiotherapie landelijk uitgerold en deels geïmplementeerd. In 2022 zal de verdere implementatie plaatsvinden en wordt onderzocht wat nodig is om het consult vergoed te krijgen. *Nicole van Bergen, Petra van Nierop, Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer*

### **Beroepsprofiel** (€ 3.500)

#### **NEW**

Eind 2021 is de startbijeenkomst georganiseerd met alle BI's. De beroepsprofielen van de specialistenverenigingen zullen aansluiten op het reeds opgeleverde 'Beroepsprofiel Fysiotherapeut'. Er komt ook een extra hoofdstuk waarin aansluitende en overlappende competenties met de algemeen fysiotherapeut en andere specialisten beschreven worden, zodat duidelijk wordt wanneer men doorverwijst of wanneer de samenwerking start. Alles in het kader van 'De juiste zorg op de juiste plek door de juiste fysiotherapeut'. *Nicole van Bergen, Bernadette Berendes-van Dijk, Tine van den Bos*

### **Ontwikkeling wetenschapsbeleid** (€ 1.500)

#### **RUNNING**

In 2025 is er op elk van de domeinen van de bekkenfysiotherapie een promovendus, dat is de ambitie. Daarom wordt het 'NVFB Science Netwerk' doorontwikkeld en het stappenplan uitgevoerd dat bij de onderzoeksvisie hoort. Daarmee wordt er gebouwd aan een wetenschappelijke infrastructuur. *Nicole van Bergen, vacant*

### **Fondsenwerving** (€ 500)

#### **RUNNING**

Voor het ontwikkelen van producten en projecten is veel geld nodig. Welke fondsen er zijn die onze projecten kunnen ondersteunen, moet worden beoordeeld. *Bernadette Berendes-van Dijk, Rianne van Asperen*

### **Ontwikkeling factsheets** (€ 5.000)

#### **RUNNING**

De richtlijn 'Zwangerschapsgelateerde bekkenpijn' is uit 2017. Mogelijk is er nieuwe evidentie voor het bekkenfysiotherapeutisch handelen. Om dit inzichtelijk te maken wordt een factsheet 'Zwangerschapsgelateerde bekkenpijn' ontwikkeld. *Nicole van Bergen, Bernadette Berendes-van Dijk*

### **Entrustable professional activities (EPA's)**

#### **bekkenfysiotherapie** (€ 1.500)

#### **RUNNING**

In 2021 zijn de 'Minimale opleidingseisen master bekkenfysiotherapie' opgeleverd. Nu start de implementatiefase. In 2025 zullen de eerste studenten volgens deze eisen afstuderen. *Nicole van Bergen, Bernadette Berendes-van Dijk*

### **Ontwikkeling zorgplannen en implementatie richtlijnen**

(€1.500)

#### **RUNNING**

In 2020 is de richtlijn 'Chronische bekkenpijn' verschenen. De wens van de NVFB en de aanpalende koepels die meegewerkt hebben aan deze richtlijn, is om deze richtlijn landelijk te implementeren. Er zijn hiertoe in 2021 al stappen gezet: er is een implementatieplan

geschreven. Vanuit de werkgroep CPPS zijn er webinars georganiseerd voor bekkenfysiotherapeuten. *Bernadette Berendes-van Dijk, vacant*

### **Bekkenfysiotherapie op de opleiding fysiotherapie** (€ 500)

#### **RUNNING**

Het is belangrijk om meer aandacht te krijgen voor de specialisatie bekkenfysiotherapie, zodat meer afgestudeerde fysiotherapeuten kiezen voor de masteropleiding bekkenfysiotherapie. Om dit te bereiken, is de NVFB op minimaal drie hogescholen aanwezig met informatie over het vak bekkenfysiotherapie. *Dorien Bennink, Everdina Veenema, Corine Adamse, Carolina Fragiomeri*

### **Google Adwords** (€ 2.500)

#### **RUNNING**

Zeker bij een taboe als urineverlies, zoeken patiënten met Google naar een oplossing voor hun probleem. Google Adwords maken het NVFB-consumentenplatform beter vindbaar, zodat patiënten daadwerkelijk een NVFB-bekkenfysiotherapeut zullen gaan consulteren. *Bernadette Berendes-van Dijk, Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, vacant*

### **NVFB en voorlichting huisartsen** (€ 1.000)

#### **RUNNING**

De verwijzende rol van huisartsen wordt nog niet optimaal benut. Daarom worden er geaccrediteerde voorlichtingsmomenten voor huisartsen georganiseerd om de samenwerking met de huisartsen en de doorverwijzing te bevorderen. Het doel is zes webinars voor huisartsen. *Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, vacant*

### **Bezoek leden aan internationale congressen** (€ 2.500)

#### **RUNNING**

Op steeds meer internationale congressen heeft de bekkenfysiotherapie een plek gekregen. Het enthousiasme daarover vertaalt zich nog niet in leden die zo'n congres bezoeken (digitaal). Leden enthousiasmeren om deze congressen te gaan bezoeken, is het doel. *Rianne van Asperen, Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, leden*

### **Leden in de Regio** (€ 2.500)

#### **RUNNING**

De interne communicatie kan beter. Er zijn zoveel netwerken en groepen bekkenfysiotherapeuten dat het op dit moment niet mogelijk is om de interne communicatie goed te organiseren. Doel is het in kaart brengen van alle leden in de regio per werkgroep, IOF en ander netwerk. *Rianne van Asperen, Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, leden*

### **Project Artikel 14** (€ 500)

#### **RUNNING**

De bekkenfysiotherapeut moet een beschermde titel worden. Daarom wordt bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een aanvraag ingediend voor erkenning van de titel bekkenfysiotherapeut en zal het proces van registratie worden begeleid. Het doel is erkenning en bescherming van de titel bekkenfysiotherapie. *Bernadette Berendes-van Dijk, Tine van den Bos*

## Moedermelk bevat na coronabesmetting minstens vijf maanden antistoffen

Moedermelk van vrouwen die een coronabesmetting hebben doorgemaakt, bevat ten minste vijf maanden antistoffen tegen het coronavirus. Een enkeling heeft zeven tot acht maanden antistoffen in de melk. Uit laboratoriumtests blijkt dat moedermelk met antistoffen het SARS-CoV-2-virus effectief kan bestrijden. **Bron: Vakblad Vroeg, 22 februari 2021**

## Na zwangerschapsvergiftiging een hogere kans op hart- en vaatziekte

Vrouwen met ernstige zwangerschapsvergiftiging (pre-eclampsie) hebben een tot acht keer hogere kans op hart- en vaatziekten op latere leeftijd. Dat kan een hoge bloeddruk zijn, maar ook een hartinfarct of een beroerte. Vrouwen krijgen advies over bewegen en voeding. Daarnaast is er aandacht voor gezond zijn en gezond blijven, en voor de mentale impact van ernstige zwangerschapsvergiftiging.

**Bron: Erasmus MC, 8 maart 2021, De Follow-Up Pre-Eclampsie (FUPEC)**

## Vrouwen in overgang durven klachten niet te bespreken: 'miljoenen lijden in stilte'

Hoewel de helft van de werkende bevolking er op een bepaald moment mee te maken krijgt, blijft de menopauze een taboe op het werk. Veel vrouwen hebben last van klachten, ziet vakbond CNV. **Bron: AD, 25 februari 2021**

## Ramadan: Van vier weken vasten worden de darmen heel blij

Veel Nederlanders met een islamitische geloofsachtergrond onthouden zich tijdens de ramadan tussen zonsopkomst en -ondergang van eten en drinken. Dat een tijdje vasten goed is voor onze darmen, is al jaren bekend.

**Bron: ErasmusMC, 12 april 2021**

## Dit zijn de grootste vrouwentaboes in Nederland

Taboes omtrent geslacht en afkomst worden op allerlei vlakken aangekaart en doorbroken. Maar op het gebied van gezondheid heersen nog altijd veel taboes onder vrouwen, waar we niet dagelijks bij stilstaan. Nieuw onderzoek legt een duidelijk stigma bloot rond onderwerpen als menstruatie, incontinentie, depressie en menopauze. **Bron: Gezondheidsnet, 26 maart 2021**

> Uitleg op pagina 8

## Voorspellers van depressie en angst na de bevalling

Repetitieve gedachten en herhaaldelijk langdurig blijven denken over je gevoelens en (mogelijke) problemen, zijn voorspellers van depressie en angst in de perinatale periode. Herhaaldelijk piekeren in het eerste trimester van de zwangerschap is geassocieerd met depressie in het derde trimester tot acht weken na de bevalling.

**Bron: kennispoort-verloskunde.nl, 26 april 2021**

## CrossFit of hardlopen: bij welke sport ervaren vrouwen meer bekkenbodemplachten?

Vrouwen met bekkenbodemplachten horen vaak dat ze moeten stoppen met zware krachttraining vanwege de toename in buikdruk die daarbij optreedt. Hardlopende vrouwen rapporteerden iets meer bekkenbodemplachten dan vrouwen die aan CrossFit doen. Van de vrouwen die minimaal één keer op natuurlijke wijze bevielen, hadden de 226 hardlopersters ook meer bekkenbodemplachten dan de 406 'crossfittende' vrouwen. Hoewel men met deze studie geen oorzaak-gevolgrelatie heeft kunnen aantonen, concluderen de auteurs wel dat hoogintensieve krachttraining niet slechter is dan hardlopen als het gaat om bekkenbodemplachten.

**Bron: Forner L. Int Urogynecol J. 2021, met een vertaalslag van Maya Elling**

## Seksuele handelingen tijdens de slaap: seksomnia

Deze aandoening is verwant aan slaapwandelen en slaapeten. Bij seksomnia voer je in je slaap handelingen uit als strelen, masturbatie of zelfs penetratie. De persoon is zich daarvan niet bewust en weet er vaak achteraf niets meer van. Daardoor kan hij of zij niet afstemmen met zijn of haar bedgenoot en kunnen er ongewenste handelingen plaatsvinden. De oorzaak is onduidelijk, maar stress, alcohol of drugs, oververmoeidheid, slaapgebrek of zware fysieke activiteit kunnen het opwekken.

**Bron: Tubantia, 11 mei 2021, Coach seksualiteit Carla Rutgers**



## Helpt Nederlandse vrouwen heeft poepklachten

Zo'n 53 procent van de Nederlandse vrouwen heeft regelmatig problemen met poepen. Een op de vijf Nederlanders ervaart pijn doordat poepen niet lukt. Maar erover praten? Liever niet.

Bron: *Gezondheidsnet*, 17 juni 2021

## Mindfulnessstraining verdubbelt kans op natuurlijke bevalling

Een mindfulnessstraining van negen avonden verdubbelt de kans op een natuurlijke bevalling. Ook vermindert de training de kans op een medisch niet-noodzakelijke keizersnede met 50 procent en wordt 36 procent minder gebruikgemaakt van een ruggenprik.

Bron: *Vakblad Vroeg*, 2 augustus 2021

## URinControl voor een effectieve behandeling van ongewild urineverlies

Onderzoekers van het UMCG hebben een app ontwikkeld voor de behandeling van ongewild urineverlies. Uit onderzoek blijkt dat de app een effectieve behandeling is voor een probleem waarmee veel vrouwen in Nederland kampen. De app is kosteneffectief en voor iedereen gratis te downloaden.

Bron: *FysioForum*, 13 april 2021

## Botox in je gezicht kan het bereiken van een orgasme belemmeren

Bij het (bijna) bereiken van een orgasme vertrekken we onbewust ons gezicht, waarbij bepaalde spieren worden aangespannen. Zoals de fronsrimpel tussen de wenkbrauwen. Het aantrekken van deze spieren helpt om een orgasme te bereiken. Als de spiertjes tussen je wenkbrauwen (tijdelijk) zijn verlamd door botox, kun je deze spieren niet meer aantrekken. Daarmee krijg je meer moeite met het bereiken van een orgasme en kunnen je orgasmes minder bevredigend zijn. Bron:

*Twentsche Courant Tubantia*, 7 september, Coach seksualiteit Carla Rutgers

## Multimodale fysiotherapie voor vrouwen die behandeld zijn voor baarmoeder(hals)kanker

Vrouwen hebben na een behandeling voor baarmoeder(hals)kanker vaak pijn tijdens het vrijen. Deze studie levert het eerste bewijs dat een multimodale aanpak bij vrouwen na baarmoeder- en baarmoederhalskanker ook een positief effect heeft op psychoseksuele klachten: de vrouwen ervaren minder stress, problemen met hun lichaamsbeeld, angst en depressieve symptomen. Volgens de onderzoekers is het aannemelijk dat pijnvermindering en verbetering van het fysieke seksueel functioneren ook bijdroegen aan de afname van psychoseksuele klachten.

Bron: *Cyr M. Journal of Sexual Medicine 2021*, met een vertaalslag van drs. Nol Bernards

## Mannelijke erectie zo veel mogelijk behouden door nieuwe vorm van bestralen

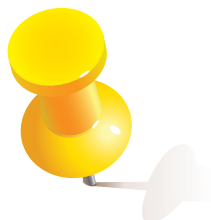
Zo'n 13.000 mannen in Nederland krijgen jaarlijks de diagnose prostaatcancer. Na behandeling voor prostaatcancer krijgen relatief veel mannen te maken met erectieproblemen. Om dit hele onwenselijke gevolg te verminderen, is in het UMC Utrecht de ERECT-trial van start gegaan. In dit onderzoek worden patiënten met prostaatcancer behandeld met een zenuw- en vaatsparende bestraling, uitgevoerd met de MR-Linac. Met deze nieuwe vorm van bestralen hopen de artsen dat de mannelijke erectie zo veel mogelijk behouden blijft na bestraling van de prostaat.

Bron: UMC Utrecht, 27 juli 2021

## Vermindert training de pijn van vrouwen met endometriose?

Een goede vraag. Op basis van het huidige beperkte bewijs concluderen de Deense auteurs echter dat vrouwen met endometriose hun pijn niet kunnen verminderen door training. Zij kunnen wel baat hebben bij sporten, in ieder geval bij bewegen, maar dan meer om hun weerbaarheid tegen de pijn te vergroten en zo ook hun kwaliteit van leven te verbeteren.

Bron: *Hansen S. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021*, met een vertaalslag van dr. Marijke Sliker-ten Hove



Samenstelling: Petra Zephat, MSc, geregistreerd bekkenfysiotherapeut en kinderbekkenfysiotherapeut, master manueel therapeut

## Evidence: Vrouwentaboes in Nederland: hoe zit het met urine-incontinentie?

**Nieuw onderzoek legt een duidelijk stigma bloot rond onderwerpen als menstruatie, incontinentie, depressie en menopauze. Belangrijke onderwerpen en in Nederland nog steeds omvangrijke vrouwentaboes. Ook urine-incontinentie blijft nog vaak onbesproken.**

“Van de verschillende gezondheidsissues”, zo is te lezen op Gezondheidsnet, “hebben Nederlandse vrouwen het meest moeite met het bespreken van urineverlies (21 procent). Schaamte is voor bijna de helft (45 procent) de reden om dit voor zichzelf te houden. Daarnaast zijn veel vrouwen (38 procent) bang om als onhygiënisch gezien te worden en hebben zij het gevoel dat urineverlies iets is voor oudere mensen (27 procent).”

Uit het onderzoek *'The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment'* van Ksenia Elenskaia, Karin Haidvogel, Christine Heindinger, Daniela Doerfler, Wolfgang Umek en Engelbert Hanzal blijkt dat in 2011 in Oostenrijk urine-incontinentie bij tot 60 procent van de 142 testpersonen als een taboe wordt beschouwd. Deze studie stelde tevens vast dat urine-incontinentie significant gênanter werd gevonden dan respectievelijk depressie of kanker ( $p = 0,001$ ).

Cijfers laten dus zien dat veel mensen zich schamen voor urine-incontinentie. Daar is de afgelopen jaren gelukkig wel verbetering in gekomen, zo bleek uit het grootschalige *'Essentials Initiative onderzoek'* van gezondheids- en hygiënebedrijf *Essity*. Dit bedrijf voert tweejaarlijks wereldwijde webenquêtes uit onder ongeveer 15.000 respondenten in de leeftijd van 16 tot 85 jaar uit 15 landen (waaronder Nederland) en in ons land bleken we er in 2018 opener over te zijn dan in 2020. Op de vraag 'Kent u – onder uw familie, familie en vrienden – mensen die u hebben verteld dat ze urineverlies hebben gehad of momenteel hebben?' bleek dat onder Nederlandse respondenten het geval bij 35 procent in 2018 en bij 39 procent in 2020. In Italië, China, Mexico, Zweden en Rusland is het taboe groter. In die landen voelen elke twee op de vijf personen (> 40%) zich ongemakkelijk om over incontinentie te praten. Nederland scoort wat dat betreft met een op de vijf personen beter.

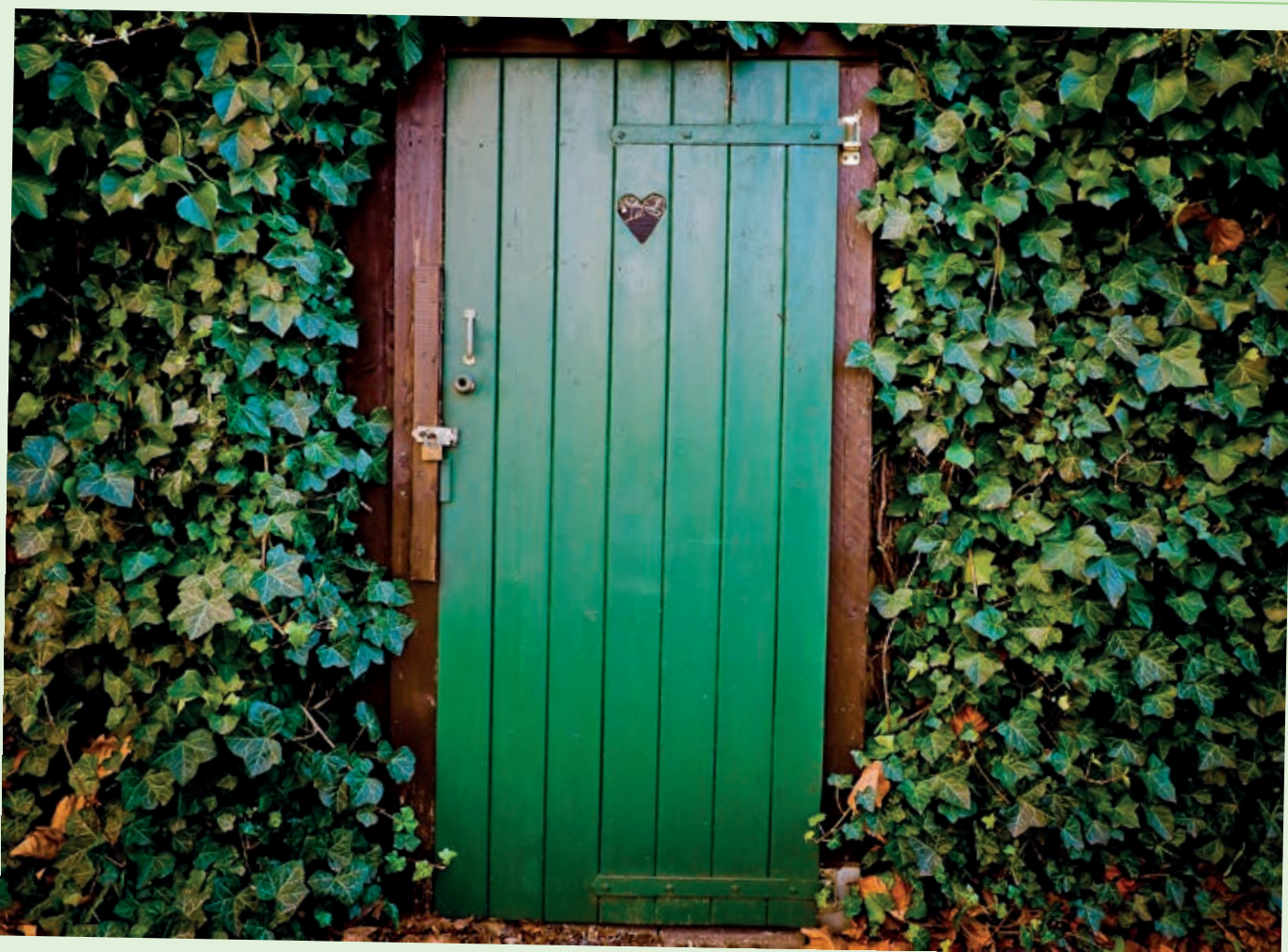
Schaamte is ook de belangrijkste reden (54%) om geen hulp of steun te zoeken voor de urine-incontinentieklacht, met de man aan kop: in Nederland zocht in 2020 slechts 11 procent van de mannen hulp. Van de vrouwen met urine-incontinentie was dat 34 procent (Bron: *Essity*).

Het Engels wetenschappelijk kwalitatief onderzoek uit 2021 *'Urinary incontinence as a marker of temporality in women: a qualitative study'* van E. Million, E. Vexlard, B. Lognos en M. Cayrac, heeft middels een semigestructureerd interview postmenopauzale vrouwen (> 50 jaar) onderzocht. Zij werden gerekruteerd vanuit een stedelijke huisartsenpraktijk. Uit deze studie kwam naar voren dat urine-incontinentie een sterk maatschappelijk taboe is voor de vrouwen, waarbij vrouwen vrezen voor een ongunstige associatie en stigmatisering. Zowel media als informatieverstrekkers blijken invloed te hebben op de urine-incontinentie-ervaring van vrouwen. Als de vrouwen naar een oplossing wordt gevraagd, bevelen zij aan om een systematische screening door de huisarts of gynaecoloog in te zetten om de aanpak van urine-incontinentie te optimaliseren, en om al veel eerder de vrouwelijke anatomie onder de aandacht te brengen: te beginnen in de kindertijd.

X. Gamé, I. Piollet-Calmette, A. Descazeaud, J-F. Hermieu, B. Fatton, E. Paillaud, A. Bellessort en P. Coloby onderzochten het taboe rond urine-incontinentie in Frankrijk bij 310 urine-incontinentie-patiënten, 101 huisartsen, 50 urologen en 30 gynaecologen. Hun artikel *'Mirror survey of patients with urge urinary incontinence and healthcare professionals'* verscheen in 2021. Uit de analyse bleek dat 60 procent van de patiënten zich schaamde voor het urineverlies. Dit taboe bleek door artsen nog versterkt te worden. Urine-incontinentie werd geassocieerd met een verlies van zelfrespect (51 procent) en beperking tot het dagelijks leven (44 procent). Uit de antwoorden van de patiënten bleek dat urine-incontinentie slechts in 6 procent van de gevallen door artsen ter sprake werd gebracht, en dat de patiënt in 55 procent van de gevallen de eerste was die het probleem ter sprake bracht, voornamelijk bij de huisarts (80 procent). In 4 van de 10 gevallen werd het probleem dus niet aangepakt; 49 procent van de patiënten verklaarde dat ze hun toestand niet met hun partner bespraken en 33 procent besprak het met niemand.

Het is positief dat er in Nederland minder schaamte heerst rond urine-incontinentie dan in andere Europese landen en dat het taboe door de jaren heen vermindert. Het percentage verborgen urine-incontinentie blijft echter hoog, waardoor mensen langer met hun problematiek blijven rondlopen dan nodig.

