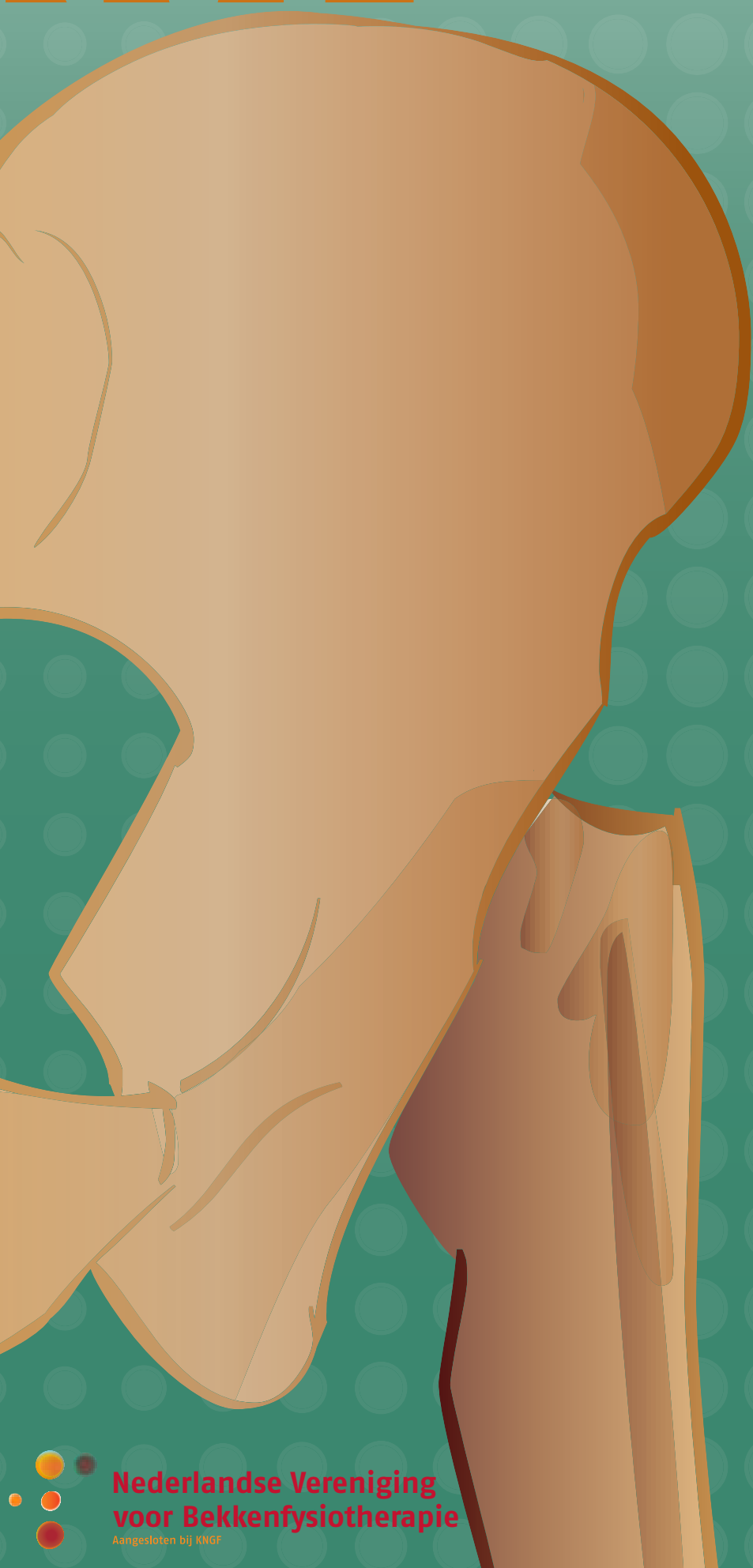


NMFB BULLETIN



bijblijven:
Congresverslagen

ethiek:
Zorgvuldig handelen

thesis:
**Bekkenfysiotherapie
bij transgenders**

podcast:
Endometriose

47



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 of neem contact op met Kevin Bosman via 076-5258863 of kbosman@avansplus.nl.

Bekijk onze opleidingen fysiotherapie op
avansplus.nl/fysiotherapie

bereik meer

avans+



26



20



44



32

Bulletin

De kracht van kennis delen 2
 Van het bestuur 5
 Jaarverslag 2021 6

Wetenschap

Wetenswaardigheden 10
 Evidence 12
 Ingezonden 13
 Promotie Heidi Moosdorff 26
 De behoeften en ervaringen van transgender personen in de bekkenfysiotherapeutische zorg 34
 Rectificatie
 CAT Frouke Jansen-Takken 39

Congressen

NVFB Jubileumcongres 'Toen en Nu' 14
 ICS Melbourne 2021 20
 Vaarwelsymposium van Bary Berghmans 24
 Lower anterior rectum syndroom 32

Agenda

48



24

Casus

Chronische bekkenpijn 28

Interview

Dr. Paul Broens 22

Rubrieken

De gezichten achter de nieuwe Congrescommissie en de Sponsorcommissie 17
 Podcastbespreking 40
 Ethiek 41
 Onder de leden 42
 Boekbespreking 45
 Column 46
 De Vulvasofa 47

Luchtig

Je moet er maar opkomen 44



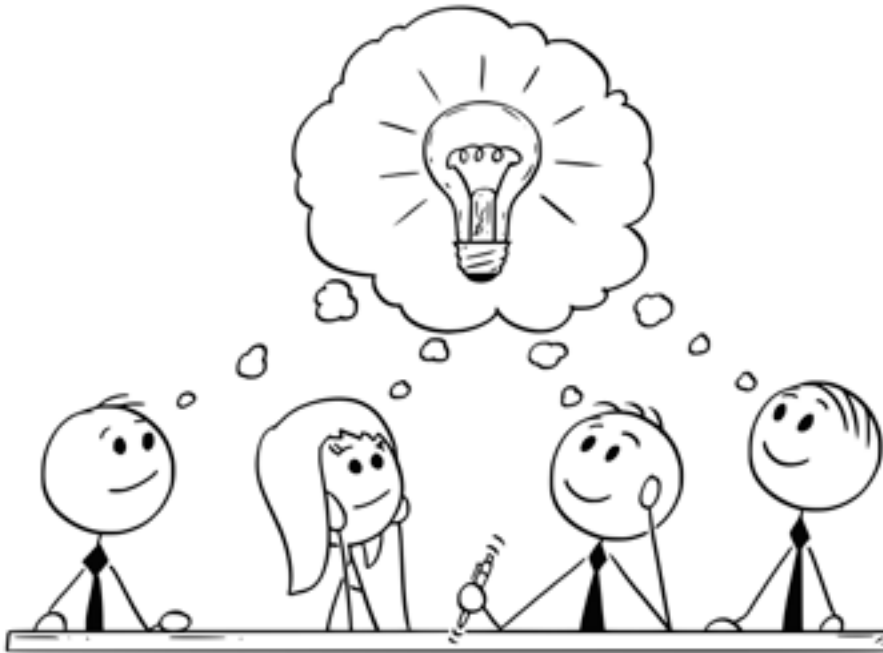
20



32

De kracht van kennis delen

Afgelopen weekend zat ik met een collega bekkenfysiotherapeut op een terras. Het was er vol. De stad bruiste. Het leek of iedereen weer in beweging was gekomen na die lange periode van beperkende maatregelen. Terwijl wij genoten van de zon konden wij brainstormen over casuïstiek waar we alleen niet uitkwamen en droomden we over onze toekomstplannen. Wat willen we met onze carrière, welke kant gaan we op? Na afloop hadden we allebei nieuwe inspiratie opgedaan en wat een energie gaf dát! Op zulke momenten besef ik altijd weer hoe belangrijk ons netwerk is en dat er veel kracht uitgaat van brainstormen en met elkaar van gedachten wisselen.



© Shutterstock

In dit bulletin delen veel mensen hun ervaringen en kennis. Aan de congresverslagen en het verslag van een symposium is te zien dat er weer verschillende evenementen fysiek zijn opgestart. Ja, inderdaad: de meeste konden op locatie bijgewoond worden. Daarnaast zijn er veel nieuwe wetenswaardigheden opgespoord, waarvan we er ook weer een paar onder de loep genomen hebben. Er zijn interviews gehouden met leden en met een specialist. Voor de allereerste keer publiceren we een thesis van een student van Avans+, en verder vonden natuurlijk de vaste rubrieken in dit nummer een plaats.

Ook kregen wij een reactie binnen op een artikel uit een vorig bulletin. Als redactie zijn wij erg blij dat er kritische lezers zijn en dat zij de moed hebben om te reageren. Zo houden we elkaar scherp. Wil je zelf reageren op een artikel of heb je een onderwerp waar je graag over wilt schrijven, laat het gerust weten aan de redactie!

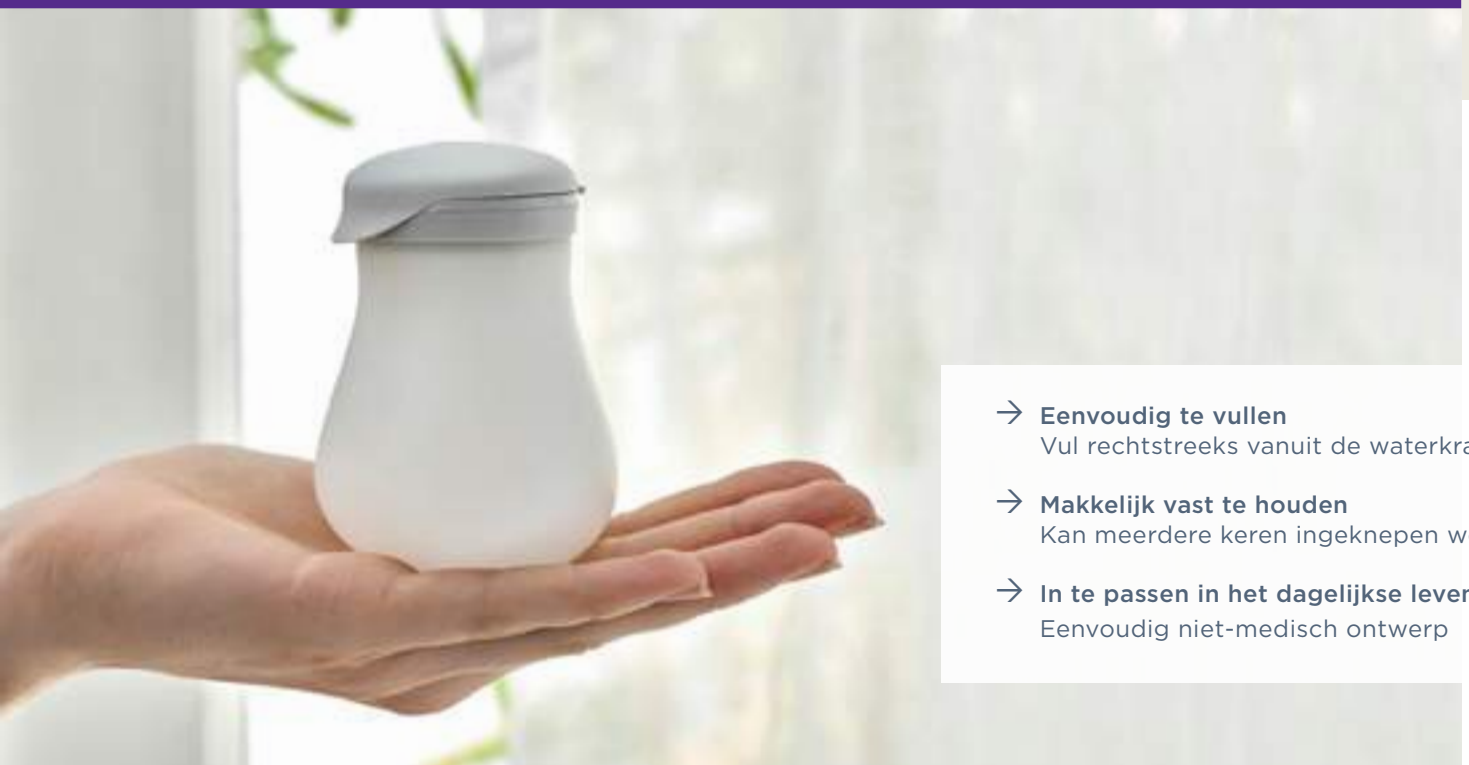
Voor nu wens ik jullie heel veel leesplezier. Geniet van de zomer en vergeet niet om elkaar op te zoeken en gebruik te maken van elkaars kennis!