Na nog een aantal uren op 'het net' te hebben rondgesurft, moet ik concluderen dat urine-incontinentie echt niet het enige vrouwentaboe is, al is het wel een van de meest voorkomende taboes. En ook moet ik concluderen dat bekkenbodemoefentherapie ter vermindering van urine-incontinentie zinvol is. Zo staan er op PubMed in publicatiejaar 2021 al 137 wetenschappelijk artikelen over *pelvic floor muscle training* en *urinary incontinence*. Vele studies, onder andere *'Meta-analysis of perinatal pelvic floor muscle training on urinary incontinence'* van Ji Lu, Hong Zhang, Li Liu, Wei Jin, Jie Gao, Min Min, Ying Fan bevestigen de meerwaarde van bekkenbodemoefentherapie voor het verminderen van urine-incontinentie bij prenatale en postnatale vrouwen: bekkenfysiotherapie liet een beter effect zien dan de routinematige verpleging.



De aanpak van urine-incontinentie blijft in ontwikkeling. Er komen steeds meer hulpmiddelen en gadgets op de markt, al zijn er ook waarvan de meerwaarde discutabel is (Wetenswaardigheden Bulletin 42). De 'gewone' bekkenfysiotherapie lijkt nog steeds het beste uit de bus te komen.

Een nieuwe, nog niet besproken toevoeging zijn de apps. Zo hebben onderzoekers van het UMCG een app ontwikkeld voor de behandeling van ongewild urineverlies, URinControl, een app die veelbelovende resultaten laat zien, ook zonder verdere behandeling. Het enkel toepassen van training door middel van deze app werkt op korte termijn, na vier maanden, net zo goed als huisartsenzorg.

Het is niet geheel duidelijk of het toepassen van training middels een app alleen op korte termijn en misschien ook op lange termijn afdoende is. Dit wordt reeds verder onderzocht. Tevens is voor een grote doelgroep, bijvoorbeeld patiënten die zich de digitale wereld nog niet 'eigen' hebben gemaakt, zoals menig oudere, een app mogelijk niet zo goed functioneel toepasbaar. Duidelijk is wel dat er de komende jaren nog veel meer ontwikkeld zal worden op dit gebied. We zullen het in de gaten blijven houden.

Urine-incontinentie zo vaak mogelijk ter sprake brengen, zal zorgen voor minder taboe. Binnen ons beroep bespreken we het gemakkelijk. De hier beschreven onderzoeken geven echter duidelijk aan dat het taboe, de schaamte nog erg groot is. Mogelijk groter dan verwacht. De klacht vaker in beeld brengen, begrip tonen, verduidelijken, kennis verbreden en de mogelijkheid aanbieden om tot oplossingen te komen, zijn mooie stappen om dit taboe te doorbreken. Vandaar dat het onderwerp ook hier (nogmaals) wordt belicht. Mogelijk is het tevens een actiepoint voor iedereen om omgeving, collega's en (huis)artsen te attenderen op het belang van het vragen naar en informeren over urine-incontinentie. Zo hadden we in Nederland van 4 t/m 8 oktober jl. 'De week van de incontinentie' en is er natuurlijk de *World Continence Week* van de *International Continence Society* (ICS), beide bedoeld om (in)continentie uit de taboesfeer te halen, zodat meer mensen de zorg krijgen die ze verdienen, en daar draait het tenslotte allemaal om. Hopelijk nemen de schaamte en het taboe de komende jaren steeds meer af en kunnen we steeds beter het urineverlies van de individuele patiënt helpen verminderen en hun kwaliteit van leven helpen verbeteren!

**Kristel Bonten MSc**

geregistreerd bekkenfysiotherapeut

# De gezichten achter het bestuur van de NVFB

Nicole van Bergen MSPT

voorzitter NVFB en portefeuillehouder Kwaliteit en Scholing

**Altijd al willen weten wat de bestuursleden van de NVFB beweegt en wie ze zijn? Wat ze allemaal doen en waarom ze de keuze hebben gemaakt om in het bestuur plaats te nemen? In dit artikel krijg je een inkijkje in het bestuursleven van twee van hen.**

Het bestuur van de NVFB bestaat op dit moment uit vier gepassioneerde dames. Helaas zijn Marjolein Bruntink-van der Nolle en Elisabeth van der Spek-Mes om persoonlijke redenen met hun functie gestopt en zijn er vacatures. In het bestuur is jong en oud vertegenwoordigd om zo een afspiegeling te hebben van het werkveld. Met elkaar proberen we de belangen van onze leden en de bekkenfysiotherapie-NL zo goed mogelijk te vertegenwoordigen. De drie kerntaken of aandachtsgebieden van het bestuur zijn: Sociaal Economische Belangen; Kwaliteit en Scholing; Marketing en Communicatie. Op deze portefeuilles hebben we tандems gevormd, zodat we elkaar kunnen aanvullen en steunen, en kennis en kunde geborgd zijn.

In dit artikel komen Bernadette Berendes-van Dijk, portefeuillehouder Sociaal Economische Belangen, tevens secretaris, en Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, portefeuillehouder Marketing en Communicatie, tevens penningmeester, aan het woord.

## Bernadette stelt zich voor

“Mijn naam is Bernadette Berendes-van Dijk, ik ben 67 jaar en al sinds 1977 werkzaam als fysiotherapeut. In december van dit jaar bereik ik de pensioengerechtigde leeftijd en ik heb dan ruim 44 jaar als fysiotherapeut gewerkt, niet altijd fulltime, want ik heb ook vijf kinderen grootgebracht, die nu allemaal volwassen zijn en hun eigen weg hebben gevonden. Inmiddels ben ik grootmoeder van 11 kleinkinderen.

Na in een verpleeg- en reactiveringskliniek en een particuliere praktijk, zoals dat toen nog werd genoemd, te hebben gewerkt ben ik in 1992 een eigen praktijk gestart, die langzaam maar steeds een beetje groter groeide. Tevens werk ik al sinds 1979 als



Bernadette Berendes-van Dijk

docent pre- en postnatale educatie en eigenlijk waren dat mijn eerste stappen op de weg van de bekkenfysiotherapie. Na eerst wat kleinere cursussen bij het NPI en Tineke Fransman te hebben gedaan, volgde ik in 1994 en 1995 de modulaire opleiding bekkenfysiotherapie aan de Hogeschool Breda, thans Avans, en behaalde ik mijn diploma, dat in 2005 via de EVC-procedure, de basis zou vormen voor het diploma bekkenfysiotherapeut.

In 2008 behaalde ik mijn master bekkenfysiotherapie. Daarnaast heb ik mij ontwikkeld op het gebied van de oedeemfysiotherapie.

Mijn dochter, die communicatiewetenschappen had gestudeerd aan de UVA, kwam op een dag bij mij en zei: ‘Mam, ik had zo graag mensen begeleid tijdens veranderingsprocessen, maar ik kan de baan die daarbij hoort maar niet vinden.’ ‘O,’ zei ik, ‘dan moet je fysiotherapeut worden, want dan doe je niet anders!’ Zo gezegd zo gedaan, een versnelde opleiding

bij Avans maakte dat zij vanaf 2010 het team in mijn inmiddels twee vestigingen tellende praktijk voor fysiotherapie kwam versterken en vanaf 1 januari 2022 zal zij de praktijk voortzetten.”

## Hoelang zit je in het bestuur?

“Sinds 2014 ben ik als bestuurslid aan de NVFB verbonden. Na eerst een half jaar meegekeken te hebben of het iets voor mij was, ben ik na het verstrijken van de bestuursperiode van de toenmalige secretaris deze functie gaan vervullen en inmiddels ben ik in mei 2022 alweer aan het einde van mijn tweede termijn van vier jaar.”

## Waarom ben je dit gaan doen?

“Ik houd van uitdagingen en wilde naast mijn werk als bekkenfysiotherapeut ook meer betekenen om het vak bekkenfysiotherapie verder uit te dragen. Zaten wij als net afgestudeerde bekkenfysiotherapeuten eindeloos te wachten op de gang tot de heren urologen zich verwaardigden om met ons een patiëntenbespreking, nu MDO, te voeren, nú weten de diverse specialismen, zoals gynaecologie, urologie, MDL, seksuologie en kindergeneeskunde, ons goed te vinden en gaan we steeds meer multidisciplinair werken. Het uitdragen van onze kennis en vaardigheden is voor mij een belangrijke drijfveer.”

## Sociaal Economische Belangen, wat doe je?

“Binnen de functie SEB draag je er zorg voor dat de bekkenfysiotherapeut het vak met zo min mogelijk belemmeringen kan uitoefenen. Daarnaast onderhoud je contacten met de zorgverzekeraars en stakeholders, en probeer je de belangen van de bekkenfysiotherapeut zo goed mogelijk te behartigen. Tevens draag je bij aan het uitdragen van onze vakkennis en het bekendmaken van de waarde van bekkenfysiotherapie voor de patiënt met bekkenbodemplachten, bijvoorbeeld door mee te

werken aan publicaties over ons vak. Ook signaleer je problemen die leden tegenkomen bij de uitoefening van het vak, en probeer je deze als ze structureel zijn op te lossen of anderszins de bekkenfysiotherapeut te helpen bij het vinden van een oplossing.”

#### *Ook ben je secretaris, wat houdt dat in?*

“Als secretaris bereid je de vergaderingen voor, maak je aan de hand van binnengekomen e-mails een agenda en tijdens de vergadering houd je de notulen bij. Ter voorbereiding op de maandelijkse vergadering met het hele bestuur vergader je via skype een week eerder met het dagelijks bestuur. Er wordt tweemaal per jaar een ALV georganiseerd, waar je de leden voor uitnodigt en de nodige stukken verzamelt. Tevens zorg je in de voorjaars-ALV voor een jaarverslag en in de najaars-ALV voor een jaarplan. Bij deze werkzaamheden is er ook ondersteuning van de verenigingsadviseur en de -secretaresse. Daarnaast dragen ook alle bestuursleden bij aan het tot stand komen van het jaarverslag en het jaarplan.”

#### *Hoeveel tijd ben je kwijt per week?*

“Afhankelijk van extra vergaderingen, varieert dat van een halve tot hele dag per week. Sinds er veel meer online wordt vergaderd minder; dat scheelt namelijk veel reistijd.”

#### *Wat vind je het leukst aan je bestuursfunctie?*

“De kennis die je opdoet bij deze functie, en de contacten binnen en buiten het bestuur die deze functie opleveren, maar ook het meedenken in beleid en last but not least de congressen die je bezoekt.”

#### *Als je een stip op de horizon mag plaatsen voor de NVFB, wat zou die stip dan zijn?*

“De NVFB en daarmee de bekkenfysiotherapeut hebben zich steeds verder ge-professionaliseerd en bekkenfysiotherapie neemt op dit moment in multidisciplinaire richtlijnen een prominente plaats in. Ik hoop dat er ook in 2025 een bestuur van de NVFB is dat net zoals nu enthousiast is en slagvaardig optreedt. Als stip op de horizon moet dan de jonge generatie het stokje overgenomen hebben en houden zich nog meer collega's bezig met onderzoek, waardoor de waarde van de bekkenfysiotherapie nog verder zal uitkristalliseren.

#### *Dieuwke, wie ben jij?*

“Een spontane vlotte jonge moeder die het heerlijk vindt om druk te zijn in haar

tropische jaren van het leven. Druk met bekkenfysiotherapie, in het werk én in het bestuur, maar daarnaast genieten van mijn gezin, bestaande uit Caspar, Joris en Fenne. Niet te vergeten de hond Huub en verzorgpaard Bula die ook aandacht verdienen. Want tijdens de wandelingen en bosritten komen de beste ideeën en vind ik ook mijn rustmomenten.”

#### *Hoelang zit je in het bestuur?*

“Alweer 7,5 jaar bekleed ik de functie van algemeen bestuurslid voor de portefeuille Marketing en Communicatie, waarin ik in november 2017 de taak als penningmeester op mij heb genomen.”

#### *Hoe ben jij het bestuur ingerold?*

“Toen ik in mijn laatste jaar stage liep bij Jolanda Sap ben ik gestart met de Standcommissie. Dat was in 2010 en die commissie doe ik nog steeds met veel plezier. Op het moment dat Jolanda aangaf te stoppen met haar functie als bestuurslid vond zij dat ik daar de juiste kandidaat voor was. Geen idee of dat zo was, maar toch maar een sollicitatiebrief gestuurd en ik werd uitgenodigd. Superspannend, maar dat hoefde helemaal niet, want José en Tine (toenmalig penningmeester respectievelijk voorzitter) waren eigenlijk best aardig. Maar ik voelde mij als een klein eendje met al deze dames met levenservaring en bekkenfysiotherapeutische inzichten. Het was fijn om samen met Bernadette te starten, toch twee nieuwelingen die samen zijn.”

#### *Marketing en Communicatie, wat houdt dat in?*



*Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer*

“Een zeer breed begrip, want je houdt je bezig met het in de markt zetten van het product bekkenfysiotherapie vóór en dóór je leden. Daarom is die taak ook nauw verbonden met de ledenbinding, want op het congres van de NVFB en in het Bulletin probeer je deze samensmelting te creëren. Maar ook zorg je ervoor dat de zaken online goed lopen. Te denken valt aan de website, de Facebook-pagina en het LinkedIn-account van de NVFB. De stand was voor de corona-uitbraak ook echt een paradepaardje, waar je ons vak bekkenfysiotherapie liet zien op bijvoorbeeld de Huisartsenbeurs en de Gezondheidsbeurs. Geweldig om ons vak meer bekendheid te geven.

Verwacht niet dat ik alles zelf doe, gelukkig heb ik geweldige werkgroepen (gehad) die veel werk uit handen nemen en waarmee het super is om projecten voor elkaar te krijgen.”

#### *En dan ben je ook nog penningmeester*

“Klopt, die taak heb ik overgenomen van Nicole toen zij voorzitter werd van de NVFB.”

#### *Hoeveel tijd besteed je hieraan per week?*

“Als penningmeester ben ik ongeveer 1,5 uur per week bezig, maar dit varieert van week tot week en van maand tot maand. Als ik declaraties in orde moet maken, hoeft maar eens per maand. Daarnaast check je de betalingen die gedaan moeten worden en voer je betalingen uit namens de NVFB. Gelukkig zorgt de afdeling Financiële Administratie van het KNGF voor de jaarrekening, zodat ik die alleen maar hoeft te controleren. Samen met input van de andere bestuursleden maak je de begroting in orde. En de Kascommissie controleert of ik alles netjes heb gedaan.”

#### *Waar krijg je energie van?*

“Zaken die afgerond worden. Heerlijk om lijstjes af te vinken: declaraties versturen, mailtjes afhandelen, facturen betalen, ‘lastige stukken’ lezen en becommentariëren. Ook als je een vergadering hebt met het bestuur of een werkgroep is het zo fijn als iedereen meedenkt en taken op zich neemt. Een goed lopende vergadering is echt tóp en geeft mij weer energie om de actiepunten op te pakken. De congressen, zowel ons eigen congres als de buitenlandse, gaven mij veel voldoening en hebben mij als bestuurslid en persoon echt doen groeien. Tel daarbij op dat een kopje koffie in het zonnetje, een buitenrit op

Bula of een boswandeling met Huub mij ook energie geven, net als soms even stilstaan bij wat je hebt gedaan. Dat heb ik echt geleerd. En dat je écht niet alles alleen hoeft te doen.”

*Als je een stip op de horizon mag plaatsen voor de NVFB, wat zou die stip dan zijn?*

“Mijn stip zou zijn dat alle bekkenfysiotherapeuten lid zijn van de NVFB. Eén

grote groep, die staat voor het vak en vertegenwoordigd wordt door de vereniging. Alleen op die manier worden we sterker en staan we sterker in alle overleggen met de zorgverzekeraars en het KNGF.

## Onze vereniging zoekt per direct een

### **ALGEMEEN BESTUURSLID / SECRETARIS / PENNINGMEESTER**

Bestuursleden dienen werkzaam te zijn als bekkenfysiotherapeut en lid te zijn van de vereniging. Zij dragen de missie en visie van de vereniging uit. Zie voor de volledige advertentietekst de site van de NVFB.

#### **Een algemeen bestuurslid**

- heeft een helicopterview
- is een teamplayer
- heeft geen tegenstrijdige belangen
- is representatief
- is bereid om compromissen te sluiten, met uitzondering van noodzakelijke situaties
- kan democratisch denken
- heeft discipline met betrekking tot spelregels
- is ordelijk en kan analytisch denken
- heeft humor en relativeringsvermogen
- beschikt over netwerkcontacten
- is beschikbaar voor 2 tot 4 uur per week

#### **Van de bestuurssecretaris wordt daarnaast verwacht**

- werkervaring als bestuurssecretaris, soortgelijke adviesrol of eindverantwoordelijke functie op strategisch niveau
- aantoonbare kennis en ervaring met sturing op verandering en verbetering van reguliere bedrijfsprocessen
- ervaring met het bewaken van de procesmatige en inhoudelijke voortgang van (beleids)ontwikkelingen (o.a. via risicomangement)
- ervaring met programmamanagement, projectmatig werken/creëren en veranderprocessen
- inzicht in bestuur, taak en werkwijze van een vereniging
- inzicht in samenhang tussen de verschillende beleidsterreinen
- de vaardigheid om jaarplannen, verslagen en adviezen op te stellen

#### **Van de penningmeester wordt verwacht dat deze**

- het financiële beheer van de vereniging kan voeren
- de jaarlijkse begroting kan opstellen en deze bewaken
- financiële middelen kan (doen) werven
- zorg dragen voor onkosten en vergoedingen
- fiscale, juridische zaken en verzekeringen kan regelen
- in het bestuur een spilfunctie kan vervullen ten aanzien van de financiële besluitvorming en de communicatie daarover
- een schakel is tussen het bestuur en (commissie)leden
- verantwoordelijkheidsbesef en inzicht heeft in politiek bestuurlijke verhoudingen

#### **Sollicitatieprocedure**

Wil je meer informatie of direct solliciteren? Neem contact met ons op via [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl). Vervolgens word je uitgenodigd voor een gesprek met twee bestuursleden van de NVFB.

# Varices in schaamstreek

Vera Roest en Jacqueline van Lobenstein

geregistreerd bekkenfysiotherapeuten, Fysiotherapie Duurzaamheid Amersfoort respectievelijk Praktijk voor Fysiotherapie Achterveld

**Iedereen kent wel de spataderen in de benen. Wat minder bekend is, maar wat wij als bekkenfysiotherapeuten wel regelmatig tegenkomen, zijn varices in de schaamstreek: opgezwollen aderen op de labia major of minor. In dit artikel gaan we hier nader op in.**

## Vaginale varices

Ongeveer 20 procent van de vrouwen krijgt tijdens de zwangerschap last van vaginale varices, meestal in het tweede of derde trimester. De varices kunnen ontstaan door obstructie in het kleine bekken, hormonale verslapping van het weefsel door progesteron of verminderde weerstand van de uterus en de placenta. Hierdoor kunnen arterioveneuze fistula ontstaan, die veneuze dilatatie veroorzaken. De kans op (vaginale) varices is groter bij multipara. Bij de meeste patiënten verdwijnen deze varices weer na de bevalling, maar soms blijven ze bestaan.

Fysieke inspanning tijdens de zwangerschap zoals lang staan, overgewicht, of te slappe bekkenbodemspieren en/of een intens orgasme tijdens seks kunnen provocerende momenten voor vaginale varices zijn en kunnen leiden tot verergering van bestaande varices. Erfelijkheid als etiologische factor speelt ook een grote rol.

## Atypische varices, vulvavarices en insufficiënte bekkenvenen

Dit zijn afwijkingen die waarschijnlijk vaker voorkomen dan gedacht, maar in de literatuur is er relatief weinig over geschreven. Men veronderstelt een relatie tussen vulvaire en atypische varices en insufficiënte venen in het kleine bekken. Deze varices kunnen ook aanwezig zijn als vrouwen niet zwanger zijn.

## Symptomen en klachten

Symptomen van veneuze stuwning in het bekken lopen sterk uiteen, van een klein strengetje tot grote blauwe trossen. De intensiteit van de hinder die de vrouw ervan ondervindt, is niet afhankelijk van wat er zichtbaar is.

Mogelijke klachten zijn:

- een zwaar gevoel in de vulvaregio;
- dyspareunie;
- lastig kunnen plassen of pijn tijdens plassen omdat de urethra wordt dichtgedrukt door de opgezette vaten;

- pijn tijdens het zitten (alleen op het puntje van de stoel kunnen zitten);
- pijn tijdens lopen, fietsen, sporten, vrijen;
- gevoel van een dikke pijnlijke prop van onderen;
- last van onderrug en bekken;
- moeheid in de benen of vulva.

Het zware gevoel in de vulvaregio, moeheid en dyspareunie ontstaan doordat bij opstaan de schaamlippen vollopen, wat een vervelend zwaar en drukkend gevoel geeft. In liggende houding verminderen de klachten, zoals te verwachten is bij veneuze insufficiëntie. De klachten verergeren vaak in de premenstruele fase of tijdens de zwangerschap.

## Behandeling

De behandeling bestaat uit voorlichting en ADL-adviezen, oefentherapie en veneuze massagetechnieken.

Voorlichting en advies bestaan uit het geven van leefregels, zoals het afwisselen van lopen en rust, voorkomen van knellende kleding en voorkomen van extreme warmte (sauna/warm bad). Deze adviezen zijn van toepassing op zowel varices in de benen als varices op de labia. Geef advies over de manier van bukken en tillen (ter vermindering van de druk in het kleine bekken). Adviseer sporten die de druk op het kleine bekken niet te veel verhogen. Geef ook advies over de beste manier van vrijen (iets onder de billen, niet onderop liggen) en adviseer om de schaamstreek erna te koelen.

Oefentherapie bestaat uit ademhalings-, veneuze pomp- en kuitspieroefeningen. Bij ademhalingsoefeningen moet aandacht zijn voor de buikademhaling. Buikademhaling verlaagt de druk in de buikholte, wat een aanzuigende werking heeft op het bloed uit de benen en de labia. Met buikademhaling wordt de terugstroom van bloed naar het hart bevorderd.

Veneuze pomp- en kuitspieroefeningen bevorderen de veneuze afvoer in de benen.

Veneuze massagetechnieken kunnen tijdens gravida veel verlichting in de schaamstreek geven.

Wat kunnen de vrouwen zelf doen:

- vaker liggen;
- koelen;
- voorkomen van lang zitten en stilstaan;
- ondersteunend ondergoed dragen;
- zorgen voor een goede stoelgang en gebruik van een goede perstechniek;
- fietszadel aanpassen: een schapenvacht eroverheen of een rokzadel gebruiken;
- rugligging met klein kussentje onder billen (cave: bekkenklachten).

## Verdwijnen vaginale varices vanzelf?

Ja, in de meeste gevallen verdwijnen varices na de zwangerschap of na een periode van rust zonder belasting van bekkenbodem en erogene zone. Er is wel een kans dat de klachten nog een paar maanden na de bevalling aanhouden en afnemen in de ontzwangerperiode door hormonaal herstel en versterkte bekkenbodemspieren.



De aderen in de lies.

# Minimale opleidingseisen voor masteropleidingen bekkenfysiotherapie zijn klaar!

In 2025 studeren de eerste bekkenfysiotherapeuten af met EPA's op eindniveau

Nicole van Bergen, MSPT en Sander van de Water, PhD

voorzitter NVFB, portefeuille Kwaliteit en scholing – AdPhysio: Research, Training & Consultancy

**Drie jaar geleden trapte de NVFB het project Entrustable Professional Activities (EPA's) van de bekkenfysiotherapeut af. Nicole van Bergen en Sander van de Water begonnen namens de NVFB het avontuur om minimale opleidingseisen te formuleren voor de masteropleidingen bekkenfysiotherapie, zie artikel in Bulletin nummer 42. Met Elisabeth van der Spek-Mes erbij was de kern van de werkgroep gevormd. Maar, het werk werd gedaan met veel inbreng van alle directbetrokkenen: opleiders, stagebegeleiders en studenten.**

## Aanleiding

In 2019 bereidde het bestuur van de NVFB een aanvraag voor die moest gaan leiden tot de bescherming van de titel bekkenfysiotherapeut, artikel 14 Wet BIG. Deze aanvraag staat op dit moment on hold in afwachting van de ontwikkelingen met betrekking tot het BIG-register. Mocht de erkenning tot stand komen, dan komt er een apart register. Alle bekkenfysiotherapeuten die geregistreerd staan in KRF-NL of in het nieuwe (praktijk)register na de fusie SKF-KNGF, stromen dan in in dit specialistenregister. Een van de voorwaarden voor zo'n register is dat er een 'Besluit opleidingen en erkenning' is. Er wordt dus van ons als beroepsinhoudelijke vereniging verwacht dat wij opleidings- en erkenningseisen opstellen. Vooruitlopend hierop ontstond bij het bestuur van de NVFB de wens om het beroepsprofiel te vertalen naar opleidingseisen.

## De keuze voor EPA's

Er werd gestart met de bestudering en vertaling van het IFOMPT-document met internationale opleidingseisen. Uit gesprekken tussen mijzelf als huidig voorzitter van het bestuur en Sander van de Water van AdPhysio Research, Training & Consultancy, bleek dat deze door het IFOMPT geformuleerde eisen in te beperkte mate als eisen of richtlijn konden dienen om aan de wens van de NVFB te kunnen voldoen. Hierna is gekeken welke onderwijsmodellen passen bij het huidige onderwijs in Nederland, welke modellen



## ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES VAN DE BEKKEN FYSIOTHERAPEUT

MINIMALE OPLEIDINGSEISEN VOOR MASTEROPLEIDINGEN  
BEKKENFYSIOTHERAPIE





aansluiten bij het onderwijs voor bekkenfysiotherapeuten en hoe tegelijkertijd aan de wens van de NVFB kon worden voldaan.

Aan de geneeskundeopleiding, en inmiddels aan meerdere andere professionele opleidingen in de gezondheidszorg, is het concept van EPA's in sneltreinvaart uitgerold. Het is een geschikt gebleken model dat 'in' de praktijk staat en handvatten biedt voor opleidingen, studenten en klinisch begeleiders. Het EPA-concept kwam ook tegemoet aan de wens van de NVFB om het beroepsprofiel te vertalen naar opleidingseisen. EPA's worden gekoppeld aan de benodigde competenties van het beroepsprofiel. Ze vormen een aanvulling op het competentiegericht onderwijs, zijn een hulpmiddel voor praktijkonderwijs en een vertaalslag van de beroepspraktijk naar opleidingseisen.

### **EPA's beschrijven professionele activiteiten die worden uitgevoerd door en zijn toevertrouwd aan bekkenfysiotherapeuten in de praktijk**

EPA's sluiten direct aan bij de praktijk. Het zijn beschrijvingen van activiteiten die worden uitgevoerd door bekkenfysiotherapeuten. Die beschrijvingen zijn afgebakend, zodat voor iedereen duidelijk is wat er wel en niet onder wordt verstaan, en ze bevatten door het werkveld opgestelde minimumeisen. Ze maken het leren en aanleren van professionele activiteiten expliciet en geven daarmee meer duidelijkheid en richting aan wat je als student aan activiteiten moet leren, maar ook waar je als opleider de student kunt begeleiden in het leerproces. Daarnaast geven de minimumeisen houvast en duidelijkheid om tot een hoger supervisie-niveau ofwel meer zelfstandigheid te komen.

### **Het ontwikkelproces**

Bij de ontwikkeling van de EPA's zijn meerdere fasen doorlopen, zoals geadviseerd in de literatuur (Ten Cate et al., 2015; Chen et al., 2016; Peters et al., 2017). Als beginpunt werd een startbijeenkomst georganiseerd met stagebegeleiders, studenten en opleiders in de bekkenfysiotherapie om het concept EPA's te presenteren en een eerste stap te zetten om samen, als beroepsveld, dit onderwijsconcept te ontwikkelen voor de bekkenfysiotherapie. Een van de stappen die uit deze bijeenkomst voortkwamen, was dat meerdere bekkenfysiotherapeuten met uiteenlopend ervaringsniveau in verschil-

### **Wat zijn Entrustable Professional Activities (EPA's)?**

EPA's zijn professionele activiteiten die bekkenfysiotherapeuten dagelijks of wekelijks uitvoeren en die toevertrouwd (moeten) worden aan bekkenfysiotherapeuten (in opleiding) als specialist. Juist die activiteiten of clusters van activiteiten, zoals een specifieke anamnese afnemen en bekkenfysiotherapeutisch lichamelijk onderzoek uitvoeren, hebben een bepaald niveau van vertrouwen nodig voordat iemand die activiteiten zou mogen uitvoeren. Elkaar een dergelijke activiteit toevertrouwen, vormt de basis van klinisch onderwijs en van EPA's.

Er zijn verschillende niveaus van supervisie, waaronder bijvoorbeeld dat de student/collega enkel mag observeren of, een stapje verder, de activiteit mag uitvoeren onder directe supervisie of indirecte supervisie. Om deze activiteiten met meer zelfstandigheid uit te mogen voeren, moet een student/collega over meerdere competenties beschikken en meermaals hebben laten zien dat zij de activiteiten kan uitvoeren op het vereiste niveau. Zo wordt met EPA's gewerkt naar ten minste het minimale niveau en de minimale ervaring die wij als beroepsgroep verwachten van nieuwe collega's.

lende settingen, een week lang hebben bijgehouden wat ze als bekkenfysiotherapeut in hun vak precies deden. Daarnaast zijn vele professionele activiteiten geïdentificeerd uit verschillende documenten, zoals opleidingsdocumenten en het beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut. Beide onderdelen vormden een aanzet om tot een inhoudsvalide concept van EPA's voor de bekkenfysiotherapie te komen.

In de volgende fase zijn deze gegevens geanalyseerd en is geïnventariseerd welke activiteiten in geclusterde vorm konden worden omschreven als concept-EPA's. Een tweede bijeenkomst werd door COVID-19-maatregelen via Teams gehouden in drie verschillende klankbordgroepen van studenten, stagebegeleiders en opleiders. Het doel van deze bijeenkomsten was:

1. formuleren van het eindniveau van de basis-EPA's;
2. nieuwe data of bevestiging krijgen van professionele activiteiten voor concept-EPA's;
3. input krijgen voor vier componenten van de EPA's (titel van de EPA, specificatie en grenzen, benodigde ervaring, kennis, vaardigheden en attitude en beoordelingsinformatie voor de summatieve entrustment decision), alsook input krijgen voor samenwerking, werksetting, indicaties en (supervisie)niveau van huidige stages.

Met deze informatie ging de werkgroep aan de slag en formuleerde negen concept-EPA's. Deze EPA's waren voor een eerste feedbackronde langs een petit comité van drie bekkenfysiotherapeuten gestuurd. De verkregen feedback was voor de derde bijeenkomst met de klankbordgroepen verwerkt. Ook de derde bijeen-

komst verliep via Teams en had tot doel:

1. ophalen van feedback;
2. aanscherpen van de concept-EPA's;
3. in kaart brengen van discussiepunten.

Met de opleiders is nog een extra bijeenkomst gehouden; één bijeenkomst was onvoldoende om alles te bespreken. De resultaten van deze bijeenkomst en de feedback uit de andere klankbordbijeenkomsten werden verwerkt, zodat de EPA's nog voor de zomervakantie naar alle leden van de klankbordgroepen waren gestuurd voor een laatste papieren feedbackronde.

In augustus was de laatste feedback verwerkt en werd gewerkt aan de eindvorm van het product. Op de algemene ledenvergadering van de NVFB, november jl. is het document gepresenteerd. In 2025 zullen de eerste master bekkenfysiotherapeuten volgens deze minimale opleidingseisen afstuderen.

Nieuwsgierig geworden? Kijk voor het document met de minimale opleidingseisen op de site van de NVFB.

### **Referenties**

- ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015;37(11), 983-1002. doi: 10.3109/0142159X.2015.1060308
- Chen HC, McNamara M, Teherani A, ten Cate O, O'Sullivan P. Developing entrustable professional activities for entry into clerkship. *Acad Med* 2016;91(2):247-55. doi: 10.1097/ACM.0000000000000988
- Peters H, Holzhausen Y, Boscardin C, ten Cate O, Chen HC. Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions. *Med Teach*. 2017;39(8):802-7. doi: 10.1080/0142159X.2017.1331031

# Delay in toilet training in healthy infants: investigating possible influencing factors and implementing a new toilet training method

*Dit is de samenvatting van het proefschrift waarop Tinne Van Aggelpoel op 9 september 2021 haar doctoraat in de medische wetenschappen behaalde aan de KU Leuven.*



*Tinne Van Aggelpoel*

Zindelijkheidstraining (ZT) is een universele kwestie voor kinderen en een van de belangrijkste stappen in hun groei naar onafhankelijkheid. Onderzoekers benadrukken om de ZT te starten op het moment dat het kind zelf er klaar voor is en bepaalde ontwikkelingsvaardigheden en kenmerken toont. Deze zogehete 'rijpheidssignalen' geven een indicatie van de ontwikkeling van zowel fysieke als psychosociale vaardigheden van het kind, bijvoorbeeld het kind kan zelfstandig lopen, het kind begrijpt potjesgerelateerde woorden, het kind kan zelf de broek aan- en uitdoen, het kind wil taken zelf vervullen en is trots op nieuwe vaardigheden (tabel 1).<sup>1</sup> Maar tegelijkertijd hebben ouders de neiging om de ZT op een latere leeftijd aan te vatten, waardoor het bereiken van vrijwillige controle over blaas en darmen wordt vertraagd. Een latere ZT kent meerdere nadelige consequenties, zowel voor het kind als voor de omgeving.

De voornaamste doelen van deze thesis waren de vier factoren die bijdragen aan de verlatenheid van de ZT aan te pakken:

- 1 de perceptie van ouders.
- 2 verspreide informatie.
- 3 stoelgangproblemen.
- 4 tijd.

In hoofdstuk 2 wordt het onderzoek naar de perceptie op zindelijkheid beschreven dat is uitgevoerd onder 832 ouders door middel van een vragenlijst. 50% van de ouders begon de ZT omdat het kind wel dra zou starten met school en ouders leken meer te vertrouwen op externe factoren (zoals de start van de kleuterschool, een vakantieperiode waarin ouders tijd hadden, ...) om de training te starten, eerder dan de maturiteit of rijpheid van het kind in acht te nemen, al bereikte deze laatste groep zindelijkheid significant vroeger.

Informatie over ZT, over de trainingsmethoden, over wanneer het beste kan worden gestart met trainen enzovoort, is wijd verspreid. Ze wordt via allerhande kanalen ter beschikking gesteld maar is in sommige gevallen niet correct of zelfs tegenstrijdig. Iedere school, ieder kinderdagverblijf of iedere overheidsinstantie ontwikkelt een eigen pakket, brochure, poster of boek. Voor ouders is het niet makkelijk om de correcte en relevante informatie hieruit te filteren, ze worden onzeker en stellen de ZT uit.

Hoofdstuk 3 beschrijft het vragenlijstonderzoek dat is uitgevoerd onder ouders om te achterhalen waarover en hoe zij geïnformeerd willen worden ten aanzien van ZT. Hiertoef werden zes focusgroepen gehouden met in totaal 37 deelnemers met als doel de ervaringen van ouders met ZT te verkennen. De bevindingen van dit kwalitatieve onderzoek laten zien dat gerenommeerde instanties, familie, vrienden, kinderdagverblijven en leraren in het kleuteronderwijs als betrouwbare

bronnen werden beschouwd. Informatie over zindelijkheid moet makkelijk te begrijpen zijn en geen wetenschappelijke termen bevatten. Een kleurrijke en geïllustreerde brochure die per post wordt verstuurd verdient de voorkeur.

Hoofdstuk 4 beschrijft een prospectieve, observationele studie waarin het optreden van ontlasting na de maaltijd in kaart wordt gebracht bij 40 gezonde zuigelingen die nog niet zindelijk waren. Ontlasting werd geobserveerd binnen het eerste uur na de maaltijd bij 75% van de kinderen. Van hen had 37% ontlasting binnen 15 minuten en 72 binnen het halfuur. 59% van alle kinderen had stoelgang in de ochtend, 54% 's middags en 28% 's avonds. We geloven dat het gebruik van het gastrocolisch reflex in de ZT, in de vorm van geplande toiletmomenten 15 tot 30 minuten na de maaltijd, het kind zou kunnen helpen in zijn leerproces om stoelgang te maken op het potje.

In hoofdstuk 5 kaarten we het probleem aan van de groeiende populatie kinderen in kinderdagverblijven die zindelijk moeten worden en ouders die onzeker zijn over de juiste timing en manier van ZT of gebrek aan initiatief en tijd tonen om te starten met trainen. In een prospectieve, geclusterde gerandomiseerde gecontroleerde studie werden in totaal 55 kinderen (16 jongens en 39 meisjes) getraind: 27 kinderen in 11 verschillende kinderdagverblijven in de interventiegroep en 28 kinderen in 11 andere kinderdagverblijven in de controlegroep. Innovatieve kenmerken van deze methode van ZT waren een twee uur durende intensieve training gedurende twee opeenvolgende dagen, uitgevoerd in kleine groepjes in de kinderdagverblijven. Kinderen droegen ondergoed, werden aan de hand van boekjes en een plaspop geïnstrueerd, op regelmatige tijdstippen werd er gedronken, ieder kind had zijneigen potje, er waren vaste toiletmomenten met de gehe-

Tabel 1 Tekenen dat het kind rijp is voor zindelijkheidsstraining.<sup>1</sup>

RS1	Child can imitate behavior
RS2	Child is capable of sitting stably and without help
RS3	Child can walk without help
RS4	Child is able to pick up small objects
RS5	Child can say NO as sign of independence
RS6	Child understands and can respond to directions, questions or explanations and can follow simple commands
RS7	Child expresses a need to evacuate and shows awareness of the need to void or to have a bowel movement
RS8	Child puts things in containers spontaneously
RS9	Child evacuates on the potty when he/she has the urge to pee or to have a bowel movement
RS10	Child understands potty-related words
RS11	Child has a broader vocabulary
RS12	Child wants to participate in and cooperate with toilet training, and shows interest in toilet training
RS13	Child is dry after the midday nap
RS14	Child insists on completing tasks without help and is proud of new skills
RS15	Child wants to be clean and is distressed by wet or soiled diapers. Child indicates most of the time by himself/herself that he/she has wet/dirty pants
RS16	Child can pull clothes up and down in a toilet training-related context
RS17	Child begins to put things where they belong
RS18	Child can sit still on the potty for some time without being forced to do this
RS19	Child stays bowel movement-free overnight

Tinne Van Aggelpoel (36 jaar) studeerde af in 2008 aan de KU Leuven als Licentiaat in de Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie, specialisatie neuromotorische revalidatie. In 2013 behaalde ze haar verbijzondering in de pelvische reëducatie en perinatale kinesithérapie en in 2017 kreeg ze de erkenning van bijzondere beroepsbekwaamheid in de bekkenbodembreëducatie en perinatale kinesithérapie. In september 2021 behaalde Tinne haar doctoraat in de medische wetenschappen, getiteld *Delay in toilet training in healthy infants: investigating possible influencing factors and implementing a new toilet training method*. Ze is actief als bekkenbodembreëducatie in het Kleinbekkenklinik van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, België, met een bijzondere interesse voor de pelvische reëducatie bij kinderen en stoelgangproblemen bij kinderen en volwassenen. Ze werkt deeltijds als onderwijsbegeleider aan de Universiteit Antwerpen, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, opleiding Revalidatiewetenschappen.

le groep, de trainers observeerden de kinderen en bij signalen van aandrang werd het kind aangespoord om naar het potje te gaan. Successen op het potje werden beloond door gejuich van de groep, een stempel of een sticker, en er werd niet gestraft voor ongelukjes.

De interventie had een significante invloed op de duur van de ZT bij gezonde kinderen, met een gemiddelde duur van twee weken, vergeleken met vijf weken in de controlegroep. De kans om zindelijk te worden in de zes weken follow-up was twee keer zo groot in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep.

De conclusie luidde dat educatie van ouders en opvoeders over de beoordeling van de rijpheid van een kind en richtlijnen voor het uitvoeren van de ZT die zijn gebaseerd op wetenschappelijke bevindingen, de eerste stappen zouden kunnen zijn in de aanpak van de verlaten van de ZT bij gezonde kinderen.

**Referentie**

1 Kaerts N, Vermandel A, Lierman F, Van Gestel A, Wyndaele JJ. Observing signs of toilet readiness: results of two prospective studies. *Scand J Urol Nephrol*. 2012;46(6):424-30.

# Critically Appraised Topic:

## De meetfout van de Incontinence Impact Questionnaire-7 bij een 63-jarige, postmenopauzale vrouw met stress urine-incontinentie

Frouke Jansen-Takken

masterstudent bekkenfysiotherapie, SOMT University of Physiotherapy, Amersfoort



Frouke Jansen-Takken

### Klinisch beeld

Een postmenopauzale 63-jarige vrouw (G3P3, P1 vacuümextractie en episiotomie) is via DTF bij de eerstelijns fysiotherapiepraktijk gekomen omdat zij sinds twee jaar in toenemende mate last heeft van SUI (3IQ, PRAFAB 14) tijdens werken als verpleegkundige en in ADL tijdens niezen en lachen. Dit heeft in toenemende mate tot gevoel dat ze het plezier

in het werk en sociale activiteiten verliest (UDI-6: 30 en IIQ-7: 15). Er is sprake van een afwijkend toiletgedrag (hesitatie, staccato mictie, persende mictie) en mictiepatroon (frequente mictie, 14 maal per etmaal en regelmatig kleine hoeveelheden (< 200 ml)). Mevrouw wil graag binnen een termijn van zes maanden meer vrijheid in ADL en dat de SUI haar kwaliteit van leven minder nadelig beïnvloedt. Het klinisch dilemma is of de meetfout van de IIQ-7 klein genoeg is om een daadwerkelijk verschil in kaart te kunnen brengen in kwaliteit van leven bij een 63-jarige postmenopauzale vrouw met SUI.

### Klinische vraag

Wat is de meetfout (O) van de IIQ-7 (I) bij een 63-jarige postmenopauzale vrouw (G3P3) met SUI (P)?

### Geselecteerd artikel

Er werden drie relevante artikelen gevonden. Geselecteerd is Validation of the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) and Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) in a Dutch Population van Uto-mo E, Korfage IJ, Wildhagen MF, Steensma AB, Bangma CH, Blok BFM. (Neuro-urological Neurodyn. 2015;34(1)24-31). Dit artikel is gekozen op basis van in- en exclusiecriteria die bij de casus passen.

### Kritische beoordeling van het artikel

De studie is beoordeeld middels de Qarel-checklist voor klinimetrie. De selectieprocedure is valide. Uitvallers zijn gerapporteerd en de reden is toegelicht. Er is mogelijk sprake van spectrumbias; de patiënten zijn geselecteerd in een derdelijns centrum urogynaecologie. De tijd tussen de baselinetest en de hertest die gebruikt wordt om de meetfout te meten, is 10 tot 25 dagen, een tijd van twee weken is acceptabel. Dit houdt in dat de beoordeelaars (patiënten in deze studie) voldoende geblindeerd zijn voor hun eigen antwoorden en de verwachting is dat de gezondheidsituatie stabiel is gebleven. Er is mo-

gelijk sprake van een systematic error; als op maximaal twee van de zeven vragen van de IIQ-7 het antwoord ontbrak, is het gemiddelde van de andere patiënten genomen. Wanneer meer dan twee antwoorden ontbraken, is de patiënt geëxcludeerd. Voor het beoordelen van psychometrische eigenschappen van de IIQ-7 zijn passende statistische middelen gebruikt; de meetfout is aangegeven met de limits of agreement (LOA). De patiëntkenmerken zijn opgenomen in tabel 1.

### Resultaten/evidence

De meetfout van de vragenlijst kan worden uitgedrukt als test-hertestbetrouwbaarheid in de vorm van de LOA. De LOA van de IIQ-7 is -17,7 tot 37,5. Daarmee is de meetfout kleiner dan de minimal important change (MIC) van -19. Het meetinstrument is bruikbaar voor het meten van verschillen (tabel 2).

### Commentaar/besluitvorming

Er is mogelijk sprake van enige overschatting van de resultaten door de aanwezigheid van een systematic error, spectrumbias en verschil in leeftijd tussen de groepen. Verder zijn er geen bijzonderheden, daarom is de interne validiteit van het artikel voldoende. De aanwezige biases beïnvloeden de bruikbaarheid niet ernstig. De belasting van het meetinstrument voor de patiënt is laag, het invullen duurt minder dan 5 minuten. De patiëntengroep is groot genoeg om een valide uitspraak te kunnen doen over de resultaten. Waarden die buiten de LOA vallen, zijn daadwerkelijke verschillen. De MIC is -19 en valt daarbij buiten de onderste waarde van de LOA. Op grond daarvan kan worden gesteld dat de meetfout klein genoeg is en dat het meetinstrument bruikbaar is voor het meten van verschil. In de studie zijn patiënten geïncludeerd vanuit de derdelijnszorg en de resultaten zijn daarom wellicht onvoldoende toepasbaar in deze casus, waarin de patiënt zich via directe toegankelijkheid fysiotherapie

Tabel 1 Deelnemerskarakteristieken

	Leeftijd in jr ± SD	Vrouw	Man	IIQ-7 original Gem. (SD)
Patiëntengroep (n = 160)	62 ± 12	n = 95 (65%) (SUI n = 59)	n = 65 (41%)	38,4 (24,6)
Controlegroep (n = 279)	49 ± 16	n = 141 (51%)	n = 138 (50%)	4,0 (10,9)

Tabel 2 Test-heretestbetrouwbaarheid en LOA IIQ-7

	Test-heretest/meetfout (LOA)	Minimal important change
IIQ-7 origineel	mean change ± SD-change; 9 ± 14,1 LOA; 17,7-37,5	-19

De IIQ is in deze studie getest in drie versies: de IIQ-7 origineel, IIQ-7 aangepast en IIQ-8. Dit om te testen bij mannen en vrouwen of er verschil zat in uitkomst mét en zonder vragen over huishoudelijk werk en werk buitenshuis. Dit verschil blijkt verwaarloosbaar. Daarom wordt alleen de uitkomst van de IIQ-7 vermeld.

heeft gemeld. Echter, de patiënt uit de casus zou worden geïnccludeerd in het onderzoek op basis van leeftijd, aard en ernst van de klachten en het niet aanwezig zijn van urineweginfecties, neurologische ziektes, maligne tumoren of dementie. Daarom kan worden geconcludeerd dat de externe validiteit voldoende is.

Omdat de interne en externe validiteit voldoende zijn, de meetfout kleiner is dan het klinisch-relevante verschil en de IIQ-7 goed toepasbaar is, is de IIQ-7 een geschikte vragenlijst voor het in kaart brengen van de kwaliteit van leven bij een 63-jarige, postmenopauzale vrouw met SUI.

**Clinical bottomline**

De LOA van de IIQ-7 variëren van -17,7 tot 37,5. Met een MIC van -19 blijkt de meetfout klein genoeg om een verandering in kwaliteit van leven te kunnen meten bij een 63-jarige postmenopauzale vrouw met SUI en kan deze worden toegepast.

## Wat is een Critically Appraised Topic (CAT)?

Met een CAT wordt een klinisch dilemma beantwoord met behulp van de best beschikbare wetenschappelijke evidence. Een klinisch dilemma kan ontstaan als we een patiënt niet volgens onze richtlijnen of evidence statements kunnen behandelen of als we onvoldoende bekend zijn met de wetenschappelijke state of the art van een gezondheidsprobleem.