Evertine Adams MSc

namens de redactie

Qufora[®] 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

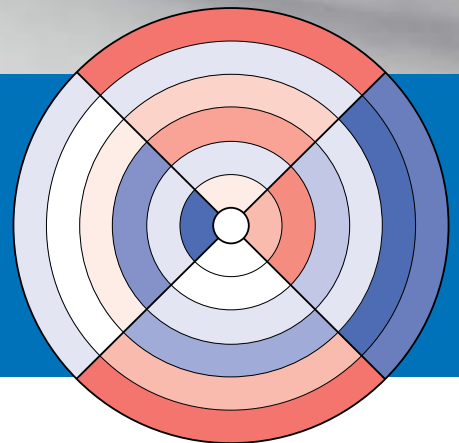
MAPLe[®]

DE BEKKENBODEM IN HIGH DEFINITION

De juiste diagnose & doelgerichte behandeling



- ⦿ 24 punts metingen voor exacte diagnose en behandeling
- ⦿ Gerichte biofeedback van individuele spieren aan verschillende zijdes en dieptes in de bekkenbodem
- ⦿ Doelgerichte, lokale elektrostimulatie
- ⦿ Wetenschappelijk bewezen en onderbouwd



Neem contact met ons
op voor meer informatie
www.novuqare.com
+31 (0) 73 782 01 18
sales@novuqare.com

Novuqare[®]

Van het bestuur

Beste collega's,

Na de oproep in het vorige Bulletin hebben zich vier kandidaatbestuursleden gemeld. Hartverwarmend om te zien dat er enthousiaste collega's opstaan om zich in te zetten voor Bekkenfysiotherapie-NL in het algemeen en specifiek voor de NVFB. Begin januari zijn er gesprekken gevoerd met Djoeke Saaltink, Lauri Savelkoul en Marloes Reijman. Zij hebben het afgelopen half jaar meegedraaid en zijn op de algemene ledenvergadering van 12 mei jl. gekozen als bestuursleden. Met Kristel Bonten heeft eind maart een gesprek plaatsgevonden, zij loopt sindsdien mee en wij hopen dat zij zich in november verkiesbaar stelt.

Op de afgelopen algemene ledenvergadering hebben we afscheid genomen van onze secretaris en portefeuillehouder Sociaal Economische Belangen, Bernadette Berendes-van Dijk. Zij is twee termijnen bestuurslid geweest en daarmee niet herverkiesbaar. Het bestuur van de NVFB bedankt Bernadette voor haar inzet afgelopen jaren. Zij was projectleider van het 'Addendum gespecialiseerde fysiotherapeut bij kinderen met problemen in de zindelijkheid', dat in 2017 door zowel de leden van de NVFB als de leden van de *Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie* (NVFK) unaniem is aangenomen. Het Addendum is op de Algemene Ledenvergadering van het KNGF op 21 juni 2017 goedgekeurd door de leden en officieel vastgesteld. Tevens was Bernadette projectleider van het project 'Bekkenbodemplakten bij ouderen', een samenwerking met de *Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie* (NVFG). Dit project geeft in een aantal flowcharts de waardevolle samenwerking tussen beide specialismen weer. Bernadette is medeauteur van de aanvraag voor artikel 14 Wet BIG, de bescherming van de titel bekkenfysiotherapeut. Deze procedure ligt op dit moment stil. Tevens heeft zij een businesscase geschreven waarmee de NVFB probeert om de probe door de zorgverzekeraars vergoed te krijgen. Op dit moment is zij voorzitter van de schrijfgroep van het Beroepsprofiel, een project dat zij maakt voor de NVFB.

Ook namen we afscheid van Rianne van Asperen, algemeen bestuurslid en portefeuillehouder Marketing en Communicatie. Zij was naast leden- en studentencon-

tacten verantwoordelijk voor de Internationale contacten. Het bestuur bedankt Rianne voor haar inzet.

Onze penningmeester, Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, heeft toestemming gekregen van de algemene ledenvergadering om een half jaar langer aan te blijven dan haar twee termijnen. Dit om te voorkomen dat er te veel kennis uit het bestuur stroomt en we de kwaliteit van de afgelopen jaren niet kunnen borgen. Het bestuur is heel blij met haar beslissing en de toestemming van de leden.

We kijken terug op een geslaagd 40-jarig jubileumcongres, genaamd 'Toen en Nu', met weer een keur aan interessante sprekers over nog interessantere onderwerpen. We mogen trots zijn op onze nieuwe congrescommissie die er, samen met Ardy, weer iets moois van heeft gemaakt. Chapeau dames en heer!

Inmiddels zit de vaart er goed in bij het herschrijven van het beroepsprofiel. Module 1 en 2 zijn zo goed als klaar en nog voor de zomer starten we met module 4, de echte invulling van ons specialisme. Tevens vindt op 11 juni een brainstormdag plaats met alle voorzitters van de beroepsinhoudelijke verenigingen (BI's). De uitkomst daarvan zal de basis gaan vormen van module 5, het antwoord op twee vragen: 1) Waar raken wij andere BI's en de algemeen fysiotherapeut? en 2) Waar kunnen wij elkaar versterken? Op grond van het antwoord op die vragen moet helder worden wanneer het moment is aangebroken om naar elkaar te verwijzen en wanneer wij zij aan zij behandelen.

In de afgelopen periode is er intensief overleg geweest over de harmonisatie van het accreditatiebeleid van *Stichting Keurmerk Fysiotherapie* (SKF) en KNGF. De NVFB is statutair verantwoordelijk voor het deelregister Bekkenfysiotherapie. Dit betekent dat zij – met toestemming van de leden – de eisen voor registratie en herregistratie bepaalt. Wij hebben twee afgevaardigden: een afgevaardigde in de Accreditatiecommissie, die de bevoegdheid heeft bij- en nascholing te accrediteren, en een afgevaardigde in de Kamer Accreditatie (onderdeel van de Beroepscommissie Registratie en Accreditatie KRF NL). Daar kan een scholingsaanbieder een zogeheten heroverwegingsverzoek



indienen als accreditatie niet wordt toegekend door de Accreditatiecommissie.

SKF kent een systeem waarbij een aantal scholingsaanbieders een zogenoemde instellingsaccreditatie hebben. Deze scholingsaanbieders kunnen zelf scholingen accrediteren en ook zelf een aantal punten aan die scholing toekennen. Omdat wij in een kwetsbaar gebied werken, vindt het bestuur van de NVFB deze gang van zaken niet wenselijk en heeft het bestuur bedongen dat alle scholingen met risicovolle verrichtingen en bijzondere handelingen beoordeeld worden door de Accreditatiecommissie. Dit geldt zowel voor de scholingen die onder de overgangsregeling vallen als voor de scholingen van de scholingsaanbieders met een instellingsaccreditatie.

De besturen van de BI's zijn verder nog niet betrokken bij de inrichting van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie. Er zijn nog steeds zorgen of we hier wel tijdig 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 BI. Gelukkig staat de NVFB hierin niet alleen en samen met de Federatie Fysiotherapie Specialisten blijven we druk uitoefenen.

Ik wens je namens het bestuur een heel fijne zonnige zomer.

Nicole van Bergen MSPT

voorzitter

Jaarverslag 2021

1. Start bestuur

Nicole van Bergen, Bernadette Berendes-van Dijk, Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer, Rianne van Asperen, Elisabeth van der Spek-Mes, Marjolein Bruntink-van der Nolle

Ondersteuning vanuit het KNGF: verenigingsadviseur Bas Verkes, verenigingssecretaresse Elly Eggens

Het bestuur heeft **12** keer vergaderd

Er is **één** heidag geweest.

Het dagelijks bestuur heeft **12x** DB-overleg (via Skype) gevoerd.

De voorzitter van de NVFB heeft **5** maal deelgenomen aan het Bestuurlijk Overleg (BO)

Er was **vijf** maal een Federatieoverleg (BO)

Er heeft **2** keer een reguliere (digitale) ALV plaatsgevonden

2. Ledenaantallen

560

3. SEB (sociaal-economische belangen)

Project Postpartum Consult (PPC) bekkenfysiotherapie

In mei 2021 is het Post Partum Consult landelijk uitgerold. Er zijn drie webinars aan de leden gegeven en er is een mooie Starters-Toolkit gemaakt. De scholingsaanbieders voor zwangerschapsbegeleiders zijn geïnformeerd, net als de KNOV, de NVOG en de Vereniging voor kraamverzorgenden. Het Post Partum Consult (PPC) is gepromoot in het blad 'Samen Zwanger' en Zwangerenportaal.nl. Bovendien is in Samen Zwager een interview over het PPC geplaatst.

Google Adwords

In 2020 is er een start gemaakt met het transparant maken van de zoeknamen die worden gebruikt door bezoekers van www.bekkenfysiotherapie.nl. Met de juiste zoekfuncties kan er specifiek geadverteerd worden, zodat onze leden uiteindelijk meer patiënten zullen zien.

Contacten zorgverzekeraars

In 2021 heeft de NVFB deelgenomen aan diverse digitale bijeenkomsten met het accountteam van het KNGF. Deze behartigen in eerste instantie de belangen van de beroepsgroep en halen daarvoor informatie op bij de diverse BI's.

De NVFB zette zich in 2021 in om in dit overleg de vergoeding van de probe via het accountteam op de agenda van de zorgverzekeraars te krijgen in de hoop hiermee een voet aan de grond te krijgen. Daarnaast blijft de NVFB alert op de ontwikkelingen binnen zorgverzekeraarsland en speelt ze in op signalen die uit het werkveld komen.

Art. 14 Wet BIG

In 2018 is een erkenningsaanvraag geschreven teneinde het vak bekkenfysiotherapie en daarmee de titel bekkenfysiotherapeut beter te beschermen. Tine van de Bos en Bernadette Berendes-van Dijk hebben zich hiermee beziggehouden. Tevens zijn er gesprekken met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) opgestart teneinde het proces van erkenning in gang te kunnen zetten.

De NVFB trekt hierin samen op met de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK) en de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). In 2019 is deze erkenningsaanvraag voltooid en er zijn stappen gezet richting VWS teneinde gehoor te vinden voor ons verzoek om een artikel 14 Wet BIG beroep te worden.

De realiteit blijkt weerbarstig, mede omdat er binnen VWS een verkenningstraject is gestart om de werking van de Wet BIG te evalueren en te verbeteren. Hierdoor worden er op dit moment geen artikel 14 erkenningsaanvragen in behandeling genomen door VWS. Toch blijft de NVFB, ondersteund door het KNGF, pogen om onze aanvraag in de toekomst gehonoreerd te krijgen. Helaas heeft deze situatie zich mede door COVID-19 nog niet verder ontwikkeld. Wel blijkt het document een bron van inspiratie bij het herschrijven van het beroepsprofiel.

Onderzoek naar verkoop product Bekkenfysiotherapie

Door de aankoop van Vektis-data heeft de NVFB onderzoek kunnen doen naar welke aandoeningen, bepaald door de diagnosecode, het meest behandeld worden door de bekkenfysiotherapeut.

Met deze uitkomsten kan de NVFB de positie van de leden versterken en daarop haar marketing inzetten en het wetenschappelijk beleid verder uitwerken. Dit heeft in 2021 ook weer geleid tot medewerking aan diverse publicaties.

Science Netwerk

van

50

praktijken

4. Wetenschap & kwaliteit

Project EPA's

In 2021 is het document 'Entrustable Professional Activities van de Bekkenfysiotherapeut, de minimale opleidingseisen voor masteropleidingen bekkenfysiotherapie' geschreven. Op de ALV van november jl. is dit document gepresenteerd. De eerste lichting bekkenfysiotherapeuten zal in 2025 afstuderen conform de minimale opleidingseisen.

Wetenschappelijk beleid

In 2019 is er een klankbordgroep Wetenschap opgericht. Hieraan nemen collega- bekkenfysiotherapeuten deel die MSc of PhD zijn en bijvoorbeeld betrokken zijn bij onderzoek of multidisciplinaire richtlijnen.

Klinimetrie

In 2021 zijn enkele updates en nieuw gevalideerde meetinstrumenten toegevoegd.

Scholing & Accreditatie

De beroepscommissie heeft in 2021 op verzoek van het College KRF advies gegeven over de inhoudelijke aspecten van te accrediteren scholingsactiviteiten, op basis van het beroepsprofiel (BP).