Tijdens de opleiding aan SOMT University of Physiotherapy wordt vanaf het eerste jaar een aantal CAT's geschreven binnen de diverse methodologische domeinen, met een toenemende complexiteit in klinische dilemma's. Deze CAT is geschreven in het laatste jaar van de masteropleiding bekkenfysiotherapie.

Deze CAT betreft een patiënte met een partiële dwarslaesie met als klacht urine-incontinentie. Er wordt een klinische vraag (bijv. PICO) opgesteld, zodat via gestructureerd zoeken in elektronische databases (bijv. MEDLINE) het meest geschikte artikel wordt gevonden dat de vraag kan helpen beantwoorden. De methodologie van de beschreven studie wordt in de CAT beoordeeld. Daarnaast wordt gekeken naar de externe validiteit om de beschreven resultaten op de juiste manier te kunnen vertalen naar het klinisch probleem. Zijn de resultaten betrouwbaar en valide of is er sprake van een te positieve uitkomst voor de patiënt van de CAT?

Het gaat hier om een therapeutische CAT, waarbij een randomised controlled trial (RCT) is gevonden die beoordeeld is op kwaliteit, en waarvan de resultaten worden besproken en geïnterpreteerd voor de patiënte met een partiële dwarslaesie en urine-incontinentie. Een CAT kan ook een diagnostisch, prognostisch of een etiologisch dilemma betreffen. Dan wordt andere studiemethodologie besproken, evenals andere statistische analyses en andere uitkomstmaten.

# De gezichten achter de (multidisciplinaire) richtlijnen

Nicole van Bergen MSPT

voorzitter NVFB en portefeuillehouder Kwaliteit en Scholing

**De NVFB wordt regelmatig gevraagd om deel te nemen aan de ontwikkeling en herziening van (multidisciplinaire) richtlijnen of voor het becommentariëren hiervan, en vaardigt hiertoe leden af om zitting te nemen in een klankbordgroep. In dit artikel stellen deze mensen zich voor, beschrijven zij 'hun' richtlijn en wat ze ervoor hebben gedaan om de bekkenfysiotherapie de juiste plaats in die richtlijn te geven.**

Meewerken aan richtlijnen, die taak heeft de NVFB al vele keren op zich genomen. De afgelopen jaren hebben leden zich toegewijd ingezet voor richtlijnen over rectumprolaps, vulvodynie, chronische bekkenpijn, lichen sclerosus, lichen planus en lage rugklachten. De vereniging kiest er vaak voor om duo's af te vaardigen, omdat je dan taken kunt verdelen, samen kunt sparren en samen ook sterker staat. Zo namen Jenneke Kalkdijk en Daniëlle van Reijn de richtlijn 'Rectumprolaps' voor hun rekening. Mieke Raadgers en Tine van den Bos becommentarieerden eerst de multidisciplinaire richtlijn 'Vulvodynie', werkten daarna mee aan de totstandkoming van de richtlijn 'Lichen sclerosus' en de richtlijn 'Lichen planus'. Allemaal multidisciplinaire richtlijnen. Corine Adamse en Ana dos Santos droegen hun steentje bij aan de multidisciplinaire richtlijn 'Chronische bekkenpijn'. Judith Jesterhoudt en Wilma Tempelaars zitten in de klankbordgroep van de KNGF-richtlijn 'Lage rugpijn'. Per richtlijn komen zij aan het woord.

Hieronder dus een overzicht van de richtlijnen waaraan de NVFB de afgelopen jaren mocht meewerken. Er zullen nog vele richtlijnen volgen.

Zitting nemen in de werkgroep van de multidisciplinaire richtlijn 'Rectumprolaps'



Jenneke van Kalkdijk

## Jenneke stelt zich voor

"Ik heb mijn opleiding bekkenfysiotherapie gedaan in Breda en later mijn master aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. In 2000 ben ik gestart met het Bekken & Bekkenbodem Zorgcentrum te Leeuwarden en in 2011 heb ik het Bekkenbodem Expertisecentrum in Medisch Centrum Leeuwarden vormgegeven; daar ben ik coördinator van. Aan de VU heb ik meerdere modules epidemiologie gevolgd om goed wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen, hetgeen geleid heeft tot mijn promotieonderzoek. Ik ben onderzoeker heilkunde in het UMCG en het Radboudumc. Daarnaast doe ik onderzoek op het gebied van functionele obstipatie en hemorroïden. Ons team heeft net een grote multicenter trial (RCT) afgerond over het effect van bekkenfysiotherapie bij patiënten na een LAR-operatie vanwege rectumcarcinoom vergeleken met standard care. Ik woon al jaren in Leeuwarden, ben getrouwd en heb twee hele fijne dochters."



Daniëlle van Reijn

## Daniëlle stelt zich voor

"In 1991 ben ik afgestudeerd als fysiotherapeut, waarna ik de universitaire opleiding pedagogiek, 'Sport bewegen en gezondheid' heb afgerond. Daarna heb ik 14 jaar gewerkt in de Isala Klinieken te Zwolle, met name op de afdelingen Kindergeeneeskunde, Gynaecologie, Urologie en in een multidisciplinair bekkenbodemteam. Vanuit deze interesse ben ik me gaan specialiseren als bekkenfysiotherapeut en in 2006 studeerde ik af aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Inmiddels ben ik 15 jaar werkzaam als zelfstandig bekkenfysiotherapeut in Baarn en in de Proctoskliniek in Bilthoven. Op de SOMT heb ik vijf jaar gewerkt als docent en jaarcoördinator bij de opleiding bekkenfysiotherapie. Naast mijn huidige praktijkwerk doe ik promotieonderzoek vanuit Leiden en de Proctoskliniek naar de bekkenfysiotherapeutische behandeling bij patiënten met een chronische anale fissuur. Al vele jaren woon ik met veel plezier in Baarn; ik ben getrouwd en heb vijf fijne kinderen."

### *Wat is jullie motivatie om aan deze richtlijn mee te willen werken?*

**Jenneke:** “Belangrijke motivatie voor ons hierin is de bekkenfysiotherapie een belangrijke plaats te geven binnen deze richtlijn. Wij wilden graag een actieve bijdrage leveren aan de optimale zorg rond de patiënt met een rectumprolaps en daarin is een belangrijke rol voor de bekkenfysiotherapie weggelegd.”

### *Welke disciplines zaten er nog meer in de werkgroep en hoe was de rolverdeling?*

**Daniëlle:** “Er waren meerdere chirurgen bij betrokken, een MLD-arts, een gynaecoloog, een uroloog, een radioloog en de Stichting Bekkenbodembodem4all. Een projectleider, namens de Federatie Medisch Specialisten, was coördinator. We hadden allemaal dezelfde rol en binnen elk domein zijn we bezig geweest met systematisch literatuuronderzoek. Elke discipline had een gelijkwaardige weg van wetenschappelijke onderbouwing.”

### *Hoe verliep dat proces?*

**Jenneke:** “Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de van tevoren opgestelde specifieke uitgangswaarden, bijvoorbeeld scoresystemen en chirurgische behandelingen. Voor ons was de uitgangsvraag: ‘Welke conservatieve behandelingsmogelijkheden kunnen beschreven worden voor patiënten met fecale incontinentie en obstructieve defecatie.’

Binnen de bekkenfysiotherapie werd er gekeken naar spierfunctietraining, biofeedbacktraining, functionele elektrostimulatie, rectale ballon, PTNS en de TRANS. Eerst werd relevante literatuur gescreend en beoordeeld door iedereen. Op basis van deze literatuur werd dan door een paar mensen een samenvatting geschreven, die vervolgens weer werd beoordeeld door de gehele groep. Vervolgens schreef de projectleider van de Federatie Medisch Specialisten een voorzet die centraal werd besproken, gereviewed en gereviseerd. Uiteindelijk formuleerden we op basis van de geïncludeerde studies aanbevelingen op basis van de GRADE-systematiek.”

### *Hoe was het om dit samen te doen?*

**Daniëlle:** “Als duo konden we een sterke positie innemen. We hebben wel eerst onze plek moeten verwerven binnen deze groep van specialisten. Het feit dat wij als duo zitting hadden in de bijeenkomsten maakte onze positie zeker sterker. We vul-

den elkaar goed aan, en konden steeds opnieuw de rol van de bekkenfysiotherapie benadrukken.”

### *Ons vak positioneren, lukte dat?*

**Jenneke:** “Enerzijds niet. Er bestond over het algemeen wel een grote affiniteit met de bekkenfysiotherapie, maar die was gebaseerd op de empirie. Anderzijds moesten we binnen de richtlijn natuurlijk afgaan op wetenschappelijke onderbouwing en dan is het veel moeilijker om de bekkenfysiotherapie haar plek te geven, omdat er te weinig evidence is met betrekking tot deze patiëntencategorie. Hier lopen we binnen de bekkenfysiotherapie toch steeds weer tegenaan: evidencebased contra practicebased.”

### *Hoe hebben jullie de samenwerking met de anderen ervaren?*

**Daniëlle:** “De samenwerking was vanuit gelijkwaardigheid, maar deze rol hebben we wel moeten verwerven. Gedurende het traject ontstond er meer collegialiteit en wederzijds respect.”

### *Wat vonden jullie positief?*

**Jenneke:** “Onze samenwerking als duo en dat we als bekkenfysiotherapie een belangrijke plek hebben gekregen binnen de behandeling van rectumprolapspatiënten. Het conservatief behandelen van deze problematiek is de eerste belangrijke stap.”

### *En wat minder positief?*

**Daniëlle:** “We lopen altijd aan tegen het tekort aan evidence. De projectleider van dit proces was zelf niet inhoudsdeskundig op het gebied van de bekkenfysiotherapie en daardoor hebben we veel moeten communiceren over de juiste wijze van conclusies trekken over de rol van de bekkenfysiotherapie binnen de behandeling van een rectumprolaps.”

### *Zijn jullie tevreden over het eindresultaat?*

**Jenneke:** “Ja, dat zijn we zeker, de bekkenfysiotherapie heeft een belangrijke plaats gekregen binnen de richtlijn. Deze richtlijn geeft een mooie overview van de behandelmethoden bij patiënten met een rectumprolaps. In die hoedanigheid ook interessant voor bekkenfysiotherapeuten om te lezen. Tevens is het een goede opstap om te kijken wat de manco's zijn in de evidence ten aanzien van bekkenfysiotherapie bij patiënten met een rectumprolaps.”

### *Heeft dit proces ook bijgedragen aan jullie eigen ontwikkeling?*

**Daniëlle:** “Voor mij heeft het geleid tot het actief werken aan de wetenschappelijke onderbouwing van ons vak en het heeft ertoe geleid dat ik mij meer bezig ben gaan houden met onderzoek op het gebied van colorectale problematiek.”

**Jenneke:** “Ik was al actief bezig met onderzoekswerk, maar dit proces heeft mij alleen maar daarin bevestigd. We hebben echt meer enthousiaste, ambitieuze bekkenfysiotherapeuten nodig die zich willen inzetten voor de wetenschappelijke onderbouwing van ons vak.”

### *Een onervaren collega de fijne kneepjes leren. Willen jullie dat?*

**Daniëlle:** “Ja, dat lijkt me heel zinvol.”

**Jenneke:** “Ja natuurlijk! De belangrijke boodschap in alles is toch wel dat we als bekkenfysiotherapeuten elkaar nodig hebben om tot meer wetenschappelijk onderzoek te komen. We hebben gedreven collega's nodig om ons vak meer de plek te geven die het verdient.”

## **Meewerken aan drie multidisciplinaire richtlijnen: 'Vulvodynie', 'Lichen sclerosus' en 'Lichen planus'**

### **Mieke stelt zich voor**

“Ik ben eerstelijns bekkenfysiotherapeut, bewegingswetenschapper, docent en (als hobbyist) meubelmaker.”



*Mieke Raadgers*

## Tine stelt zich voor

“Ik ben 2,5 dag werkzaam als bekkenfysiotherapeut/oedeemtherapeut en daarnaast voorzitter van Bekkenbodem4All, de patiëntenvereniging voor mensen (van jong tot ouder) met klachten van de bekken(bodem)regio.”



Tine van den Bos

## Wat is jullie motivatie om aan deze richtlijn mee te willen werken?

**Tine:** “Bij de eerste versie van de multidisciplinaire richtlijnen over lichen sclerosus en lichen planus in 2012 was ik de enige bekkenfysiotherapeut en onervaren ten aanzien van de inbreng van mijn expertise. Gelukkig kende ik vrijwel alle medisch specialisten omdat ik al jaren met hen samenwerkte. Deelname aan de richtlijnontwikkeling bood mij de gelegenheid de plaats van de bekkenfysiotherapeut te benoemen en te onderbouwen met literatuur (hoewel die schaars was op dat moment).”

**Mieke:** “Namens de NVFB werd ik verzocht mee te werken aan deze richtlijnen. Het leek me een nieuwe, leerzame ervaring en ik verwachtte meer te zullen leren over deze onderwerpen. We komen vrouwen met deze klachten veelvuldig tegen in onze praktijken.”

## Is het NVFB-commentaar belangrijk?

**Mieke:** “Wij zorgen ervoor dat de bekkenbodem en (het werk van) de bekkenfysiotherapeut onder de aandacht komen bij deze problematiek. Een specialist denkt vanuit zijn eigen discipline en is niet altijd op de hoogte van de mogelijke zinnige inbreng van andere disciplines. Dit is uiteraard gechargeerd, want juist de specialisten die meewerken aan deze richtlijnen zijn bekkenbodem-minded. Maar de richtlijnen gaan gelden voor alle

specialisten in Nederland. Het feit dat de richtlijnen multidisciplinair zijn, betekent ook dat ons werk als bekkenfysiotherapeut een meerwaarde kan betekenen voor het resultaat van een behandeling die door een medisch specialist wordt ingezet. In de praktijk kunnen wij bijvoorbeeld de therapietrouw van de patiënt bevorderen door uit te leggen waarom voor een bepaald beleid is gekozen. In een keeten van behandelingen kunnen wij ook een bijdrage leveren die de kwaliteit van leven kan vergroten als genezing niet mogelijk is.”

## Hoe gaat dat precies, kunnen jullie dan nog invloed uitoefenen?

**Tine:** “Uiteraard is de eerste stap onderling kennismaken en het afstemmen van de onderzoeksvragen en wie zich waar mee bezig zal houden. De verschillende versies (stadia) worden telkens ter evaluatie en verdere invulling aan de hele groep voorgelegd en vervolgens in een gezamenlijk overleg vastgelegd. Onze invloed is gelijk aan die van de andere leden van de werkgroep. Evidentie is de leidraad, maar de persoonlijke ervaring (expert opinion) speelt ook een rol.”

## Helpt het om dit samen te doen?

**Mieke:** “Zeker. We overleggen altijd samen voor we onze inbreng delen met de groep. De een ziet vaak wat de ander niet zag. Daarnaast kunnen we een spreekbuis voor elkaar zijn als een van ons niet bij een vergadering aanwezig kan zijn.”

## Welke disciplines zaten er nog meer in de werkgroep en hoe was de rolverdeling?

**Tine:** “Welke niet, kun je beter vragen. Qua disciplines en beroepsverenigingen zijn vertegenwoordigd: de patiëntenvereniging, de gynaecologen, dermatologen, seksuologen, bekkenfysiotherapeuten, apothekers, pathologen, maag-darm-leverartsen, kaakchirurgen, tandartsen en mondhygiënist (bij de lichen planus), kinderartsen, verpleegkundig specialisten en huisartsen. Per hoofdstuk werd een relevante indeling gemaakt van welke disciplines aan dat hoofdstuk zouden meeschrijven. De literatuursarch werd gedaan door medewerkers (arts-onderzoekers) van de betreffende beroepsvereniging (bij lichen sclerosus en lichen planus was dat bijvoorbeeld de NVDV, de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Veneerologie).”

## Wat is de ‘snelkookmethode’ die bij deze richtlijnen is gebruikt?

**Mieke:** “Dat betekent dat al in een eerste bijeenkomst afspraken worden gemaakt over welke discipline een bijdrage zal leveren aan welke hoofdstukken. Dan wordt alles verzameld en krijgt eenieder inzage in de stukken en komt er een consensusbijeenkomst. Vervolgens worden de commentaren verzameld en bediscussieerd en volgt een nieuwe ronde, waarin het eindproduct wordt vastgesteld dat vervolgens ter autorisatie naar alle desbetreffende beroepsverenigingen wordt gestuurd. De commentaren worden ofwel overgenomen ofwel gemotiveerd afgewezen. Ten slotte komt de richtlijn voor alle disciplines beschikbaar.”

## Is dat anders dan bij andere richtlijnen?

**Tine:** “Bij de snelkookmethode wordt de search uitgevoerd door arts-onderzoekers (overigens hadden wij wel invloed op de MeSH-termen) van de organiserende beroepsvereniging. Bij andere richtlijnen, bijvoorbeeld over rectumprolaps, moesten onze collega’s zelf de search doen en de hoofdstukken schrijven.”

## Waarom is voor deze methode gekozen?

**Tine:** “Er zijn minder bijeenkomsten nodig, maar de bijeenkomsten duren in het algemeen wel langer. In geval van lichen sclerosus en lichen planus in 2012 aanvankelijk een hele dag, een weekend en ten slotte nog een avond. In 2020/2021 hadden we twee bijeenkomsten van respectievelijk zes en vier uur en toen nog eens twee uur voor lichen sclerosus alleen.”

## Hebben jullie de bekkenfysiotherapie goed kunnen positioneren?

**Mieke:** “Wij denken van wel. Het lastige is dat richtlijnen zoveel mogelijk onderbouwd moeten zijn vanuit evidentie. Juist over deze onderwerpen, maar dat geldt ook voor de seksuologie, zijn ten aanzien van bekkenfysiotherapie weinig relevante studies. Het bekende probleem: wel studies, maar de studies werden gedaan met verschillende meetinstrumenten, -interventies, met te kleine groepen, enzovoort, en daardoor zijn ze niet goed te vergelijken. Het was jammer dat in geval van de richtlijn ‘Vulvodynie’ juist relevante publicaties over bekkenfysiotherapie niet in de search meegenomen konden worden omdat zij pas na de zoekdatum gepubliceerd waren, maar dit biedt kansen bij een volgende update!”



### **Hoe hebben jullie de samenwerking met de anderen ervaren?**

**Tine:** “Positief. Je leert andere mensen kennen en ervaart ook hoe verschillend iedereen vanuit het eigen vakgebied denkt en praat. Een dermatoloog denkt meer in diagnoses en medicatie, de seksuoloog in beperkingen en mogelijkheden, de patiëntenvereniging in ‘hulp bij de mens die last heeft’, de tandarts heeft het over tandvlees, de kaakchirurg over kiezen, enzovoort. De bekkenfysiotherapeut daarentegen heeft het over ‘simpele’ zaken, zoals vochtintake, toiletgedrag en persoonlijke hygiëne, waar een enorme verbetering van kwaliteit van leven behaald kan worden.”

### **Wat was positief?**

**Mieke:** “Voorgaande. En leuk om Tine te hebben leren kennen. Ik kende haar alleen als voorzitter van de NVFB, maar ze is ook een zeer ervaren collega-bekkenfysiotherapeut met een uitgebreid netwerk, die bereid is om haar kennis en kunde te delen.”

**Tine:** “Wederzijds Mieke!”

### **Wat was minder positief?**

**Mieke:** “Het online overleggen; persoonlijk vind ik het prettiger om mensen in levenden lijve te ontmoeten. Aan de andere kant is het online overleggen wel efficiënt: geen reistijd en er wordt kortdaat vergaderd.”

### **Zijn jullie tevreden over het eindresultaat?**

**Tine:** “Over lichen sclerosus en vulvodynie wel, lichen planus volgt nog. Bij de vulvodynie was het lastiger om de mijns inziens belangrijke rol van de bekkenfysio ‘erin’ te krijgen, omdat de evidentie er niet was.”

### **Heeft dit proces ook bijgedragen aan jullie eigen ontwikkeling?**

**Tine:** “Ja zeker. Na participatie in 2012 ben ik gevraagd zitting te nemen in de MAR (Medische Advies Raad) van beide patiëntenverenigingen. Een dankbare taak waarin ik presentaties kon geven over de mogelijkheden, maar ook de onmogelijkheden van bekkenfysiotherapie in grotere kring (jaardagen) of kleinere kring (huiskamerbijeenkomsten).”

**Mieke:** “Ja.”

### **Een onervaren collega de fijne kneepjes leren. Willen jullie dat?**

**Mieke:** “De bereidheid is er zeker.”

**Tine:** “Eens Mieke!”

## Meeschrijven aan de multidisciplinaire richtlijn ‘Chronische bekkenpijn’

### **Corine stelt zich voor**

“Ik ben werkzaam in het Antonius Ziekenhuis in Sneek, de stad waar ik al jaren met veel plezier werk en woon. In het verleden heb ik een aantal jaren in Zwitserland gewerkt en gewoond en daarna, in Nijkerk, in een gespecialiseerd centrum voor chronische klachten, waaronder bekkenpijn. Behalve geregistreerd bekkenfysiotherapeut ben ik ook kinderbekkenfysiotherapeut en klinisch epidemioloog. Tijdens mijn afstudeerfase heb ik onderzoek gedaan naar chronische pijn en telerevalidatie, en deze systematische review is ook gepubliceerd. Het leuke van werken in het Antonius Ziekenhuis is de multidisciplinaire samenwerking en korte lijnen met de specialisten. Samen met de pijnspecialist is er bijvoorbeeld een bekkenpijnpoli opgezet waar complexe problematiek beoordeeld en behandeld wordt en waar ook andere specialisten en psychologen bij betrokken zijn.”



*Corine Adamse*

### **Ana stelt zich voor**

“Mijn naam is Ana dos Santos en in 2009 verwezenlijkte ik mijn kinderdroom en behaalde mijn diploma fysiotherapie in Portugal. Op zoek naar nieuwe uitdagingen ben ik in 2012 vanuit Portugal naar Nederland geëmigreerd. Sinds mijn opleiding tot master of science in de bekkenfysiotherapie aan de SOMT werk ik uitsluitend met patiënten met klachten rondom bekken, bekkenbodemp, buik en lage rug. In 2018 heb ik mijn eigen praktijk PelviCentrum opgezet in Leiden,

waar ik patiëntenzorg en managementtaken combineer. In 2019 nam ik deel aan de wetenschapscommissie van de NVFB. De laatste jaren heb ik een buitengewone interesse ontwikkeld in complexe casuïstiek binnen de bekkenfysiotherapie en wetenschappelijk onderzoek en daar wil ik mij graag de komende jaren verder in ontwikkelen.”



*Ana dos Santos*

### **Wat is jullie motivatie om aan deze richtlijn mee te willen schrijven?**

**Corine:** “Als klinisch epidemioloog ben ik erg geïnteresseerd in de wetenschappelijke onderbouwing van ons vak. Daarom nam ik bijvoorbeeld ook deel aan de wetenschapscommissie van de NVFB. De afgelopen jaren heb ik veel kennis en ervaring kunnen opdoen in de beoordeling en behandeling van chronische bekkenpijn, waarbij ik een holistische aanpak belangrijk vind. Door deel te nemen aan deze richtlijn hoopte ik daar een steentje aan te kunnen bijdragen.”

**Ana:** “Het actief zijn in het ontwikkelen van ons beroep en mijn grote interesse in wetenschappelijk onderzoek hebben een belangrijke rol gespeeld in mijn beslissing om deel te nemen. Het onderbouwen van het bekkenfysiotherapeutisch onderzoek en de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn vind ik zeer belangrijk én noodzakelijk. Wij kunnen als bekkenfysiotherapeuten een belangrijke rol spelen bij deze patiëntengroep. Daar moeten wij ook andere hulpverleners van bewust maken.”