De accreditatiecommissie heeft in 2021 op verzoek van het College KRF de aangeboden scholingen voor het deelregister Bekkenfysiotherapie vakinhoudelijk beoordeeld op basis van het beroepsprofiel (BP).

Met de scholingsaanbieders de SOMT en het Avans+, zijn in 2021 reguliere, informatieve gesprekken gevoerd. In juli 2021 is AVANS+ gevisiteerd met positief resultaat. Een diploma geeft toegang tot het deelregister bekkenfysiotherapie.

Wetenschappelijk Fonds

In 2020 is de kennisagenda van de NVFB gepresenteerd. Het bestuur wil de subsidie van het Wetenschappelijk Fonds hieraan koppelen, maar er is geen *call* uitgezet in 2021.

Richtlijnen

De NVFB is gevraagd om een afvaardiging te leveren bij de ontwikkeling van de 'Nederlandse richtlijn chronische Bekkenpijn'. Wij hebben Corine Adamse en Ana dos Santos bereid gevonden in deze werkgroep te participeren. In 2020 is de richtlijn afgerond en voorgelegd aan de NVFB voor commentaar. Deze commentaarronde is afgesloten en in 2021 is de richtlijn gepubliceerd. Het is mooi te zien dat aan de bekkenfysiotherapie in deze richtlijn een belangrijke plaats toegewezen is.

Bijna naadloos sluit daarbij aan dat Corine Adams en Ana dos Santos vervolgens namens de NVFB zijn gaan deelnemen aan de 'Rondetafelconferentie ten behoeve van mesh'. De bekkenfysiotherapeut kan een waardevolle schakel zijn in de (na)zorg voor mensen met complicaties ten gevolge van mesh-implantaten. Deelname aan deze werkgroep past uiteraard mooi bij de chronische bekkenpijn.

Daarnaast hebben Mieke Raadgers en Tine van den Bos namens de NVFB geparticipeerd in de modulaire herziening van de richtlijn 'Lichen sclerosus' van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Judith Jesterhoudt en Wilma Tempelaars nemen namens de NVFB deel aan de klankbordgroep van de KNGF-richtlijn 'Lage rugpijn'. Ook hebben zij zitting in de gebruikersgroep van het Gynius-project.

In de ontwikkeling van de 'Paramedische Richtlijn Kwetsbare Ouderen' heeft Diewuke Botschuijver-Sellmeijer namens de NVFB geparticipeerd.

Bekkenfysiotherapie op bacheloropleiding fysiotherapie

In 2020 is het project 'Bekkenfysiotherapie op de Bachelor opleiding fysiotherapie' van start gegaan. Het doel van dit project is om de bekendheid van de specialisatie bekkenfysiotherapie onder bachelor fysiotherapiestudenten te vergroten. Waardoor afgestudeerde fysiotherapiestudenten in toenemende mate kiezen voor de Masteropleiding Bekkenfysiotherapie. Met als stip op de horizon het realiseren van een optimale positionering van de bekkenfysiotherapeut in het zorgveld. Projectverantwoordelijke is Elisabeth van der Spek. In 2021 zijn er gastlessen gegeven aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Hogeschool Utrecht, en is deelgenomen aan een Symposium van masteropleidingen, georganiseerd door een studievereniging van Rotterdam.

5. Marketing, Communicatie & PR

Ledenrondgang

Wegens COVID-19 zijn er ook in 2021 geen ledenrondgangen geweest. Contacten met leden zijn vooral per e-mail en telefonisch onderhouden.

Online advertenties

In 2021 adverteerden Essity, Novuqare, Plasmoe.nl, Medical4You en Hartmann op de consumentenwebsite van de NVFB,

Stands op verschillende bijeenkomsten en congressen

Door COVID-19 waren er dit jaar geen evenementen waar de stand van de NVFB bij aanwezig kon zijn.

Ledenwerving

Een gedeelte van het NVFB-bestuur kon digitaal met de bijna afgestudeerden van AVANS+ in gesprek gaan en ze uitnodigen voor het NVFB-congres tegen een studentenprijs.

Facebook & LinkedIn

Sinds 2021 is de NVFB met haar commissie ook actief op LinkedIn.

Publicaties Fysiopraxis & Bulletin

1x volledig speciale editie
1x publicatie in specialistenkatern
2x Bulletin (nr. 45 en 46)

Digitaal NVFB-congres

Op 29 maart 2021 vond het eerste digitale NVFB-congres plaats.

6X nieuwsbrief



Eenvoudig hulpmiddelen voorschrijven.

MediReva levert hulpmiddelen voor continenzorg en darmspoelen. Samen met jou als zorgprofessional hebben wij één doel voor ogen: de best mogelijke zorg verlenen.

Wist je dat jij als bekkenfysiotherapeut zelf hulpmiddelen mag voorschrijven?

Via ons online platform MediRevaNet kun je het voorschrift digitaal indienen en een bestelling plaatsen.

Wil je hier meer over weten?

Neem dan contact op met onze regiomanager Yvonne Janssen, telefoonnummer: 06 - 511 676 63.



Scan de QR-code om in te loggen op www.medirevanet.nl of om een account aan te vragen.

MediReva is er voor je.



Een toegankelijke, veilige en effectieve behandeling voor stress incontinentie

Urolon™ is een bioresorbeerbaar product dat wordt geïnjecteerd rondom de plasbuis om incontinentie tegen te gaan. Het stimuleert de aanmaak van bindweefsel en creëert een collageenstructuur.



Scan me



Victor Pop en onderzoek naar postpartum depressie

Als eerste in Nederland deed hoogleraar Eerstelijnszorg Victor Pop onderzoek naar postpartum depressie. Hij maakte zich wereldwijd sterk om de misverstanden en misinformatie rondom postpartum depressie te ontkrachten. *Bron: Medicalfacts, 26 oktober 2021*

Mannen met reuma hebben problemen met kinderen krijgen

Mannen met inflammatoire gewrichtsziekten zoals reumatoïde artritis, artritis psoriatica en de ziekte van Bechterew, hebben problemen met hun vruchtbaarheid. Dit is voor het eerst aangetoond door Luis Perez, die er onderzoek naar deed onder leiding van afdelingshoofd dr. Radboud Dolhain van de afdeling Reumatologie van het Erasmus MC.