### **Hoe is de werkgroep tot stand gekomen?**

**Corine:** “Vanuit de Federatie Medische Specialisten (FMS) waren alle beroepsverenigingen betrokken bij chronische bekkenpijn uitgenodigd een afvaardiging

te sturen naar de invitational conference. Dit resulteerde in een werkgroep waarin bekkenfysiotherapie, gynaecologie, urologie, anesthesiologie, maag-darm-leverartsen, huisartsen, psychologen, seksuologen, verpleegkundig specialisten en de patiëntenvereniging Stichting Bekkenbodem4All vertegenwoordigd waren en ieder een gelijke stem had. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Interstitiële Cystitis Patiëntenvereniging. De richtlijn 'Chronische bekkenpijn' is bedoeld voor alle hulpverleners die tijdens hun werk betrokken zijn bij de zorg voor mensen met chronische bekkenpijn, zowel somatisch als psychologisch.

### *Waarom is het belangrijk dat de NVFB betrokken is?*

**Ana:** "Chronische bekkenpijn beperkt zich vaak niet tot één domein en is meestal multifactorieel en vraagt daarom ook een holistische aanpak. De bekkenfysiotherapeut is bij uitstek geschikt om laagdrempelig en bij voorkeur in een vroeg stadium alle factoren mee te nemen in zowel de diagnostische als de behandel fase.

### *Hoe gaat zo'n proces van het meeschrijven tewerk?*

**Corine:** "Tijdens de voorbereidende fase inventariseerden de voorzitter van de werkgroep en de adviseur de knelpunten. Tevens zijn er via de invitational conference knelpunten aangedragen door verschillende partijen en vertegenwoordigers van relevante stakeholders. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur concept-uitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken, waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Per uitgangsvraag werd aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Individuele studies werden systematisch beoordeeld op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria. Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meer literatuurconclusies, waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-systematiek. Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en die worden ook meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voor-

keuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken."

### *Helpt het om dit samen te doen?*

**Ana:** "Als duo vul je elkaar aan en daardoor versterk je elkaar. Zo kun je de positie van de bekkenfysiotherapeut beter vertegenwoordigen en heb je steun aan elkaar."

### *Was het lastig om de bekkenfysiotherapie goed te positioneren?*

**Corine:** "In de werkgroep werd het belang van de bekkenfysiotherapie vanuit alle betrokken disciplines erg ondersteund, waardoor we ook de mogelijkheid kregen de bekkenfysiotherapie zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling een prominente rol te geven. Soms was daarvoor wel enige discussie nodig, met name ook over de onderbouwing."

### *Hoe hebben jullie de samenwerking ervaren?*

**Ana:** "Erg leerzaam en altijd met veel respect voor de andere disciplines."

### *Wat was positief?*

**Corine:** "Het multidisciplinaire werken aan een complex probleem als chronische bekkenpijn, met respect voor elkaars inbreng en expertise. Positief daarbij was ook dat de bekkenfysiotherapie serieus genomen werd en alle betrokkenen het erover eens waren dat de bekkenfysiotherapie een belangrijke rol speelt binnen het onderzoek en behandelen van patiënten met chronische bekkenpijn."

### *Wat was minder positief?*

**Ana:** "Je probeert toch zo goed mogelijk de belangen van de bekkenfysiotherapie te vertegenwoordigen, maar als er dan uit de search vanwege de strenge selectie toch relatief weinig bruikbare evidence overblijft, is dat best teleurstellend. Terwijl er toch de afgelopen jaren goed onderzoek verricht is, en we zeker op de goede weg zijn, zullen we ons daar in de toekomst nog meer voor kunnen inzetten. Gelukkig is dat ook de insteek van de NVFB."

### *Zijn jullie tevreden over het eindresultaat?*

**Corine:** "We zijn trots op het eindresultaat, al beseffen we ook dat er altijd verbeterpunten zullen zijn. Doordat het FMS zulke strenge methodologische regels hanteert, konden veel publicaties niet opgenomen worden die voor onze beroeps-groep wel van belang zijn. We hebben de-

ze relevante literatuur natuurlijk wel zo goed mogelijk meegenomen in de overwegingen en de expert opinion."

### *Heeft dit proces ook bijgedragen aan jullie eigen ontwikkeling?*

**Corine:** "Wat mij betreft wel, je leert veel van de samenwerking met andere disciplines. Het is leerzaam om dilemma's en afwegingen te bespreken die bij het maken van zo'n multidisciplinaire richtlijn naar voren komen en de standpunten vanuit de bekkenfysiotherapie zo goed mogelijk proberen neer te zetten."

**Ana:** "Het hele proces heeft 2,5 jaar geduurd en heeft zeker een belangrijke bijdrage geleverd aan mijn eigen ontwikkeling als bekkenfysiotherapeut, ook op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Het up-to-date zijn in het meest recente onderzoek naar chronische bekkenpijn heeft mij nieuwe competenties en inzichten gegeven in het onderzoek en het behandelen van patiënten met deze complexe problematiek. Het gebrek aan evidentie heeft mijn interesse in het wetenschappelijk onderzoek alleen nog maar versterkt. Het samenwerken met Corine en het versterken van de rol van de bekkenfysiotherapeut binnen een multidisciplinair team hebben ook bijgedragen aan een gezonde toename van mijn zelfvertrouwen."

### *Een onervaren collega de fijne kneepjes leren. Willen jullie dat?*

**Corine:** "Zeker, ik vond het erg leuk en ook leerzaam om het samen te doen."

**Ana:** "Dat zou ik heel leuk vinden. Hoe meer bekkenfysiotherapeuten actief betrokken zijn bij wetenschappelijk onderzoek, hoe beter we het mooie vak bekkenfysiotherapie op de kaart kunnen zetten."

## Deelnemen aan de werkgroep van de KNGF-richtlijn 'Lage rugpijn'

### *Judith stelt zich voor*

"Ik ben 30 jaar fysiotherapeut, 15 jaar bekkenfysiotherapeut en zo lang ook al mede-eigenaar van Pelvicmotion. Pelvicmotion is een bekkenexpertisecentrum met een brede kijk op bekkenproblematiek. We kijken naar de mens als geheel: lokaal op bekkenbodenniveau, maar ook regionaal naar bekken-heup-buik en de

lage rug, en als laatste als totaalplaatje, want tenslotte heeft het hoofd met gedachten ook nog invloed op het bekken. Bovendien wordt een klacht door iedereen op zijn eigen manier ervaren en heeft iedereen andere behoeften en verwachtingen rond een behandeling.”



Judith Jesterhoudt

### Wilma stelt zich voor

“Mijn carrièrepad is gelijk aan dat van Judith, want ik werk al 15 jaar bij Pelvicmotion. Wij vinden het belangrijk om goed te luisteren naar de patiënt, ook achter de woorden. Bewustmaking van de mogelijkheden en niet gericht zijn op de onmogelijkheden, daar gaat het bij ons om. We vinden het ook belangrijk om met meerdere disciplines te kijken naar de problematiek.”



Wilma Tempelaars

### Waarom is het belangrijk dat de NVFB deelneemt aan de klankbordgroep?

**Judith:** “Er zou meer samenwerking moeten zijn tussen de diverse verschillen-

de fysiotherapeuten in de verschillende richtlijnen. Ook de betrokkenheid van bekkenfysiotherapie in deze richtlijn moest duidelijk worden.”

**Wilma:** “Het is belangrijk dat we kennis delen, waardoor de richtlijn een richtlijn gaat worden waar alle fysiotherapeuten zich in kunnen herkennen.”

### Wie zijn er allemaal vertegenwoordigd in de klankbordgroep?

**Judith:** “De klankbordgroep bestaat niet alleen uit fysiotherapeuten, maar ook uit oefentherapeuten, medewerkers van zorgverzekeraars, wetenschappers die gespecialiseerd zijn in lage rugpijn, medisch specialisten en een medewerker van het Zorginstituut.”

### Wat houdt deelname precies in?

**Wilma:** “Voor corona waren er vergaderingen op het KNGF-kantoor in Amersfoort. Tijdens de vergadering liepen we de stukken door en daar waar iemand commentaar wilde geven, werd er geluisterd en bekeken wat er naar de werkgroep teruggekoppeld moest worden. Nu krijgen we de stukken toegestuurd en geven we op papier commentaar en aanvullingen.”

### Helpt het om dit samen te doen?

**Judith:** “Tijdens de vergaderingen zat een van ons erbij, omdat de kosten maar voor één persoon vergoed werden. Doordat we de stukken voor die tijd samen hadden doorgekeken, was ik tijdens de vergadering goed in staat om de zaken naar voren te brengen die voor onze beroepsgroep belangrijk zijn.”

### Lukt het om de bekkenfysiotherapie goed te positioneren?

**Judith:** “Wat ik heel jammer vind in het proces is dat je commentaar mag leveren, maar dat je niet terugkrijgt wat ze ermee gaan doen. Je krijgt dus geen terugkoppeling meer.”

**Wilma:** “We zijn dus benieuwd of de bekkenfysiotherapeuten zich gaan herkennen in de richtlijn.”

### Wat ervaren jullie als positief in het proces?

**Judith:** “De richtlijn wordt door een brede groep betrokkenen onder de loep genomen.”

### Wat is minder positief?

**Wilma:** “In het afgelopen jaar hebben we geen live ontmoetingen gehad en dit maakt dat de adviezen alleen op papier zijn gemaakt. Discussiëren en kennis delen is daardoor lastiger.”

### Zijn jullie tevreden over het resultaat tot nu toe?

**Judith:** “We zijn gehoord, maar zoals we hiervoor zeiden, we weten niet wat we terug zullen zien in de richtlijn.”

### Wanneer wordt deze richtlijn opgeleverd?

**Wilma:** “In december 2021 moet de richtlijn worden opgeleverd.”

### Heeft dit proces ook bijgedragen aan jullie eigen ontwikkeling?

**Judith:** “Voor mij heeft het zeker wat opgeleverd. In eerste instantie dacht ik, wie ben ik dat ik hier tussen al deze mensen zit. Ik heb gemerkt dat ik toch mijn steentje kon bijdragen en omdat je zo nauw bij het ontwikkelproces betrokken bent, leer je de richtlijn goed kennen en ben je op de hoogte van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van lage rugklachten.”

**Wilma:** “Ik vind het belangrijk om op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen en dit is een mooie manier om up-to-date te raken.”

### Een onervaren collega de fijne kneepjes leren? Willen jullie dat?

**Judith:** “Haha, fijne kneepjes... ik heb alles ook maar op mijn gevoel gedaan, natuurlijk inhoudelijk wel met mijn pet als bekkenfysiotherapeut op! Ik wil altijd met iemand anders meekijken als dat nodig is.”

**Wilma:** “Daar kan ik mij zeker in vinden. Het samenwerken is prettig, omdat je de activiteiten kunt verdelen. Maar ook ergeens over discussiëren maakt dat je een beter advies kan geven.”

### IS DIT OOK IETS VOOR JOU?

De komende periode worden er weer veel (multidisciplinaire) richtlijnen herzien. De NVFB zoekt collega's die dit willen doen. Maak je geen zorgen als je onervaren bent, er is begeleiding vanuit het KNGF en je wordt afgevaardigd als duo.

Het is een kans om jezelf te ontwikkelen en gelijk iets goeds te doen voor ons mooie vak!

Ben jij enthousiast geworden nadat je deze interviews hebt gelezen? Zou jij ook een keer een richtlijn willen commentariëren, mee willen doen in een schrijfgroep of in een klankbordgroep? Meld je dan aan via [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl).

# Transmurale richtlijn fecale incontinentie en obstipatie

Claire Vrieling, Marieke Meeuwis, Quirine van der Weide-Warnaar en Mariska Slotman

Allen geregistreerd bekkenfysiotherapeut

**Deze transmurale richtlijn beschrijft de medische en paramedische behandelopties bij fecale incontinentie en obstipatie. Beide disciplines hadden behoefte aan deze kennis. De richtlijn is ontwikkeld door de werkgroep 'Houd een oogje op de bodem', in samenwerking met het Máxima Medisch Centrum en het Catharina Ziekenhuis (beide Eindhoven). Een van de doelstellingen was om door samenwerking goede en efficiënte zorg te bewerkstelligen.**

Tabel 1 Indeling symptomen fecale incontinentie. Zie verder de richtlijn.

	Functie	Symptomen bij disfunctie
interne anale sfincter (IAS)	zorgt voor rusttonus anus	<ul style="list-style-type: none"><li>• soiling</li><li>• flatusincontinentie</li><li>• incontinent dunne feces</li></ul>
extreme anale sfincter (EAS)	geeft noodcontrole flatus/feces	<ul style="list-style-type: none"><li>• fecale urgency</li><li>• urgency-gerelateerd verlies</li></ul>
musculus puborectalis	continentie vaste ontlasting	<ul style="list-style-type: none"><li>• incontinentie vaste ontlasting</li></ul>

De 'Transmurale richtlijn fecale incontinentie en obstipatie'<sup>1</sup> is gebaseerd op bestaande richtlijnen, aanbevelingen van de 'International Consultation Incontinence' (ICI) en consensus van de werkgroep. De 21 pagina's tellende richtlijn geeft verdieping en kennis van verschillende (para)medische behandelopties. De richtlijn (inclusief de literatuurlijst) is beschikbaar op de website van de NVFB.

## Fecale Incontinentie (FI)

FI is een van de meest psychologisch en sociaal beperkende aandoeningen in een verder gezonde populatie.<sup>2</sup> De prevalentie in de algemene bevolking wordt geschat op 0,4 tot 18% en neemt sterk toe bij personen die zijn opgenomen in een zorginstelling (30-47%).<sup>3</sup>

Aan de klachten kunnen verschillende oorzakelijke factoren ten grondslag liggen. Een voorbeeld is het gebruik van medicatie. Opioiden, diuretica en anti-epileptica vallen onder constiperende medicatie, en ook langdurig gebruik van bisacodyl en sennapreparaten werkt constiperend. Maagzuurremmers, antidepressiva, cholesterolverlagers en metformine kunnen daarentegen diarree veroorzaken.

FI kan worden onderverdeeld in urge-fecale incontinentie, functionele incontinentie en passieve fecale incontinentie. De symptomen van FI in relatie tot de oorzaak ervan staan in tabel 1.

Met een juiste anamnese en een patiënt-

specifiek voorlichtingsplan (bestaande uit leefstijladviezen en adviezen over medicatie, toiletgedrag, spoelen en/of incontinentieproducten (in samenwerking met de continetieverpleegkundige) kunnen klachten verminderen.<sup>3-6</sup>

## Behandeling van fecale Incontinentie

De behandeling van FI kan bestaan uit:

- Biofeedback, onder andere myofeedback of rectale ballontraining. Bij deze behandelmethoden wordt vooral op sensibiliteit getraind. Er is echter meer onderzoek (RCT) nodig om te bepalen welke specifiek biofeedbackprotocol effectief is.<sup>5</sup>
- Bekkenbodemspiertraining (BBST). Er bestaat nog geen gestandaardiseerd protocol, maar het 'KNGF-Evidence Statement anale incontinentie' noemt de volgende herstelbevorderende factoren: een adequate trainingsdosis (train specifieke spieren, 3x per dag, 2-3x per week gedurende 5 maanden, 8-12 langzame nagenoeg maximale contracties) en daarmee samenhangende therapietrouw (niveau van bewijs 1).<sup>3</sup>
- Elektrostimulatie (ES). Er is onvoldoende bewijs om ES aan te bevelen bij de behandeling van FI. ES is echter wel inzetbaar om patiënten met een niet-functionerende bekkenbodem een willekeurige bekkenbodemcontractie aan te leren (niveau van bewijs 4).<sup>3</sup>

Zie figuur 1 voor de beslisboom fecale incontinentie. In de richtlijn wordt uitgebreid ingegaan op mogelijkheden van onderzoek en behandeling wanneer conservatieve behandeling en/of bekkenfysiotherapie tot onvoldoende resultaat hebben geleid.

## Obstipatie

De impact van obstipatie op de kwaliteit van leven is significant en vergelijkbaar met die van andere voorkomende chronische aandoeningen. Chronische obstipatie komt veel voor; 15 tot 17% van de volwassenen rapporteert symptomen die overeenkomen met de Rome-criteria.<sup>7</sup> Geschat wordt dat bij 40% van de patiëntenpopulatie met chronische obstipatie de obstipatieklachten berusten op functionele obstipatie.<sup>8</sup> Men spreekt van functionele obstipatie bij volwassenen indien men ten minste zes maanden bekend is met klachten en er ten minste drie maanden sprake is van twee van de Rome IV-symptomen.

Obstipatie kan als volgt worden onderverdeeld:<sup>9</sup>

- obstipatie door een onderliggende somatische oorzaak, zoals colorectaal carcinoom, een (uro)gynaecologische ingreep, zwangerschap of rectokèle;
- functionele obstipatie zonder onderliggende somatische oorzaak (Rome IV-criteria).

Er zijn verschillende subtypes functionele obstipatie. Een hiervan is dysssynergie-obstipatie, ook outletdisfunctie genoemd. Kenmerken van outletdisfunctie zijn:<sup>10</sup>

- paradoxale contractie, inadequate relaxatie van de bekkenbodemspieren tijdens defecatie;
- inadequate perstechniek of afwezigheid van intrarectale druk tijdens defecatie;

Obstipatie op basis van dyssynergie kan getest worden door een kunstmatige defecatie uit te voeren, waarbij de patiënt een ballon moet trachten te ledigen die met 50 ml water is gevuld. Zie de richtlijn voor meer informatie over slowtransitobstipatie en prikkelbaredarmsyndroom, twee andere subtypes obstipatie.

### Behandeling van obstipatie

Na het uitsluiten van alarmsymptomen (bijvoorbeeld verlies van eetlust, onbedoeld gewichtsverlies, plots veranderd defecatiepatroon), afname van specifieke anamnese (o.a. intoxicaties, dieet, beweging) en lichamelijk onderzoek kan gestart worden met behandelen. De beslissboom voor de behandeling van obstipatie is opgenomen als figuur 2.

Behandeling van obstipatie bestaat uit:

- Bekkenbodemspiertraining (BBST) in combinatie met biofeedback. Deze behandeling is een bewezen effectieve therapie voor dyssynergie- obstipatie (niveau van bewijs 1).<sup>6</sup> De training bestaat in dit geval uit relaxatie van de bekkenbodemspieren en het aanleren van een effectieve perstechniek (op de juiste manier intra-abdominale druk opbouwen en tijdens het persen de bekkenbodem-

spieren relaxeren).<sup>11</sup> BBST bestaande uit spierkrachttraining kan bij een bekkenbodem leiden tot vergroot spiervolume, sluiting van de levatorhiatus, vermindering van de spierlengte en verheffen van de rustpositie van de blaas en endeldarm.<sup>12,13</sup> Mogelijk zien we hierdoor een verbetering in de steunfunctie van de bekkenbodem, met een beter defecatiepatroon als gevolg.

- Biofeedback is effectiever dan laxantia bij patiënten met dyssynergie-obstipatie, waarbij de klachten al langer bestaan dan één jaar en waarbij conservatieve behandeling (voldoende vezelintake, laxantia en spoelen minimaal 30 dagen) niet effectief is gebleken. De resultaten zijn na twee jaar nog aanwezig.<sup>6,13</sup>
- Naast BBST kan ook de rectale ballontraining ingezet worden, waarmee de sensatie van vulling van het rectum getraind kan worden. Ook bij obstipatie op basis van een megarectum kan rectale ballontraining ingezet worden om een eerdere sensatie van vulling van het rectum te bewerkstelligen.<sup>11</sup>

Indien onvoldoende resultaat bereikt wordt met bekkenfysiotherapie kunnen behandelopties als spoelen en medicatie

worden ingezet, of als dat niet tot het gewenste resultaat leidt, operatieve opties (bijvoorbeeld een stoma). De beslissboom voor de behandeling van obstipatie is opgenomen als figuur 2. Zie de richtlijn voor een toelichting op beide beslissbomen.

### Tot slot

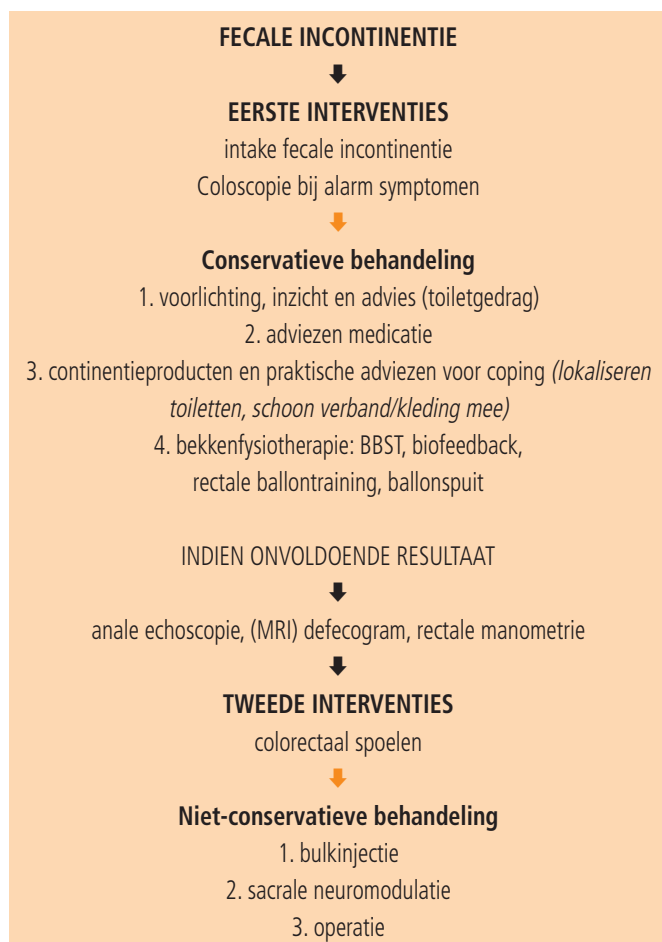
Als werkgroep zijn wij blij met de transmurale richtlijn zoals die er nu ligt. Wij hopen dan ook dat jullie de volledige richtlijn gaan lezen en gaan toepassen om de rol van bekkenfysiotherapie bij FI en obstipatie onder de aandacht te brengen en dat jullie samenwerking aangaan met jullie verwijzers.

De richtlijn is opgesteld door Marieke Meeuwis, Mariska Slotman, Claire Vrielink en Quirine van der Weide-Warnaar.

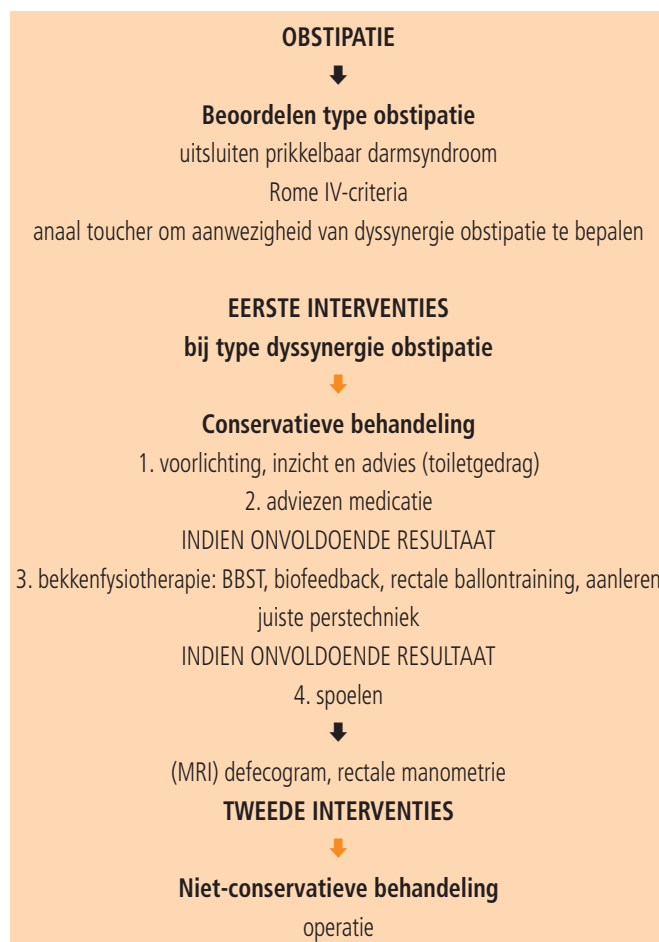
### Auteurs van dit artikel

Claire Vrielink is werkzaam in Sint-Oedenrode en Eindhoven, Marieke Meeuwis in Oirschot en Middelbeers, Quirine van der Weide-Warnaar in Eindhoven en Mariska Slotman in Hattem.