Bron: Erasmus MC, 10 augustus 2021

Zwangerschap na borstkanker veiliger dan vaak gedacht

Ex-borstkankerpatiënten kunnen een veilige zwangerschap hebben. Dit staat in een internationale studie in de *Journal of Clinical Oncology* die meer inzicht geeft in mogelijk nadelige effecten van een zwangerschap na borstkanker, zoals de kans op aangeboren afwijkingen of complicaties tijdens de geboorte.

Bron: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Marleen Hoebe, 23 augustus 2021

Hoger sterfterisico bij transgenders

Het sterfterisico bij zowel transvrouwen als transmannen is ongeveer twee keer zo hoog als bij mannen en vrouwen in het algemeen. Dat is niet een direct gevolg van de hormoonbehandeling, maar lijkt eerder samen te hangen met leefstijl en welzijn. Dit blijkt uit een studie van Amsterdam UMC gepubliceerd in *The Lancet Diabetes and Endocrinology*.

Bron: Amsterdam UMC, 5 september 2021

Zwangeren gebruiken foliumzuur te kort

Ongeveer een op de drie zwangere vrouwen in Nederland gebruikt foliumzuur niet volgens voorschrift. Meestal wordt het te laat gestart, en soms ook niet lang genoeg gebruikt. Dit blijkt uit het onderzoek van 'Moeders van Morgen', het kenniscentrum op het gebied van geneesmiddelen rond de zwangerschap. Betere voorlichting over het gebruik van foliumzuur bij een zwangerschap is belangrijk.

Bron: Lareb, Pharmaceutisch Weekblad, 15 september 2021

Operatie lang niet altijd nodig voor mannen met incontinentieklachten

Mannen kunnen net zo goed als vrouwen last krijgen van urineverlies. Uroloog Eveline Broers van Máxima MC in Eindhoven vertelt over wat je eraan kunt doen. Het betreft een op de tien mannen. Volgens cijfers van Continentie Stichting Nederland hebben in ons land zo'n 3,5 miljoen mannen en vrouwen last van incontinentieklachten. Van ongeveer 300.000 mannen is het bekend, omdat zij naar een dokter zijn gegaan. Het ware aantal ligt hoger, mogelijk gaat het om 10 procent of meer van alle Nederlandse mannen. Om het taboe rond dit onderwerp te doorbreken, werd in september 2021 de Nationale Plasdag georganiseerd.

Bron: Algemeen Dagblad, 20 september 2021

Zwangerschap: een goed moment voor een gezonde leefstijl

Motivatie is een van de belangrijkste voorwaarden voor het aanpassen van de leefstijl. Een zwangerschap zorgt voor een enorme intrinsieke motivatie: zwangere vrouwen voelen zich verantwoordelijk voor de foetus en passen daar hun eetgewoonten en beweeggedrag op aan. De wetenschappers concluderen dat twee factoren bijdragen aan gezond gedrag tijdens de zwangerschap: sociale steun van de partner, familie en zorgverleners en toegang tot betrouwbare informatie over gezond gedrag. De auteurs zien ook daar een taak voor de zorgverleners. Juist in de periode ná de bevalling is het volgens hen essentieel om aandacht te schenken aan de leefstijl. Door te blijven hameren op de gezonde keuzes en ook dán de partners daarbij te blijven betrekken is het voor de jonge moeders mogelijk om de leefstijl blijvend te veranderen, vermoeden de wetenschappers.

Bron: Bagherzadeh R., et al. BMC Pregnancy Childbirth 2021

Tijdens zwangerschap hebben depressieve gevoelens gevolgen voor de baby

Deze aandoening is verwant aan slaapwandelen en slaapeten. Op basis van onderzoeksresultaten concluderen de onderzoekers dat een depressie tijdens de zwangerschap niet onbehandeld zou moeten blijven. Een depressie of depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap kunnen leiden tot een slechte start voor het kind, zoals een vroeggeboorte. Onderzoekers van het Radboudumc vonden dat dit gold zowel voor vrouwen die behandeld werden met antidepressiva als voor vrouwen die geen medicatie kregen.

Bron: Radboudumc, 16 september 2021

'Poepdokter' Nienke geeft tips voor dé perfecte drol: "Iedereen hoort probleemloos te poepen"

Als het goed is, heeft iedereen er dagelijks mee te maken: de grote boodschap. 'Poepdokter' Nienke Gottenbos herschreef haar succesvolle bestseller *De Poepdokter* en voegde nog meer kennis en handige tips toe, zodat iedereen 'de perfecte drol' in de wc kan terugvinden. "Zelfs bij mij ruikt het niet altijd naar viooltjes."

Bron: Algemeen Dagblad, 8 oktober 2021

Pubers en (jong)volwassenen met een aangeboren hartafwijking ondervinden last van stilte rond hun seksuele gezondheid

Vinden mijn vrienden mijn litteken lelijk? Is het slecht voor mijn hart om seks te hebben? Het zijn vragen waar mensen met een aangeboren hartafwijking (AHA) mee rond kunnen lopen. Toch wordt 65% van de vrouwen met een aangeboren hartafwijking niet geïnformeerd over seksuele gezondheid, zwangerschap of anticonceptie. *Bron: Medicalfacts, 12 november 2021*

Bekkenbodetraining: ook de oplossing voor seksueel disfunctioneren bij vrouwen na de menopauze?

Braziliaanse wetenschappers vonden in hun gerandomiseerde onderzoek bij vrouwen na de menopauze geen aantoonbare verschillen in seksueel (dis)functioneren vóór en na 12 weken bekkenbodetraining. Ook tussen de interventie- en controlegroep waren er geen verschillen. Opmerkelijk aan de resultaten is bovendien dat volgens het meetinstrument dat de onderzoekers gebruikten – de Female Sexual Function Index (FSFI) – in de groep die bekkenbodetraining uitvoerde naderhand toch aantoonbaar minder vrouwen aan de criteria van seksuele disfunctie voldeden. De wetenschappers geven als verklaring voor de resultaten dat ze hun onderzoek uitvoerden bij een zeer diverse groep vrouwen. Ze stellen dat toekomstig onderzoek bij vrouwen met specifieke seksuele disfuncties kan uitwijzen voor wie bekkenbodetraining helpt.