 De literatuurverwijzingen staan op [www.nvfb.nl](http://www.nvfb.nl)



Figuur 1 Beslisboom voor de behandeling van fecale incontinentie. Zie de volledige richtlijn voor een uitgebreide toelichting op de beslissboom.



Figuur 2 Beslisboom voor de behandeling van obstipatie.

# Casus 'Diagnostiek en behandelplan bij gemengde urine-incontinentie (GUI)'

Marit Verschoor, MSc

geregistreerd bekkenfysiotherapeut Praktijk Fysiotherapie van der Vliet te Westervoort en Gezondheidscentrum Lentemorgen te Zevenaar

**Deze casus betreft een 67-jarige vrouw met gemengde urine-incontinentie (GUI) bij een stadium 2-prolaps van de vaginavorwand. Vanuit de anamnese ontstaan de hypothesen, en vanuit de uitkomsten in het onderzoek ontstaat in overleg met patiënte een behandelplan. Het hele proces is onderbouwd met relevante literatuur.**

## Patiëntgegevens

Patiënte is 67 jaar met GUI bij een prolaps van de vaginavorwand. De stress urine-incontinentie (SUI) staat op de voorgrond. Er is tevens sprake van recidiverende urineweginfecties (UWI). Zij is verwezen door de huisarts. De hulpvraag is langer van huis kunnen zijn zonder angst om urine te verliezen. Er zijn geen rode vlaggen.<sup>1,2</sup>

## Anamnese

De SUI is geleidelijk aan ontstaan en speelt al jaren. De urge urine-incontinentie (UII) is begonnen na de eerste UWI een jaar geleden. Het urineverlies varieert van scheutjes tot de gehele blaasinhoud. Er wordt geen opvangmateriaal gebruikt. De mictiefrequentie is 8 tot 10 keer per dag. Er is geen sprake van nycturie. Er wordt weinig tijd genomen voor de mictie. Er is sprake van een onderbroken straal, een persmictie, nadruppelen en het gevoel niet leeg te zijn na plassen. Er is geen sprake van hesitatie. Patiënte gebruikt cranberry en is meer gaan drinken. Op dit moment worden er geen antibiotica gebruikt.

De prolaps is twee jaar geleden geconstateerd door de huisarts. Er zijn geen specifieke prolapsklachten. De huisarts heeft een pessarium voorgesteld, maar dit wil patiënte uitstellen. Er is een sterke motivatie om de klachten te verminderen zonder chirurgische ingrepen.

Er zijn verschillende risicofactoren aanwezig: zwaar lichamelijk werk in de verzorging gedurende 30 jaar, een BMI van 28, de aanwezigheid van prolaps bij moeder en twee vaginale bevallingen waarbij het geboortegewicht meer dan 4000 g was.

Tien jaar geleden is er een kwaadaardige poliep in het rectum ontdekt en verwijderd tijdens een colonoscopie. Op dit moment zijn er geen bijzonderheden in

de defecatie. De frequentie is één keer per dag, de consistentie is type 4 op de Bristol Stoelgangsschaal (BSS). Er wordt niet geperst en er is geen sprake van anale incontinentie. Patiënte is niet seksueel actief. In het verleden waren er geen klachten op seksueel gebied. Er zijn geen nare ervaringen in de voorgeschiedenis. De algemene gezondheid is goed. Er is geen voorgeschiedenis van lage rugklachten. Patiënte doet twee keer in de week aan fitness, wandelt en fietst regelmatig, en is postmenopauzaal.

## Hypothesen

- Er is sprake van een onderactieve bekkenbodempatiënte gezien de SUI en prolaps.
- Er is sprake van een coördinatioestoornis van de bekkenbodempatiënte gezien de SUI.
- Er is sprake van een stadium 1- of 2-prolaps van de vaginavorwand.
- Er is sprake van ernstig urineverlies met een grote impact op ADL en participatie.
- Er is sprake van een afwijkende omgang met buikdruk tijdens ADL-handelingen.

## Onderzoeksdoelstellingen en meetinstrumenten

De eerste doelstelling is het aantonen van een onderactiviteit en coördinatioestoornis van de bekkenbodempatiënte met een vaginaal bekkenbodempatiëntefunctieonderzoek. De inwendige palpatie volgens het onderzoeksschema van de ICS heeft een toereikende intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid.<sup>3</sup> Tevens wordt een EMG gemaakt van de bekkenbodempatiëntespijeren. EMG lijkt een betrouwbare methode om de bekkenbodempatiëntefunctie te meten (ICC 0,83-0,96).<sup>4</sup> Het vergelijken van EMG-metingen op verschillende dagen is minder betrouwbaar (ICC 0,08-0,84).<sup>5</sup>

De tweede doelstelling is het aantonen van een stadium 1- of 2-prolaps van de vaginavorwand met de POP-Q. De prolaps kan een verklaring zijn voor een resi-

du. De POP-Q is een betrouwbaar meetinstrument voor het kwantificeren van prolapsen door bekkenfysiotherapeuten (gewogen kappa 0,64-0,71).<sup>6</sup>

De derde doelstelling is het beoordelen van het mictiepatroon. De mictiefrequentie, de mate van aandrang, het mictievolumen, de vochtintake en het urineverlies worden in kaart gebracht. Het is aangehouden dat op een betrouwbare manier inzicht kan worden verkregen in verschillende variabelen van de mictie met een driedaags mictiedagboek (ICC 0,79-0,84).<sup>7</sup>

De volgende doelstelling van het onderzoek is het in kaart brengen van de ernst en impact van het urineverlies. De PRFAB is een betrouwbare en valide vragenlijst met een ICC van 0,93 tot 0,95 en een *area under the curve* (AUC) van 0,93 tot 0,95.<sup>8,9</sup> Vanwege de goede longitudinale validiteit kan de PRFAB ook evaluatief gebruikt worden. Bij ernstig urineverlies (score > 14) is de MIC 3,6 tot 4,1 punten; bij licht tot matig urineverlies (score ≤ 14) 1,9 tot 2,7 punten.<sup>10</sup>

De laatste doelstelling is het beoordelen van hoe met buikdruk wordt omgegaan tijdens ADL-handelingen, zoals opstaan en tillen. Mogelijk ontstaat er op die momenten grote druk op de bekkenbodempatiënte en wordt deze niet correct opgevangen.<sup>11</sup> Dit aspect wordt met behulp van inspectie in kaart gebracht. Er is slechts beperkt literatuur beschikbaar over het vaststellen van buikdruk en er zijn geen psychometrische eigenschappen van de buikdruk bekend. De buikdruk wordt bepaald op basis van expert opinion vanuit de NVFB.

## Uitkomsten diagnostiek

Tijdens de vaginale inspectie in rust is geen prolaps zichtbaar. Onder valsalva daalt de voorwand van de vagina, maar deze blijft boven het hymen. Bij aanspannen is een kleine inwaartse beweging van

het perineum zichtbaar. Uit de inwendige palpatie blijkt dat er sprake is van een lage rusttonus, een zwakke contractie, onvolledige hiatussluiting en een late reflectoire aanspanning bij hoesten. Er is een zwakke urethrale lift. De bekkenbodem kan niet gestabiliseerd worden door bewuste aanspanning tijdens hoesten. Bij persen is een daling van de voorwand voelbaar. De duurkracht is 3x 3 sec., de snelkracht is 6 hh. De EMG bevestigt de lage rusttonus ( $\pm 1 \mu V$ ) en laat een vertraagde on- en offset zien. Conclusie conditie bekkenbodemspierfunctie: onderactief, coördinatiestoornis.

Met de POP-Q is een stadium 2-prolaps van de voorwand vastgesteld. Het meest verzakte punt van de vaginavorwand, punt Ba, komt tot -1 cm ten opzichte van het hymen (bijlage 1).

Het mictiedagboek bevestigt dat er sprake is van SUI en UUI (bijlage 2). De mictiefrequentie is negen keer per dag, de functionele blaascapaciteit 600 ml, het gemiddeld geplast volume 270 ml.

Patiënte scoort 16 punten op de PRA-FAB. Het urineverlies en de impact worden als ernstig geclassificeerd.<sup>10</sup>

Bij de inspectie tijdens ADL-handelingen valt op dat de adem wordt vastgezet en de buik wordt ingetrokken.

### Bekkenfysiotherapeutische diagnose

Vrouw van 67 jaar met GUI bij een stadium 2-prolaps van de vaginavorwand op basis van een onderactiviteit en coördinatiestoornis van de bekkenbodem. De SUI staat op de voorgrond. Er is sprake van ernstig urineverlies met een grote impact op ADL en participatie. De hulpvraag is langer van huis kunnen zijn zonder angst om urine te verliezen. Er is een gunstige prognose voor gedeeltelijk herstel gezien de motivatie om de klachten te verminderen zonder chirurgie en het stadium van de verzakking.<sup>12,13</sup> Het verhoogde BMI en de postmenopauze zijn negatief prognostische factoren voor herstel van SUI.<sup>2</sup>

### Indicatiestelling

#### bekkenfysiotherapeutisch therapeutisch proces

Er is een indicatie voor een bekkenfysiotherapeutisch therapeutisch proces, omdat er behandelbare grootheden gevonden zijn in het onderzoek en de klachten binnen het domein van de bekkenfysiotherapeut passen.<sup>14</sup> Het is aangetoond dat bekkenbodetraining klachtenreductie geeft en kwaliteit van leven verbetert bij vrouwen met een stadium 1- of 2-prolaps.<sup>13</sup> Het is mogelijk dat het stadium van de verzakking verbetert.<sup>15</sup> Ook voor

de GUI zijn er sterke aanwijzingen dat bekkenbodetraining tot een verbetering van klachten leidt.<sup>16</sup>

### Behandelplan

#### Hoofddoel

Binnen zes maanden kan mevrouw urine ophouden bij aandrang en bij de meeste buikdrukverhogende momenten (PRA-FAB < 8), zodat ze van huis kan gaan zonder angst om urine te verliezen.

#### Subdoelen

- Na één week heeft patiënte inzicht in de rol van de bekkenbodem en de invloed van buikdruk op de prolaps en de SUI.
- Na één week heeft patiënte een goede houding op het toilet en is zij bekend met hoe de blaas zo goed mogelijk geleid kan worden.
- Na drie weken kan patiënte de bekkenbodem willekeurig en geïsoleerd aan- en ontspannen.<sup>2</sup>
- Na één maand kan zij 'the knack' toepassen op buikdrukverhogende momenten.<sup>17</sup>
- Na drie maanden kan patiënte aandrang terugdringen door de bekkenbodem aan te spannen (inhibitie blaas).<sup>18,19</sup>
- Na zes maanden is de duurkracht van de bekkenbodem verbeterd tot 8 tot 12 herhalingen van 8 tot 12 sec., zodat het prolapsstadium gelijk blijft of verbetert naar stadium 1.<sup>20</sup>
- Na zes maanden is de snelkracht van de bekkenbodem verbeterd tot 15 herhalingen, zodat er geen urineverlies is op de meeste buikdrukverhogende momenten.<sup>2,20</sup>

De verrichtingen bestaan uit het geven van voorlichting en adviezen over de rol van de bekkenbodem en de invloed van buikdruk op de prolaps en SUI<sup>1,2</sup>, het geven van toiletinstructies<sup>2</sup> en bekkenbodetraining<sup>13,15,21,22</sup> met en zonder EMG<sup>23</sup> (bijlage 3).

Evaluatie vindt plaats na zes weken, drie maanden en zes maanden. Dit komt erop neer dat na elke zes behandelingen geëvalueerd wordt.<sup>2</sup> De bekkenbodemfunctie wordt geëvalueerd met vaginaal onderzoek en EMG<sup>24</sup>, het stadium van de prolaps met de POP-Q en de ernst van het urineverlies met de PRA-FAB.

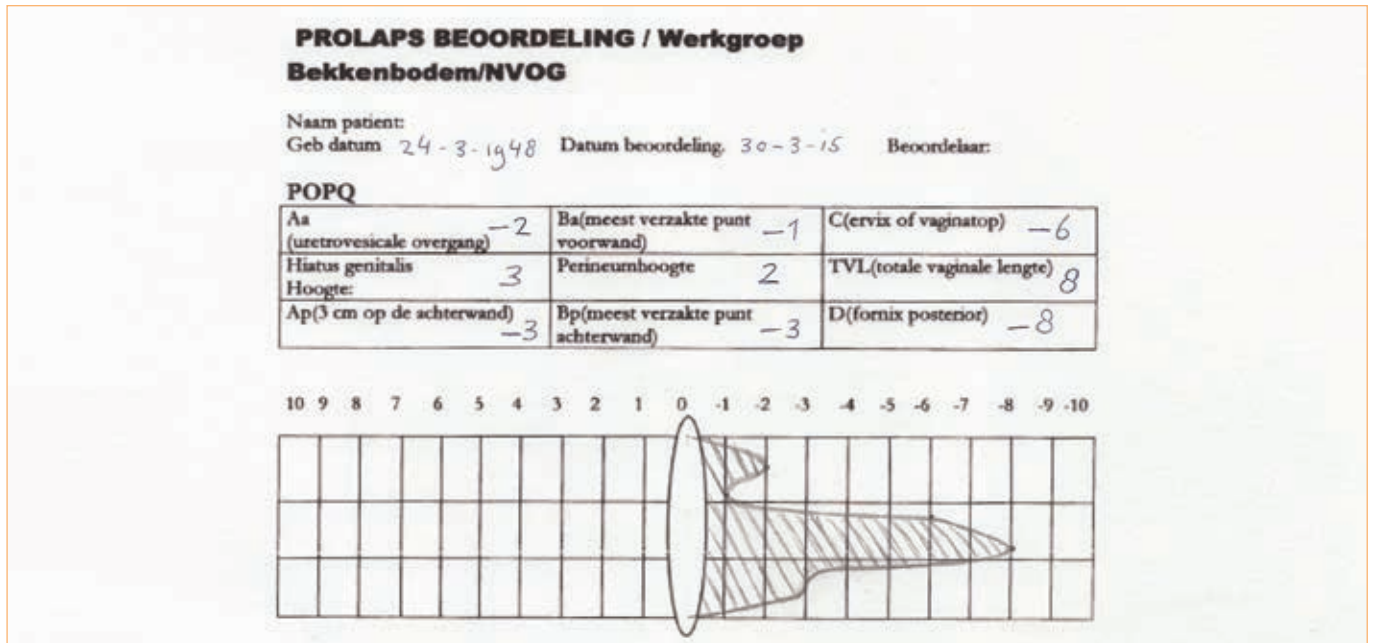
#### Literatuur

1. Roovers JP, Erverhart E, Dietz V, et al. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Prolaps. Utrecht: NVOG; 2014.

2. Bernards ATM, Berghmans LCM, van Heeswijk-Faase IC, et al. KNGF-richtlijn Stress (urine-)incontinentie. Amersfoort: KNGF; 2011.
3. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, et al. Face validity and reliability of the first digital assessment scheme of pelvic floor muscle function conform the new standardized terminology of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2009;28(4):295-300.
4. Grape HH, Dederling A, Jonasson AF. Retest reliability of surface electromyography on the pelvic floor muscles. *Neurourol Urodyn.* 2009;28(5):395-9.
5. Auchincloss CC, McLean L. The reliability of surface EMG recorded from the pelvic floor muscles. *J Neurosci Methods.* 2009 Aug 30;182(1):85-96.
6. Stark D, Dall P, Abdel-Fattah M, Hagen S. Feasibility, inter- and intra-rater reliability of physiotherapists measuring prolapse using the pelvic organ prolapse quantification system. *Int Urogynecol J.* 2010 Jun;21(6):651-6.
7. Brown JS, McNaughton KS, Wyman JF, et al. Measurement characteristics of a voiding diary for use by men and women with overactive bladder. *Urology.* 2003 Apr;61(4):802-9.
8. Hendriks EJ, Bernards AT, Staal JB, et al. Factorial validity and internal consistency of the PRA-FAB questionnaire in women with stress urinary incontinence. *BMC Urol.* 2008 Jan 24;8:1.
9. Hendriks EJ, Bernards AT, Berghmans BC, de Bie RA. The psychometric properties of the PRA-FAB-questionnaire: a brief assessment questionnaire to evaluate severity of urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn.* 2007;26(7):998-1007.
10. Hendriks EJ, Bernards AT, de Bie RA, de Vet HC. The minimal important change of the PRA-FAB questionnaire in women with stress urinary incontinence: results from a prospective cohort study. *Neurourol Urodyn.* 2008;27(5):379-87.
11. Sapsford RR, Clarke B, Hodges PW. The effect of abdominal and pelvic floor muscle activation patterns on urethral pressure. *World J Urol.* 2013 Jun;31(3):639-44.
12. Paddison K. Complying with pelvic floor exercises: a literature review. *Nurs Stand.* 2002 Jun 12-18;16(39):33-8.
13. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.
14. Westerik-Verschuuren L, Hogen Esch F, Engelageburg-van Lonkhuyzen M van. Beroepscompetentieprofiel Bekkenfysiotherapeut. Amersfoort: NVFB; 2009.
15. Brækken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):170e1-7.

16. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séquin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn*. 2015 Apr;34(4):300-8.
17. Miller JM, Sampselle C, Ashton-Miller J, et al. Clarification and confirmation of the Knack maneuver: the effect of volitional pelvic floor muscle contraction to preempt expected stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Jun;19(6):773-82.
18. Burgio KL. Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training. *Curr Urol Rep*. 2013 Oct;14(5):457-64.
19. Shafik A, Shafik IA. Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol*. 2003 May;20(6):374-7.
20. Bø K, Aschehoug A (2007) Pelvic floor and exercise science: strength training. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, van Kampen M (eds). *Evidence based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice*. Elsevier, Churchill Livingstone, pp 119-32.
21. Hagen S, Stark D, Glazener C, et al. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 Jan;20(1):45-51.
22. Stupp L, Resende APM, Bernardes BT, et al (2010) Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2011 Oct;22(10):1233-9.
23. Dannecker C, Wolf V, Raab R, et al. EMG-biofeedback assisted pelvic Floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2005 Dec;273(2):93-7.
24. Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther*. 2005 Mar;85(3):269-82.

**Bijlage 1**



**Bijlage 2**

Tijd	Urinevolume (ml)	Drinkvolume (ml)	Aandrang afwezig/sterk/normaal/zwak	Urineverlies druppels/scheutje/nat	Activiteit
5.05 uur	600		sterk		
6.55 uur		310			
7.25 uur	170		normaal		
7.45 uur		310		druppels	bij hoesten
8.40 uur	200		sterk		
9.15 uur		200			
10.05 uur	290	310	normaal		
12.00 uur		310			
13.50 uur	310	400	sterk	nat	bij aandrang
15.05 uur	290		normaal		
18.35 uur	190				
20.15 uur	180	200	sterk	scheutje	bij tillen
20.45 uur		310			
22.25 uur	190		normaal		
<b>Totaal</b>	<b>2420 ml</b>	<b>2350 ml</b>			



Subdoel	Subdoel	Subdoel	Subdoel
inzicht rol bekkenbodern en buikdruk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uitleg over anatomie en functie bekkenbodern in relatie tot het klachtenbeeld van patiënte</li> <li>• leefstijladviezen: buikdrukregulatie in ADL, gewichtsafname<sup>1</sup></li> </ul>	week 1 en 2 (2 beh.)	patiënte snapt het nut van bekkenfysiotherapie bij deze klacht
toilethouding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• toiletinstructies: houding bij plassen, houding bij ontlasten, bekkenkantelen na plassen om de blaas volledig te ledigen<sup>10</sup></li> </ul>	week 2 en 6 (2 beh.)	patiënte past een goede houding toe op het toilet
geïsoleerd aan- en ontspannen bekkenbodern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contractie en relaxatie van bekkenbodern ervaren en herhalen, doorademen tijdens contractie, eventueel EMG voor visuele feedback<sup>10</sup></li> </ul>	week 2 en 3 (2 beh.)	inwendige vaginale palpatie, EMG
toepassen 'the knack'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aanleren de bekkenbodern aan te spannen vlak voor buikdrukverhogend moment ter verbetering van timing en coördinatie bekkenbodern<sup>26</sup></li> </ul>	week 3, 4 en 5 (3 beh.)	PRAFAB, eventueel EMG in stand
terugdringen aandrang, mictie uitstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bij heftige aandrang de bekkenbodern licht aanspannen vanuit ontspannen toestand<sup>27,28</sup></li> </ul>	week 4 tot 12 (6 beh.)	PRAFAB, inwendige vaginale palpatie, mictiedagboek
duurkracht/ steunfunctie bekkenbodern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• duurkracht opbouwen van 3 hh van 3 sec. naar 8-12 hh van 8-12 sec.<sup>8,29</sup></li> <li>• frequentie: 3 dagen in de week, 3 sets per dag<sup>29</sup></li> </ul>	week 4 tot 28 (12 beh.)	inwendige palpatie, EMG, POP-Q
snelkracht/ sluitfunctie bekkenbodern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• snelkracht opbouwen van 6 hh naar 15 hh, krachtige contractie, urethrale lift<sup>10,29</sup></li> <li>• frequentie: 3 dagen in de week, 3 sets per dag<sup>29</sup></li> </ul>	week 4 tot 28 (12 beh.)	inwendige palpatie, EMG, PRAFAB, mictiedagboek

ADL = algemeen dagelijks leven; beh. = behandelingen; EMG = elektromyogram; hh = herhalingen; POP-Q = Pelvic Organ Prolapse Quantification; PRAFAB = Protection Amount Frequency Adjustment Body Image Scorelijst

# Mis niets: lees de NPi-service!



NPi  
service

Met een KNGF Compleet lidmaatschap heb je **gratis toegang** tot de NPi-service. Activeer jouw account op **MijnNPi.nl** en selecteer de door jou gewenste thema's.






### Nederlandstalige literatuursamenvattingen

Lees interessante referaten speciaal voor de bekkenfysiotherapeut. En met de praktische vertaalslag van onze thema-experts pas je de kennis direct toe om je patiënten al de volgende dag beter te helpen.



### Webcasts

Bekijk alle webcasts, waaronder de recent verschenen webcast 'De relatie ademen en de bekkenbodern' van Birgit Post-Hoes, m.m.v. Sandra Sangers.



### Wekelijks Nieuws

Lees elke week het laatste fysio- en zorgnieuws uit de Nederlandstalige media ...



### NPi-nieuws app

... of bekijk deze dagelijks op onze app.



Vragen? Mail naar [npiservice@npi.nl](mailto:npiservice@npi.nl)

Kijk voor voorbeelden op: [npi.nl/voorbeeldreferaten](http://npi.nl/voorbeeldreferaten)

Activeer nu eenvoudig jouw toegang tot de NPi-service door een account aan te maken op [MijnNPi.nl](http://MijnNPi.nl). Kijk op [www.npi.nl/kngf](http://www.npi.nl/kngf) voor meer informatie en een korte videoclip over het activeren van jouw account.

www.npi.nl/bekkenproblematiek












**Ook leuke meisjes worden vijftig,** geschreven door Maaïke de Vries en Manon Kerkhof. Uitgeverij Kosmos, Utrecht/Antwerpen. Het telt 320 pagina's. ISBN 978 90 2157 8811. Prijs: € 21,99.

Dit boek is van de hand van een gezondheidswetenschapper, Maaïke de Vries, en een (uro)gynaecoloog, Manon Kerkhof. In *Ook leuke meisjes worden vijftig*, inmiddels al de vijfde druk, delen ze de nieuwste inzichten in de menopauze: de hormonale veranderingen, mogelijke zelfhulpacties en ondersteuning door professionals in deze voor vrouwen soms lastige periode. Het boek is gedrukt in een prettig lettertype en leest lekker weg. De titel alleen al roept een brede glimlach op. Elk hoofdstuk, twaalf in getal, sluit af met *do's-and-don'ts* en wat je vooral moet onthouden. Dat alleen al is plezierig. Het boek is gedrukt in twee kleuren, bevat zeven afbeeldingen en talloze (woord)grafieken en tabellen om duidelijk over te brengen waar het om gaat.

In hoofdstuk 1 beloven de auteurs dat ze uit zullen gaan leggen hoe vrouwen gezonder, fitter en slanker door de overgang kunnen komen zonder al te veel moeite. Met de *Greene Climacteric Scale* kan de vrouw beoordelen of ze al in de overgang zit en hoe hoog ze scoort op de 21 verschillende symptomen. Voor wie alvast een kijkje wil nemen, de schaal is ook via de site van Curillion te downloaden. Hoofdstuk 2 beschrijft het belang van een gezonde middelomtrek naast een gezond BMI. Die kennis is voor ons gesneden koek, maar sommige vrouwen zullen er zeker iets aan hebben; het wordt in ieder geval allemaal duidelijk uitgelegd. Hoofdstuk 3 gaat uitgebreid in op hormonaal onderzoek, of beter gezegd, in dat hoofdstuk wordt uitgelegd dat hormonaal onderzoek meestal geen toegevoegde waarde heeft, doordat de hormoonwaarden tijdens de overgang aan sterke schommelingen onderhevig zijn. Die moeite kun je je dus besparen. Het is een periode waarin de temperatuurregulatie van je lichaam door het verminderen van de hormonen oestrogenen en progesteron strakker wordt afgesteld. Vandaar al die opvliegers.

Door metabole ontregeling komt het metabool syndroom tijdens de overgang vaker voor. In hoofdstuk 4 wordt dit duidelijk uitgelegd, en ook dat stress en slechte nachtrust invloed hebben op het ontwikkelen van overgewicht. Er zijn vele lessen uit te trekken. In hoofdstuk 5 komt ons vakgebied aan bod. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij bekkenfysiotherapie, fantastisch! Ik zag wel verbeterpuntjes. Zo schrijven de auteurs dat er maar twee vormen van urine-incontinentie zijn, is bij twee van de drie afbeeldingen de bekkenbodempoging weggelaten, en verder lijken echt niet alle probes op een vibrator. Dat ook wij een urinetaampon kunnen voorschrijven is kennelijk bij de auteurs niet bekend. Myofeedback wordt uitgelegd, maar de ballontraining ontbreekt en het feit dat sommige bekkenfysiotherapeuten kunnen behandelen en onderzoeken met echo of over een uroflowmetrie beschikken wordt ook niet genoemd. Daarnaast wordt niet vermeld dat het belangrijk is om naar een *geregistreerd* bekkenfysiotherapeut te gaan en dat



je die kunt vinden op [www.bekkenfysiotherapie.nl](http://www.bekkenfysiotherapie.nl). Hier liggen kansen voor verbetering. Misschien moeten we eens contact leggen? In hoofdstuk 6 is een uitleg opgenomen over het belang van een stabiele bloedsuikerwaarde tegen opvliegers en overgewicht. Verder leggen ze uit wat een gezond voedingspatroon is, maar dat zal weinig nieuws bevatten voor de meeste vrouwen.

Hoofdstuk 7 is geheel gewijd aan alcohol, of liever, dat het nuttigen van alcohol slecht is als je overgangsklachten hebt. Gezellig tafelen met een wijntje of die borrel op vrijdagmiddag, dat kan eigenlijk niet meer. Bewegen is goed, meer bewegen is beter en maakt blijer, zo wordt in hoofdstuk 8 uitgelegd. Het bekende advies van de Gezondheidsraad om je 150 minuten per week matig- of

zwaarintensief in te spannen, en dat verspreid over meerdere dagen, passeert ook hier de revue. En dan slecht slapen. Het is een veelvoorkomende overgangsklacht, lezen we in hoofdstuk 9. Bij slaapgebrek neemt het hongerhormoon ghreline toe en het verzadigingshormoon leptine af. Bovendien wordt het door de dalende concentraties oestrogenen en progesteron lastiger om stress te reguleren. Als hulp worden mindfulness en de ontspanningsmethode van Jacobson genoemd.

Hoofdstuk 10 bevat voor ons belangrijke informatie. Het bevat een duidelijke uitleg over hormoontherapie. Is die therapie wel zo'n aanrader, is de grote vraag. Want het risico om er borstkanker door te krijgen is vergelijkbaar met het risico op borstkanker door roken, overgewicht of een eerste zwangerschap boven de 30 jaar. Fijn dat de voor- en nadelen van hormoontherapie worden uitgelegd op grond van de nieuwste wetenschappelijke literatuur. Met deze informatie kunnen we voor onze patiënten een goed onderlegde gesprekspartner zijn. In hoofdstuk 11 wordt ons voorgerekend dat een derde van het arbeidsverzuim van 45- tot 60-jarige vrouwen is toe te schrijven aan de overgang. Wat vrouwen onder andere belangrijk vinden op hun werk? Dat de temperatuur en de ventilatie goed en regelbaar zijn. En dan hoofdstuk 12. Daarin worden de vijftig veelgestelde vragen over de overgang beantwoord. Leuk om te lezen wat die vragen (en de antwoorden daarop) zijn. Bij vraag 39 adviseren de auteurs een superplustampon tegen urineverlies, maar de herbruikbare blaasondersteuning en de vaginale tampon die speciaal is gemaakt om urineverlies te voorkomen, ontbreken helaas.

Bekkenfysiotherapeuten behandelen geen overgangsklachten, toch zouden we wel over de kennis moeten beschikken die in dit boek beschreven staat. Er staat veel in wat al bekend is, maar ook genoeg wat we niet precies (meer) weten. *Ook leuke meisjes worden vijftig* is een fijn geschreven, praktisch, wetenschappelijk verantwoord boek dat je zeker kunt aanraden aan vrouwen die meer willen weten over de overgang.

**Andrea Eggen, MSc**

*redactie NVFB Bulletin*

# Interview met Eric Claassen

## spreker NVFB-voorjaarscongres



v.l.n.r. Heidi Klijssen, Lisette de Jong, Eric Claassen

### **Wat is uw naam?**

“Eric Claassen”

### **Kunt u uw loopbaan beschrijven?**

“Na de middelbare school ging ik medische biologie studeren en promoveerde ik als immunoloog. Ik ben CEO van Viro-Novative en partner in FFUND, hooglebaar Ondernemerschap in life Sciences aan het Althena Instituut van de VU in Amsterdam. Ook ben ik Executive Advisor van Raymond James investment Banking Europe, voorzitter van de Probiotic Advisory Board van Pfizer Consumer Health USA en van de Scientific Advisory Board van Christian Hansen a/s Denmark.”

### **Hoe bent u tot dit alles gekomen?**

“Ik wilde iets betekenen voor de mens, voor de wereld. Een bijdrage leveren aan een gezonde samenleving. Als zoon van een aannemer wil ik een brug slaan – een brug ‘zijn’ is beter gezegd – tussen wetenschappelijke kennis, ondernemerschap en de samenleving. Door deze twee werelden samen te laten komen, vloeit er kennis de samenleving in.”

### **Net voor het begin van de ‘coronaperiode’ verscheen ‘Gezond naar honderd vijftien’. Kunt u iets over dat boek vertellen?**

“In de eerste plaats, ik schreef het samen met Lisette de Jong en Heidi Klijssen. De titel doet misschien anders vermoeden, maar het gaat er in dit boek niet zozeer om dat we 115 jaar oud worden (hoewel,

volgens recent onderzoek moeten we in de toekomst makkelijk de 115 kunnen aantikken), maar meer om de manier waarop we oud worden. De extra jaren die we erbij krijgen, zijn vaak niet de beste; broze botten, diabetes, een hartziekte, of een haperend geheugen. Het kan anders. De basis voor een lang en gezond leven leg je al in je eerste jaren, maar ook op latere leeftijd kun je nog volop bijsturen. Daarbij telt het hele pakket, van voeding en lichaamsbeweging tot je sociale netwerk en hoe je in het leven staat. We hebben vele wetenschappelijke onderzoeken bestudeerd, de Blue Zones bezocht en experts en ervaringsdeskundigen geraadpleegd.”

### **Wat is het geheim om fit en gezond oud te worden?**

“Je zou denken dat een gezond voedingspatroon de basis is. Dat die de sleutel is tot succes. Dat is voor een groot deel zeker waar, maar wat minstens zo belangrijk is, is ‘de wil om te leven’. Dit wordt door iedereen op een andere manier ingevuld. Van kinderen die in Japan op het schoolplein afspreken samen oud te worden en altijd voor elkaar te zullen zorgen, tot een dame van 104 die zich nog elke dag opmaakt voor de mannen, in het Caribische gebied overigens, waar muziek een erg belangrijke rol speelt.”

### **Voor wie is het boek geschreven?**

“Voor alle volwassenen. Het bevat gezonde recepten, maar ook leefstijladviezen en oefeningen. Daarnaast hebben we lijsten

opgenomen met voedingsmiddelen en producten die een positieve werking hebben op de darmgezondheid. Deze zijn handig voor de bekkenfysiotherapeut.”

### **Er staan nog een paar vragen van het congres open. Wilt u die alsnog beantwoorden?**

*Als 6 weken probiotica uit de supermarkt niet werkt, zijn gespecialiseerde pre- en probiotica dan een vervolgoptie?*

“Jazeker, elk product heeft een andere samenstelling aan bacteriestammen.”

### **Hoe denkt u over suikervervangers als sorbitol?**

“Op zich prima. Beter is natuurlijk het suikergebruik te minimaliseren. Het punt met suikervervangers is dat er iets in het lichaam gebeurt waardoor het lichaam als het ware om meer suiker gaat vragen. De suikerbehoefte neemt toe.”

### **Zou probiotica een goed alternatief kunnen zijn voor macrogol/forlax bij kinderen?**

“Hier zijn geen wetenschappelijke studies over gedaan.”

### **Wat is het effect van echte Kefir (niet uit de winkel) op het darmepitheel?**

“Echte Kefir zorgt voor darmkolonisatie.”

Gezond naar honderd vijftien is te verkrijgen via de boekhandel en via [www.bol.com](http://www.bol.com).

*Interview Anouk Tigchelaar, MSc, geregistreerd bekkenfysiotherapeut, FysioDynamiek, Arnhem*



# Wonderbaarlijke vaginaverhalen

**Kunstenaar en theatermaker Yvonne Beelen verdiept zich al twee decennia lang in hoe we ons verhouden tot 'het meest vrouwelijke lichaamsdeel'. Voor het Bulletin brengt Yvonne de lezer een serie wonderbaarlijke vaginaverhalen uit de wereldgeschiedenis, om vanuit oude zienswijzen hernieuwd licht te doen schijnen op dit universele thema dat de levensbron is van ons allemaal.**

In onze tijd is een vagina voor velen op de eerste plaats iets seksueels en daarmee allesbehalve geschikt voor in de openbaarheid. Maar is dat altijd zo geweest? Voor dit allereerste wonderbaarlijke vaginaverhaal hoeven we niet ver van huis te gaan, want het stamt uit onze eigen West-Europese cultuurgeschiedenis.

Uit de middeleeuwse architectuur zijn ornamenten bekend van vrouwenfiguren die expliciet hun genitaliën tonen. Ze zijn uit steen gehouwen en verbeelden een veelal gehurkte vrouw die met haar handen haar buitenproportioneel grote geslacht spreidt of ernaar wijst. De vrouw is meestal kaal, met een platte thorax of borsten als theezakjes en een sterk vermagerd lichaam waarvan je de ribben tellen kunt. Wat zijn dit voor opmerkelijke figuren?

Sheela-na-gigs worden ze genoemd en ze zijn vooral gevonden in Ierland en Engeland, maar ook in Frankrijk, Spanje en Nederland. Ze worden toegeschreven aan de Keltische cultuur en de naam zou refereren aan het Ierse woord 'hag', dat een 'oude, wijze, magie beoefenende vrouw' betekent.

Nog opzienbarender wordt het bij de ontdekking dat deze Sheela-na-gigs hangen aan de gevels van kerkgebouwen, veelal naast ramen en boven deuren. Vagina's en kerken? Niet echt een voor de hand liggende combinatie. Waarom ze daar geplaatst zijn, is waar onderzoekers zich al anderhalve eeuw over buigen. De Sheela is echter nog steeds in mysteriën gehuld. Zou ze een vruchtbaarheidsgodin verbeelden? Of de kerkganger waarschuwen voor zondige lust?

Vanuit het oogpunt dat de kerk meerdere heidense gebruiken geïntegreerd heeft in haar christelijke cultuur – zo werd op 25 december het feest 'Sol Invictus' gevierd ter verering van de zon en herinneren de lampjes in de kerstboom aan de Germaanse Joelvuren – zou mogelijkerwijs



*Sheela-na-gig, Kilpeck church in Herefordshire.*

ook de Sheela-na-gig ingezet zijn om het kerstenen van de Kelten te vergemakkelijken.

Wat maakt deze vaginabeeldjes zo waardevol om ze zo'n prominente plek te geven boven de kerkingang? Een van de theorieën uit de wetenschap over de betekenis van deze exhibitionistische vrouwfiguur geeft een mogelijk plausibele, als ook een hoogst merkwaardige verklaring. Want in deze hypothese wordt de Sheela-na-gig een apotropaeïsche functie toebedeeld. Door haar geslacht te tonen, zou

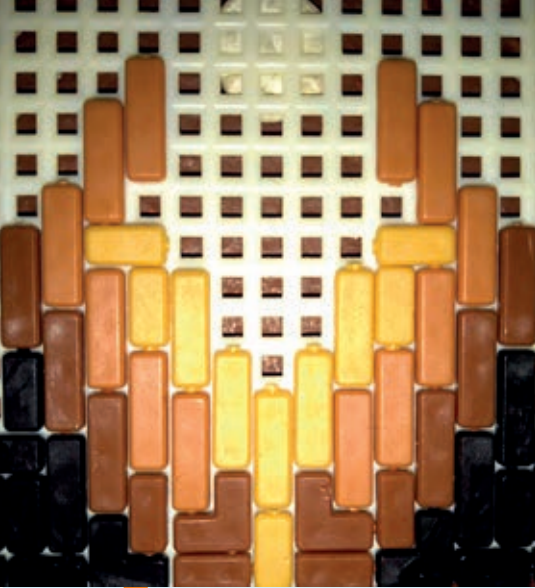
deze wijze, oude vrouw het boze afwenden om zo de kerkgemeenschap te beschermen. De vagina dus niet in de betekenis van iets seksueels, maar als een talisman met magische kracht die behoedt tegen het kwaad. Zou dat niet boven iedere stadspoort en deurpost moeten prijken?

---

**Yvonne Beelen**

*Studio Ytopia, Rotterdam*

---



## Vagina's die de wereld redden

*Deze afbeeldingen maken onderdeel uit van het kunstproject 'Talisvrouw' van Yvonne Beelen (<https://collectionY.earth/>). Ze stellen een gespreide vagina voor, geïnspireerd door de Middeleeuwse Sheela-na-gigs (waarover meer in Yvonne's column op naastliggende pagina). Iedereen kan aan het kunstproject meedoen.*



📍 Sheela-na-gig boven de kajuit van zijn boot. (Frans\*)



📍 Sheela-na-gig aan de muur van een bioscoop in Londen. (Lisa\*)

*\*Volledige namen bekend bij inzender van deze rubriek.*

## Uw advertentie hier?

Neem dan contact met ons op

Baukje Veen  
sponsor@nvfb.nl

# De Vagina Dialogen



Het doel van deze podcastserie is om alles wat we maar willen weten over de vagina bespreekbaar te maken en te bespreken, én weg met de schaamte! Zoals de maaksters het verwoorden: “De kut uit de schaamstreek halen!”

De podcast wordt gemaakt door Bureau Vrouwenzaken in samenwerking met Libelle. Bureau Vrouwenzaken is een creatief collectief (Anne-Marie Jung, Ellen Roggeveen, Marieke Voorsluijs), met als doel vrouwenkwesties uit de schaam(te)streek te halen. Ze zijn respectievelijk actieste/actrice, creatief strateeg /cafébaas/yogadocente en textielkunstenaar. Het is een serie van zes wekelijkse afleveringen, waarvan de eerste op 7 juli 2021 is verschenen. Deze podcastserie is te vinden op Spotify, [www.bureauvrouwenzaken.nl](http://www.bureauvrouwenzaken.nl), [www.libelle.nl/podcasts](http://www.libelle.nl/podcasts).

Voor deze rubriek heb ik naar alle afleveringen van De Vagina Dialogen geluisterd en dat was een leuke ervaring. Iedere aflevering is gewijd aan een thema en begint met een gesprek tussen de drie maaksters over hun eigen ervaringen met dat thema, en hun actuele (kut)stand betreft het on-

derwerp en eventuele schaamte erover. Alles wordt heel gezellig besproken en voordat je het weet komen alweer de rubrieken met de deskundige (De Ongepaste Vraag) en de boekbespreking voorbij. De deskundigen variëren van vrouwenvoorvechtster, ervaringsdeskundigen en biochemicus tot hoogleraar seksuologie, Ellen Laan.

Bij de boekentips kwamen boeken voorbij waarvan ik er een aantal al kende, maar andere ook niet, voor de volledigheid geef ik de hele lijst:

Titel	Auteur
De Vaginabijbel	Jen Gunter
The Wonder Down Under	Nina Brochmann
De Cyclus Strategie	Maisie Hill
Vochtige Streken	Charlotte Roche
Onzichtbare Vrouwen	Caroline Criado Perez
De Climax Club	Jüne Pla

De podcast wordt professioneel geproduceerd; Anne-Marie, Ellen en Marieke praten alles vlot, open en natuurlijk aan elkaar, de geluidskwaliteit is heel goed, er zijn vaste jingles, waardoor de verschillende items binnen een aflevering goed herkenbaar zijn, en dit maakt het geheel prettig luisterbaar. Ik vind het knap hoe het de dames lukt om de onderwerpen serieus, realistisch maar toch luchtig te bespreken. Als bekkenfysiotherapeut is de podcast leuk om te beluisteren, je leert over de praktische gevolgen van vagina-problemen, maar ze helpen ook om je inlevingsvermogen ten aanzien van ‘vagina-problemen’ te vergroten. Maar ik denk dat de podcast vooral heel waardevol is voor alle vrouwen, jong en oud, die zich onzeker voelen over ‘vaginale aangelegenheden’, wat die dan ook mogen zijn. Kortom, een podcast om aan te bevelen!

# The Pelvic Health Podcast



De Pelvic Health Podcast is een productie van Lori Forner uit Brisbane, Australië, die maar liefst meer dan 70 afleveringen telt. Allemaal opgenomen sinds juni 2017 en gehouden door een breed scala aan internationale gastsprekers. De podcast wordt gemaakt voor zowel professionals als het algemene publiek en is te vinden op Podbean, Apple Podcasts, Google Play en Spotify.

Lori is werkzaam als bekkenfysiotherapeut en bezig met haar PhD op het gebied van womens pelvic health aan de Universiteit van Queensland, met als onderwerp *'the effects of heavy weight on pelvic organ mobility and support in females, and the possible role vaginal pessaris may play'*. Daarnaast is zij lid van de Women's Health Training Associates, schrijft zij artikelen en geeft zij lezingen voor professionals in de zorg met gedeelde interesse.

Ik heb geluisterd naar de aflevering van 1 januari 2021 met als onderwerp: *'Menstrual cycle and athletic performance'*, waarin Lori associate professor dr. Kirsty Elliott-Sale interviewt.

In de introductie van deze aflevering op [thepelvichealthpodcast.podbean.com](https://thepelvichealthpodcast.podbean.com) wordt Kirsty Elliot voorgesteld, vind je wat er aan de orde zal komen en links

naar afbeeldingen van de menstruele cyclus die je nodig hebt om de lezing goed te kunnen volgen. Daarnaast tref je er de links aan naar twee aan het onderwerp gerelateerde open access artikelen (twee systematische reviews en een meta-analyse) en naar een podcast van het *British Journal of Sports Medicine* (BJSM).

Aan het begin van het gesprek legt Kirsty Elliot eerst uit hoe zij verzeild is geraakt in het onderzoek naar de menstruele cyclus bij atleten, hoe de aandacht daarvoor de laatste 20 tot 30 jaar is gegroeid en welke moeilijkheden en beperkingen zich bij dit onderzoek zoal voordoen.

Dan legt zij uit waar je op moet letten als je de onderzoeksresultaten over de menstruele cyclus bij sporters wilt vertalen naar de praktijk. Ik zet ze hierna op een rijtje.

- Door de grote variaties tussen de verschillende studies en de vele studies van lage kwaliteit, kan er geen algemene richtlijn over training gedurende de menstruele cyclus gegeven worden.
- Sommige sportsters hebben last van hun cyclus, andere niet.
- Degenen die last van hun cyclus hebben, ervaren doorgaans minimale klachten gedurende de vroege folliculaire fase.

- De aanbeveling is om een individuele benadering te hanteren, gebaseerd op een individueel bijgehouden logboek over training en de effecten ervan gedurende de menstruele cyclus.

Tot slot komt ter tafel wat de invloed van de anticonceptiepill is op training bij vrouwen. Die lijkt minimaal en geeft ook geen aanleiding tot het ontwikkelen van een algemene richtlijn. Dat is een bijkomende reden dat Kirsty een individuele benadering adviseert.

Ik ben inmiddels een uur verder. Al met al was het een prettig gesprek om naar te luisteren. De gastvrouw is goed te verstaan, maar door de matige verbinding met (de erg snel sprekende) Kirsty, en haar accent, kost het beluisteren van haar deel van het gesprek voor de niet-Engels-taligen onder ons wat meer moeite.

Luisteren? Surf naar <https://thepelvichealthpodcast.podbean.com/e/menstrual-cycle-and-athletic-performance-with-dr-kirsty-elliott-sale/>

---

**Esther Reijers, MSc**

---

*redactie NVFB Bulletin*

*In deze rubriek interviewen we twee leden van de vereniging. Wie ben je als bekkenfysiotherapeut en wat vind jij het kenmerk van jouw praktijk?*



### Wie ben je?

Ik ben Marloes Reijman, 37 jaar, en ik woon in Zoetermeer, samen met mijn fantastische man en twee geweldige jongens. Sinds 2005 ben ik fysiotherapeut en sinds 2013 bekkenfysiotherapeut. Sinds dit jaar heb ik ook de aantekening seksuologie.

### Waar werk je?

Ik werk in Den Haag in een superleuke bekkenfysiotherapiepraktijk. Samen met drie leuke collega's.