Bron: Franco M., et al. *Journal of Sexual Medicine* 2021

Vrouwen met het chronisch bekkenpijnsyndroom hebben baat bij een multidisciplinaire aanpak

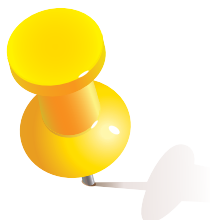
Vrouwen die lijden aan het chronisch bekkenpijnsyndroom bij wie traditionele bekkenfysiotherapie niet helpt, hebben baat bij een multidisciplinaire behandeling. De aanpak, die bestaat uit zenuwblokkades, injecties van triggerpoints en een zes weken durende behandeling door een bekkenfysiotherapeut, leidt tot significante verbeteringen in pijn en functioneren. Dit concludeert een groep gespecialiseerde Amerikaanse artsen en therapeuten nadat ze de data analyseerden van 186 vrouwen die zij behandelden. Bij alle vrouwen bleef traditionele bekkenfysiotherapie zonder succes, waarna ze een behandeling in de gespecialiseerde kliniek ondergingen. Uit hun scores bleek dat zowel hun pijn (afname van ruim 2 punten op de VAS) als hun functioneren (afname van ruim 3 punten op de FPPS) verbeterde. De bekken specialisten zeggen in de toekomst een aantal extra vragenlijsten af te gaan nemen om meer inzicht in de resultaten te krijgen: de PROMIS-29, de Female Sexual Function Index (FSFI) en data over afwezigheid van werk.

Bron: Patil S., et al. *Neurourology and Urodynamics* 2021

De impact van een zwangerschap en bevalling op bekkenbodemplachten

Vrouwen hebben een grotere kans op bekkenbodemplachten na hun zwangerschap als ze bevallen van een zwaarder kind of als hun bindweefsel zwak is. Deze conclusie trekt een Duitse onderzoeksgroep na een prospectieve pilotstudie over de eerste bevalling van 45 vrouwen. Ze vermoeden dat een vervolgstudie met een grotere onderzoeksgroep meer risicofactoren kan aanwijzen. Toch vonden ze twee risicofactoren die de kans op bekkenbodemplachten na een bevalling aantoonbaar vergroten: een hoog geboortegewicht van de baby en bindweefselzwakte van de moeder. De wetenschappers roepen zorgprofessionals die met zwangeren werken op om het belang van oefeningen nóg meer te promoten.

Bron: Stroeder R., et al. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2021



De 13-wekenecho

Vanaf 1 september 2021 krijgen zwangeren een echo aangeboden rond de 13e week van de zwangerschap. Dit aanbod komt naast de al bestaande 20-wekenecho om lichamelijke afwijkingen bij het ongeboren kind op te sporen. Sommige, vaak ernstige lichamelijke afwijkingen zijn al rond 13 weken zwangerschap te zien. De 13-wekenecho is onderdeel van een landelijke wetenschappelijke studie. De studie duurt tot en met 2024.

Bron: RIVM, 8 juli 2021

Bij overgevoelige bekkenbodemspieren is vaak ook het pijnsysteem sensitiever

Vrouwen met aanhoudende bekkenpijn en overgevoelheid bij palpatie van de bekkenbodemspieren hebben vaker een overgevoelig pijnsysteem dan vrouwen die bij lokale druk op hun bekkenbodemspieren minder snel ongemak of pijn ervaren. Dit concluderen Amerikaanse wetenschappers na onderzoek bij 88 vrouwen met chronische bekkenpijn, endometriose of een combinatie ervan. De wetenschappers vermoeden dat een deel van de vrouwen met aanhoudende bekkenpijn een overgevoelig pijnsysteem heeft zoals men dat ook vaak ziet bij chronische pijnpatiënten. Uitgebreider onderzoek moet uitwijzen of drukpijngevoeligheid van de bekkenbodemspieren een goede indicator is voor het identificeren van vrouwen met een hoogsensitief pijnsysteem. De wetenschappers houden wel een slag om de arm en roepen op tot meer onderzoek.

Bron: Shafir A., et al. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2021

Nederlandse techniek verovert de medische wereld: twee keer sneller 'droog' na prostaatoperatie

Uroloog Saskia Stomps heeft een nieuwe operatietechniek ontwikkeld voor mannen met prostaatkanker. Het voordeel is dat patiënten na de operatie veel minder lang incontinent zijn. De operatie wordt uitgevoerd met behulp van een robot.

Bron: *Algemeen Dagblad*, 1 november 2021

Op je stuitje vallen, kun je daar blind van worden?

Er is weinig medische kennis over het stuitje. Vaak is de strekking: we kunnen er niets aan doen, neem maar wat pijnstillers. "Theoretisch zou een val op je stuitje een schokgolf in je wervelkolom kunnen veroorzaken, die weer kan leiden tot een hersenschudding. Dan zou ook het gedeelte in onze hersenen dat ons zicht regelt, kunnen worden beschadigd [...] Maar in de wetenschappelijke literatuur is er niets over bekend", zegt Maarten Jalink, oogarts in opleiding bij UMC Utrecht. Ook bekkenfysiotherapeut Marijke Sliker-ten Hove noemt blindheid door een val op je stuitje 'niet aannemelijk'. Het stuitje is beweeglijk en kwetsbaar. Door een val kan het niet alleen breken, maar ook zodanig naar voren, naar achteren of opzij verschuiven dat er klachten ontstaan. "Vooral een draaitje opzij zorgt vaak voor stabiliteitsklachten en rug- en nekklachten. De stuit is het fundament voor ons hele systeem, als die niet goed staat, gaan mensen daarboven corrigeren, en dat kan voor een verkeerde houding zorgen. Zitten op één bil is dan de enige manier om de pijn te ontwijken."

Bron: NRC, Gemma Venhuizen, 22 oktober 2021

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

Evidence: Pre- en postpartum vrouwen

Deze 'Evidence' is geheel gewijd aan de pre- en postpartum periode. Mogelijk worden zwangeren door veel mensen gezien als hét werkgebied van de bekkenfysiotherapeut, omdat de zwangerschap nu eenmaal meer bekendheid geniet dan de andere domeinen van de bekkenfysiotherapeut. Pre- en postpartum vrouwen vormen waarschijnlijk ook een relatief grote doelgroep van bekkenfysiotherapeuten. We duiken er even in.

Als eerste de leefstijl van de zwangere vrouw. Deze is veelvuldig in het nieuws. Zo wordt de zwangerschap omschreven als een moment waarop de meeste vrouwen hun leefstijl op een positieve manier aanpassen uit verantwoordelijkheid voor hun foetus (Bagherzadeh et al., 2021). Toch zouden een op de drie zwangere vrouwen in Nederland foliumzuur niet volgens voorschrift gebruiken: het gebruik van foliumzuur wordt meestal te laat gestart en wordt soms (ook) niet lang genoeg volgehouden (Lareb, 2021).