### In wat voor setting werk je?

We zijn een eerstelijnspraktijk met alleen maar bekkenfysiotherapie. Tevens zijn we verbonden aan het bekkenbodencentrum van Medisch Centrum Haaglanden en 'Endometriose in balans'.

### Wat maakt jouw praktijk/behandelingen speciaal?

Vaak krijg ik vanuit het ziekenhuis de wat moeilijker casussen doorgestuurd. Blijkbaar kan ik aan die patiënten de juiste hulp bieden. Ik vind het zelf ook altijd erg leuk als je moet puzzelen om ergens uit te komen. Als iets ingewikkeld is. Een simpele stress urine-incontinentie zie ik eigenlijk bijna nooit. Ik probeer altijd biopsychosociaal te kijken en verbanden te leggen. Ademhaling, core stability, mobiliteit van andere delen in het lichaam. Maar het allerbelangrijkste is denk ik wel de tijd nemen en luisteren.

### Welke opleiding/cursus vind jij dat iedere bekkenfysiotherapeut zou 'moeten' doen?

Sinds dit jaar kunnen we op de praktijk een echo maken. Zelfs na alleen de spoedcursus zijn mijn behandelingen al effectiever geworden. Nu nog de hele echocursus. Wat heeft dat apparaat een enorme meerwaarde.

### Welke rubriek(en) in het Bulletin lees je graag? En wat mis je?

Om heel eerlijk te zijn ben ik pas sinds begin dit jaar lid van de NVFB. Ook ik zag daar eerder niet de noodzaak van in. Maar dat is veranderd, want sinds kort zit ik samen met een paar leuke collega-bekkenfysiotherapeuten in de Commissie Sociale Media en mag ik leuke, inspirerende, ondersteunende en informatieve posts op Facebook en LinkedIn zetten. Sindsdien ben ik lid van de NVFB. Nog maar kort dus. Een favoriet item? Dat heb ik daarom nog niet.

### Naar welk onderwerp vind je dat meer onderzoek gedaan zou moeten worden?

Ondanks dat collega's voor mij al veel hebben onderzocht en al mooie resultaten beschikbaar hebben gemaakt, denk ik dat ons vak nog in de kinderschoenen staat. Er zijn nog zoveel onbeantwoorde vragen. Denk aan diastase, een onderwerp dat steeds meer bekendheid krijgt, maar waar ook meer onderzoek naar nodig is. Daar maakt het landelijke Diastasenetwerk waar ik deel van uitmaak, zich ook sterk voor. Net als bekkenfysiotherapie bij specifieke aandoeningen, zoals het Ehlers-Danlos-syndroom.

### Wat kan de NVFB doen om ons vak te ondersteunen? Heb je tips?

Ik denk dat dit een vraag is waar we de leden meer bij moeten betrekken. Ik merk bij veel 'jongere' bekkenfysiotherapeuten dat ze een kosten-batenanalyse maken en vervolgens denken: kost veel doet weinig. Ik denk dat het net zo werkt als bij patiënten: wanneer je de regie bij de patiënt teruglegt, groeit de motivatie.

Daarnaast is mijn tip om meer ambassadeurs in te zetten, zoals de dagvoorzitter van ons congres dit jaar, Vera Rempe. Zij werkt onder andere ook in Den Haag, waar ik met haar mag samenwerken. Van zo'n ambassadeur word ik heel blij. Met meer 'Vera Rempes' kunnen we het belang van ons geweldige vak nóg beter uitdragen.





#### **Wie ben je?**

Mijn naam is Annemieke van der Waal. Ik ben sinds 2007 fysiotherapeut en in 2013 ben ik afgestudeerd aan de SOMT als bekkenfysiotherapeut. Ik ben nuchter, optimistisch, rustig en af en toe een tikkeltje eigenwijs. Ik vind het vak bekkenfysiotherapie fantastisch! Wat is het toch heerlijk om met mensen die komen met heel intieme klachten, te kunnen lachen en huilen en resultaat te bereiken, zodat hun kwaliteit van leven enorm verbetert. Dat is toch het mooiste wat er is?

#### **Waar werk je?**

Ik werk bij Fysiotherapie Rockanje, een praktijk vlak aan de kust van het Zuid-Hollandse eiland Voorne-Putten.

#### **In wat voor setting werk je?**

Het is een particuliere praktijk met 12 therapeuten, twee mensen bij de administratie en een aantal andere disciplines die bij ons ruimte huren.

#### **Wat maakt jouw praktijk/behandelingen speciaal?**

De praktijk staat bekend om de diversiteit aan specialisten die we in huis hebben. We kunnen met bijna elke klacht wel iets en werken ook nauw samen om tot het beste resultaat te komen. Het is een heerlijk team. Persoonlijk sta ik bekend om mijn rust en vertrouwen die ik naar patiënten uitstraal. Humor ontbreekt nooit in mijn behandelingen en die maakt alles vaak luchtiger voor patiënten.

#### **Welke opleiding/cursus vind jij dat iedere bekkenfysiotherapeut zou 'moeten' doen?**

Dat ligt natuurlijk helemaal aan welke patiëntencategorie je ziet en waar je interesses liggen; doe vooral wat je leuk vindt, zou ik zeggen. Ik vond de cursus 'Dry needling in het bekkengebied' van de NPI veel toevoegen. Lekker praktisch én goed theoretisch onderbouwd. Maar er zijn zoveel leuke cursussen.

#### **Welke rubrieken in het Bulletin lees je graag? En wat mis je?**

Ik vind het belangrijk om nieuwe ontwikkelingen in ons vakgebied bij te houden en die zoek ik dan ook doelbewust op in het blad. Ik mis de praktische vaardigheden. Kunnen die besproken of bediscussieerd worden? En wat tips over cursussen op dat gebied zou ook fijn zijn.

#### **Naar welk onderwerp vind je dat meer onderzoek gedaan zou moeten worden?**

Hormonen. Wat kunnen we daar nog veel in ontdekken, zowel rond de zwangerschap als rond de overgang. En de mannen blijven in mijn optiek nog steeds een beetje onderbelicht, al is dat wel enorm verbeterd de laatste jaren.

#### **Hoe zou de NVFB ons vak verder kunnen ondersteunen? Heb je tips?**

De preventie mag wat mij betreft nog wel verder ontwikkeld worden. Het Postpartum Consult is hier een mooi voorbeeld van; een goed concept. Ik denk dat er op andere vlakken in dit opzicht ook nog winst te behalen is. Voorkomen van klachten en mensen goed informeren behoren denk ik ook tot onze taak.

.....

*Mogen we jou de volgende keer interviewen?  
bulletin@nvfb.nl*

# URinControl



URinControl is ontwikkeld door een gelijknamige onderzoeksgroep die is verbonden aan UMC Groningen en Rijksuniversiteit Groningen, en is bedoeld voor vrouwen met urineverlies die zelfstandig thuis, met behulp van een app, hun bekkenbodembodem willen oefenen.

Er wordt al sinds 2014 aan gewerkt. Doel is de effecten van een app bij de behandeling van urine-incontinentie te vergelijken met standaard huisartsenzorg. En wat blijkt: het effect is hetzelfde. In november 2021 promoveerde Anne Loohuis erop. De app stelt vrouwen in staat een patiëntspecifiek oefenprogramma in te stellen en dat dan dagelijks te volgen. Er kan ingezet worden op blaasstraining of op spierversterkende oefeningen.

Als je de app voor de eerste keer opent, moet je je persoonsgegevens invoeren en op welke manier je je gegevens wilt laten gebruiken in de data-analyse: gepersonaliseerd of geanonimiseerd. Aansluitend doorloop je een aantal vragen om kenbaar te maken welk type urineverlies je hebt en in welke mate.

Aan de hand van instructieplaatjes en video-instructie krijg je vervolgens duidelijke uitleg over de anatomie en de manier van aanspannen en ontspannen van de

bekkenbodembodem. Een instructie die veel lijkt op de instructie die ik aan mijn patiënten geef en – heel belangrijk – er is dus ook aandacht voor ontspanning van de bekkenbodembodem. Daarnaast wordt telkens geadviseerd om, wanneer aanspannen van de bekkenbodembodem niet lukt, contact op te nemen met een geregistreerd bekkenfysiotherapeut of de huisarts.

Je kunt ook meetdagen inplannen waarop je een digitaal mictiedagboek kunt invullen. Daarvoor krijg je dan herinneringen via e-mail, net als voor het oefenen zelf trouwens. Al je oefenresultaten en meetgegevens worden bijgehouden zodat je zelf kunt zien of je vooruitgaat. Boek je onvoldoende vooruitgang, dan kun je natuurlijk alsnog de huisarts of de bekkenfysiotherapeut inschakelen.

Zijn er nog kritische punten te ontdekken aan deze app? Jazeker. De vindbaarheid is wat mij betreft een aandachtspunt. In de Play Store krijg je op 'URinControl' geen enkele hit, omdat de app onderdeel is van de Gezondheidsmeterapp. En die moet je dan eerst downloaden, maar daar kwam ik ook pas na even zoeken achter. Voordeel van deze constructie is dat de app binnen het online patiëntendossier valt. En dan het registreren; dat verliep ook

niet vlekkeloos. Maar met wat geduld en doorzettingsvermogen kon ik toch aan de slag. Ook de veelheid aan persoonsgegevens die je prijs moet geven kan een barrière zijn en patiënten ervan weerhouden de app te gebruiken. Het is in elk geval geen zaak van 'even downloaden en aan de slag'. Maar eenmaal geïnstalleerd, is het dan wel duidelijk een zeer complete app die is gericht op het verminderen van urineverlies.

Voor mensen die hinderlijk urineverlies hebben en zich niet durven melden bij de huisarts en/of bekkenfysiotherapeut is het een fijne manier om meer kennis van bekkenbodembodem en blaas op te doen en oefeningen aan te leren. Wellicht durven zij bij onvoldoende resultaat daarna dan toch hulp in te schakelen voor een gedegen onderzoek en behandeling op maat. Want uiteindelijk is echt meten pas weten én is weten, aansluitend, gericht kunnen oefenen.

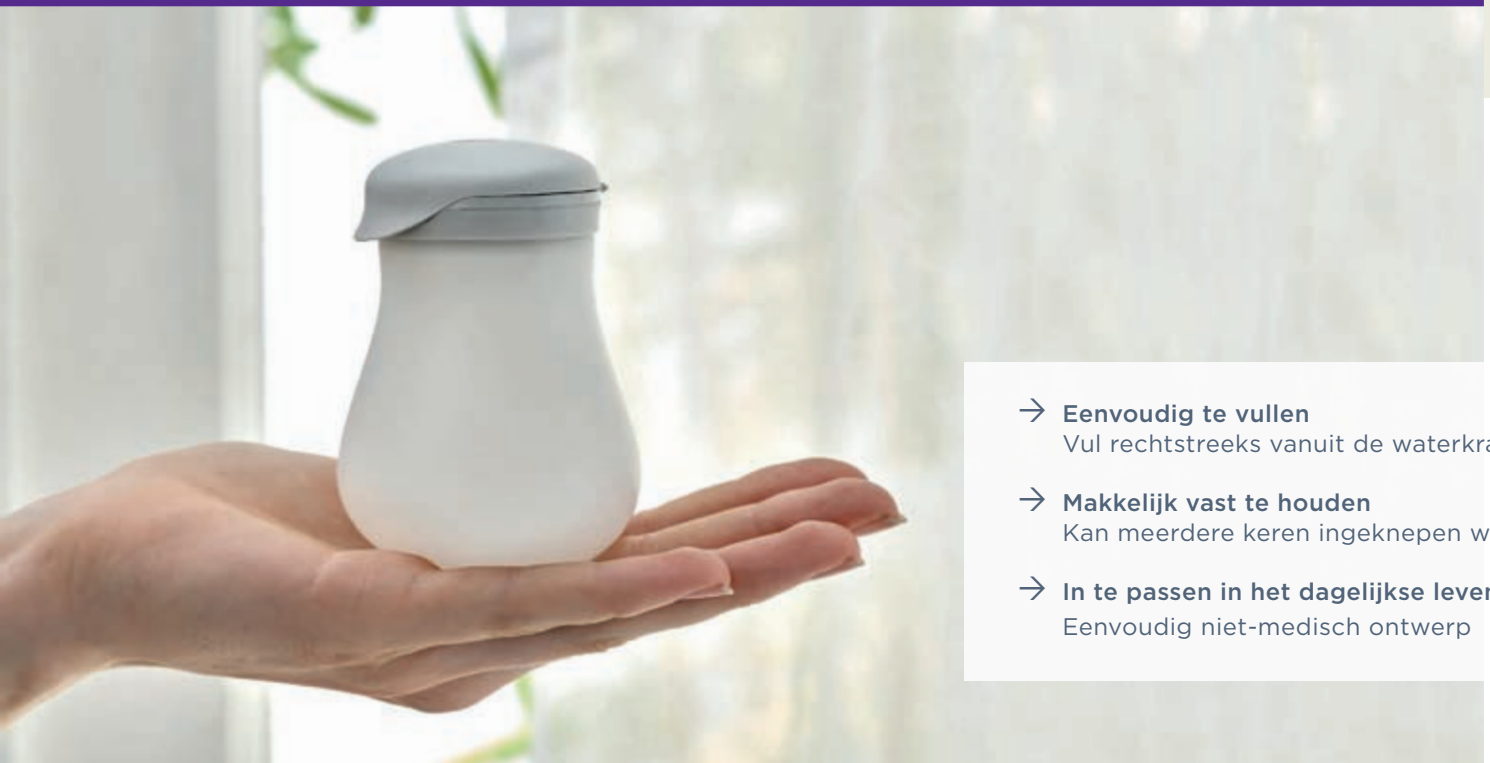
URinControl is sinds april 2021 te downloaden en is kosteloos.

**Marjolein Bruntink-vanderNolle, MSc**

*bekkenfysiotherapeut*

# Qufora<sup>®</sup> IrriSedo MiniGo

## Het verschil is eenvoudig



- **Eenvoudig te vullen**  
Vul rechtstreeks vanuit de waterkraan
- **Makkelijk vast te houden**  
Kan meerdere keren ingeknepen worden
- **In te passen in het dagelijkse leven**  
Eenvoudig niet-medisch ontwerp

## Darmirrigatie met laag volume opnieuw ontworpen

Laag volume darmirrigatie is een manier om de kwaliteit van leven te verbeteren bij mensen die te maken hebben met darmproblematiek zoals ongewild ontlasting verlies, incomplete evacuatie of low anterior resection (LAR) syndroom. Het heeft al duizenden patiënten succesvol geholpen de afgelopen jaren.

De nieuwe Qufora Irrisedo MiniGo is tot in het kleinste detail ontworpen om gebruikers op een simpele, discrete manier een effectieve oplossing te bieden in het dagelijkse leven

Neem contact met ons op om te ontdekken hoe de Qufora IrriSedo MiniGo uw patiënten kan helpen de controle weer over hun darmfunctie te krijgen

**Laat uw patiënten het MiniGo verschil ervaren**



**reddot winner 2021**

Ontworpen voor U



## **YVLO-ZwangerFit® Opleiding**

*In 3 maanden tijd word je allround YVLO-ZwangerFit® Trainer.*

KRF NL: 98 Accreditatiepunten Algemeen en Bekken

## **YVLO-Postpartum Problematiek**

KRF NL: 19 Accreditatiepunten Algemeen en Bekken

## **YVLO-ZwangerFit® Mindful Ademen en Ontspannen**

*Ademen en ontspannen volgens methode van Dixhoorn.*

KRF NL: 7 Accreditatiepunten Algemeen en Bekken

**Kijk voor de data en meer informatie op [yvlo.nl](http://yvlo.nl).**

**HARTMANN**  
+



**MoliCare® Premium Mobile**  
Day and night protection



# Master bekkenfysiotherapie

## efficiënte en praktijkgerichte 3-jarige masteropleiding

Er is in Nederland op dit moment een tekort aan bekkenfysiotherapeuten. Gezien de grootte van de doelgroep en de toename in kennis bij verwijzers, in combinatie met betere evidentie en voorlichting, neemt de vraag naar gespecialiseerde bekkenfysiotherapeuten toe.

### Efficiënt en praktijkgericht

Gebruik van bewezen efficiënte werkvormen leidt tot een sterkere verbinding tussen opleiding en werk en minder studiebelasting (60 EC's).

### Flexibel studeren

Naast inschrijven voor de hele opleiding is ook inschrijving per jaar mogelijk. Je kunt voor een

groot deel zelf bepalen wanneer jij wilt studeren om zo verder te bouwen aan goede zorg voor jouw cliënt. Zo houden wij studeren flexibel en kies je het meest geschikte moment om verder te bouwen aan goede zorg voor jouw cliënt. Uiteraard ontvangen deelnemers na het afronden van deze erkende opleiding het getuigschrift Master of Science Pelvic Physical Therapy.

### Meer weten?

Kijk op [www.avansplus.nl/fysiotherapie](http://www.avansplus.nl/fysiotherapie) of neem contact op met Kevin Bosman via 076-5258863 of [kbosman@avansplus.nl](mailto:kbosman@avansplus.nl).

Bekijk onze opleidingen fysiotherapie op  
[avansplus.nl/fysiotherapie](http://avansplus.nl/fysiotherapie)

**bereik meer**

**avans+**



## Agenda

# Agenda

Controleer de datum van het congres op de site van de organisatie.

woensdag 12 en donderdag 13 januari 2022

**Idealized Integrated Pelvic Care**

Maastricht – <http://baryberghmans.com>

zondag 27 februari 2022

**2nd International Conference On Controversies In Neuropathic Pain**

Online – <https://ihs-headache.org/en/events/>

woensdag 9 t/m zaterdag 12 maart 2022

**20th ISPOG Congress**

Wenen, Oostenrijk – <https://ispog2022.org/>

vrijdag 8 april 2022

**NVFB Jubileumcongres**

NBC, Nieuwegein

woensdag 27 t/m zondag 30 april 2022

**12th Congress of the EFIC. Pain in Europe XII**

Dublin, Ierland – <https://efic-congress.org/>

zaterdag 21 mei 2022

**Dag van de Fysiotherapeut**

's-Hertogenbosch – <https://knfg.nl>

dinsdag 14 t/m zaterdag 18 juni 2022

**2022 IUGA 47th Annual Meeting**

Austin, Texas, VS

<https://www.iuga.org/events/annual-meetings>

woensdag 7 t/m zondag 10 september 2022

**ICS 2022**

Wenen, Oostenrijk – <https://www.ics.org/2022>

## Save the date NVFB Jubileumcongres 'Toen en Nu'

Elkaar ontmoeten, op een congres, dat is wat we als vereniging willen. Na twee jaar uitstel hopen we komend voorjaar dan eindelijk ons 35-jarig jubileum 'echt' te vieren met als thema 'Toen en Nu'.

**Datum:** 8 april 2022

**Waar:** NBC Nieuwegein

De onderwerpen zijn divers, zoals u van ons gewend bent, met interessante sprekers: Marijke Slieker, die ingaat op de internationale terminologie, Heidi Moosdorff die haar proefschrift *'Pregnancy-related urinary incontinence, does it bother?'* bespreekt en Bert Messelink die de nieuwe richtlijn 'Chronische bekkenpijn' belicht. Met een aantal andere interessante sprekers zijn we nog in gesprek. We houden u op de hoogte van de voortgang.

We vieren een jubileum, en daarom willen we het congres op een bijzondere manier afsluiten.

Tot slot, uiteraard houden we de mogelijkheid van een hybride livestream open, al hopen we er geen gebruik van te hoeven maken. We houden u op de hoogte.

Wij als bestuur, met een geheel nieuwe Congrescommissie, zien ernaar uit jullie weer te ontmoeten.



# Colofon

December 2021, nummer 46, 25e jaargang  
*NVFB Bulletin* verschijnt 2 keer per jaar en is het officiële orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie

## Redactieraad

mw. P.M.M. van Nierop, MSPT  
mw. E.H.M.L. Westerik-Verschuuren, MSPT

## Redactie

**Evertine Adams, MSc**  
*geregistreerd bekkenfysiotherapeut,  
Bekkenfysiotherapie Utrecht, Utrecht*

## Elma Heikamp-Roeland

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut, eerstelijns  
centrum Beatrixpark, Ede*

## Esther Reijers, MSc

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut,  
Fysiotherapiepraktijk van den Berg, Dirksland*

## Andrea Eggen, MSc

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut met  
specialisatie kinderen  
Fysiotherapiepraktijk Suguna, Lelystad*

## Eindredactie

*Tertius Redactie en organisatie,  
mw. M.R. Kruijswijk PT, niet-praktiserend*

## Rubrieken

Petra Zephat, MSc, Wetenswaardigheden  
Kristel Bonten, MSc, Evidence  
Yvonne Beelen, Column

## Redactiesecretariaat

Redactie NVFB Bulletin  
Postbus 248  
3800 AE Amersfoort  
E-mail: [bulletin@nvfb.nl](mailto:bulletin@nvfb.nl)

## Advertenties

Baukje Veen-Stoppels, MSc  
*geregistreerd bekkenfysiotherapeut,  
Fysiotherapie de Vuursteen Groningen*  
E-mail: [nvfb.advertentie@gmail.com](mailto:nvfb.advertentie@gmail.com)

## Abonnementen

KNGF, afdeling Ledenservice  
Prijs € 60,- per jaar  
NVFB-leden en buitengewone leden gratis

De contributie wordt per jaar berekend; het verenigingsjaar loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Adreswijzigingen telefonisch of schriftelijk doorgeven aan de KNGF-Ledenservice.  
Opzeggen van uw NVFB-lidmaatschap of het donateurschap van het *NVFB Bulletin* kan alleen schriftelijk via KNGF-Ledenservice, Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.

Folders en informatiebrochures op het gebied van de NVFB zijn te bestellen via [www.nvfb.nl](http://www.nvfb.nl) of via de KNGF-Ledenservice, 033 4672 929.

## Bestuur

mw. N.D.M. van Bergen MSPT (voorzitter),  
Kwaliteit en scholing  
mw. B.J.M. Berendes-van Dijk MSPT (secretaris),  
Sociaal Economische Belangen  
mw. D. Botschuijver-Sellmeijer (penningmeester),  
Marketing en communicatie  
mw. E.C. van der Spek-Mes MSc, Kwaliteit en scholing  
mw. M.J. van Asperen MSc, Marketing en communicatie

Vragen en mededelingen aan het bestuur of een van de commissies: e-mail naar [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl) of schrijf naar Secretariaat NVFB, p/a hoofdkantoor KNGF, Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.  
Informatie over de NVFB: [www.nvfb.nl](http://www.nvfb.nl).

## Lay-out en druk

MediaCenter Rotterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, microfilm fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de redactie.

De redactie behoudt zich het recht voor aangeboden artikelen en berichten in te korten. Plaatsing houdt niet in dat de redactie de daarin verwoorde mening tot de hare heeft gemaakt.

## Aanleveren van kopij



- Iets leuks meegemaakt waarvan je beslist wilt dat anderen het horen? Klim in de pen!
- Een boek in handen dat een must-read is? Schrijf een verslagje!
- Iets opvallends voor je camera gehad? Stuur in die foto!
- Iemand ontmoet die een interview waard is? Doe een voorstel!

*Samen beslaan we heel Nederland. Samen delen, is samenwerken voor een beter vak.*

**Kortom, we nodigen je van harte uit om kopij in te sturen. Wacht niet te lang, maar neem contact op met de redactie en spreek je idee door. Samen komen we er vast wel uit. Een redacteur staat je terzijde.**

**Stuur kopij in vóór maandag 4 april 2022 ([bulletin@nvfb.nl](mailto:bulletin@nvfb.nl))**