Er wordt veel onderzoek gedaan naar voorlichting. Ten aanzien van voorlichting valt nog veel voordeel te behalen. Wist je dat het leereffect van voorlichting toeneemt bij gespreide herhaling (Augustin, 2014; Montero et al., 2017), want patiënten herinneren zich de adviezen van hun arts vaak niet (geheel). Herhaling en specifiek advies in plaats van algemene abstracte adviezen lijken dus een meerwaarde te hebben. Dit werd al vastgesteld in het onderzoek 'Memory for medical information' van Ley (1979) en werd opnieuw bevestigd door Laws et al. (2018). In een studie van Zhai et al. (2020) is nu ook aangetoond dat prenatale voorlichting en het geven van relevante bewezen informatie door verloskundigen een positief effect hebben. Hier ligt dus een taak voor alle hulpverleners die in het traject betrokken zijn, zoals de verloskundige, de gynaecoloog, de huisarts, en dus ook voor ons, bekkenfysiotherapeuten.

Binnen de mentale status van 'onze' zwangere patiënten hebben we naar mijn mening, bij (symptomen van) een depressie minimaal een 'signaleringsfunctie' om dit te benoemen naar de patiënt zelf en/of, bij toestemming, dit te delen met de huisarts van de vrouw. Dit mede gezien de resultaten van een meta-analyse van het Radboudumc (2021) onder ruim 400.000 vrouwen. Hieruit blijkt dat vrouwen met (symptomen van) een depressie een verhoogd risico hebben op een vroeggeboorte en een baby met een lage Apgar-score, zelfs als er geen antidepressiva gebruikt werden. Bepaalde antidepressiva leiden zelfs tot nog een hoger risico daarop. Er werd geconcludeerd dat een depressie tijdens de zwangerschap niet onbehandeld zou moeten blijven. Aangezien wij, als bekkenfysiotherapeut, vaak een intensieve band met de patiënt hebben, is het goed om hiervan op de hoogte te zijn, zodat we kunnen helpen in de signaleringsfunctie.

Het begrip 'postpartum depressie (PPD)' is bekender dan depressie tijdens de zwangerschap, maar toch blijft ook PPD een taboe met misverstanden en misinformatie. Prof. dr. Victor Pop onderzoekt de PPD al jaren. Voer in PubMed maar eens 'Victor Pop' AND 'postpartum depression' in. De Edinburgh *Postnatal Depression Scale* (EPDS), 10 meerkeuzevragen, wordt wereldwijd aangewezen als meetinstrument voor het screenen van depressie. De meerwaarde daarvan wordt ook beschreven in het proefschrift van dr. Van der Zee 'Investeren in de psychische gezondheid van moeder en kind', waarop zij op vrijdag 9 april 2021 promoveerde aan de Universiteit van Twente. Weliswaar binnen een andere sector, de jeugdgezondheidszorg, maar naar mijn idee zijn het besef, het begrip en de signalering van de psychische gezondheid van de vrouw ook aandachtspunten voor bekkenfysiotherapeuten.

Hoe beter we in ons vel zitten, hoe gezonder de leefstijl, hoe minder kans op depressie.

Leefstijlverandering is 'hip' en terug te vinden in talloze medische takken. In de groep chronisch zieken, onder andere binnen het inmiddels grote 'Chronisch ZorgNet', wordt leefstijlverandering al jaren nagestreefd en onderwezen. Zo is de cursus 'Motivational Interviewing' (ontwikkeld door Miller en Rollnick, sinds 1980) om kundiger te worden in het (fysiotherapeutisch) begeleiden van de (chronische) patiënten een must. Bij *motivational interviewing* (MI) staat het kunnen ontlocken en vergroten van de intrinsieke motivatie van de patiënt centraal. Er is bewezen dat men middels de juiste gesprekstechnieken kan bijdragen aan een verbetering van het zelfmanagement, het bewegen en de leefstijl: een (blijvende) gedragsverandering. Iemand moet vooral zichzelf willen veranderen. Hierbij geldt: 'dat wat iemand zichzelf hoort zeggen of hoort denken, heeft een voorspellende waarde voor de toekomst en toekomstig gedrag (Bem, 1967).

Bagherzadeh (2021) brengt in haar 'Pregnancy; an opportunity to return to a healthy lifestyle: a qualitative study' de percepties en ervaringen in beeld die moeders hebben over leefpatronen tijdens en na de zwangerschap en hun redenen om deze leefstijl aan te nemen. De onderzoeksresultaten tonen aan dat zwangere vrouwen gemotiveerd moeten worden om hun leefstijl aan te passen tot een gezonde leefstijl. Vrouwen proberen wel een positieve gezondheidsbevorderende leefstijl aan te nemen en te stoppen met schadelijk gedrag vanwege hun verantwoordelijkheid naar hun foetus. De leefstijl tijdens de zwangerschap kan blijvende effecten hebben op de gezondheid van moeder en baby (Moshki et al., 2016), waaraan ook de sociale steun van de partner en de familie bijdraagt. Het geven van betrouwbare informatie over gezond gedrag en motivatie is in dit opzicht een taak van zorgverleners.

Wel blijkt uit het onderzoek van Bagherzadeh et al. dat veel gedrag postnataal weer terugverandert naar de prenatale situatie. Vaak is dit te wijten aan een gebrek aan tijd en aan vermoeidheid van de vrouw, een afgenomen ondersteuning door partner

en familieleden, verminderde aandacht van de gezondheidszorg en gebrek aan onderwijs. Zo is ook hier een taak voor de zorgverleners weggelegd, zoals de bekkenfysiotherapeut: om te blijven informeren, motiveren en stimuleren. Het betrekken van de partner hierin zou een meerwaarde zijn.

Minder dan de helft van de vrouwen zoekt hulp bij klachten die gerelateerd zijn aan een bekken(bodem)disfunctie. Om deze zorg te verbeteren en ten behoeve van de preventie en reductie van bekken(bodem)klachten zijn door de NVFB mooie tools ontwikkeld: de Postpartum Screeningsvragenlijst en het Postpartum Consult Bekkenfysiotherapie. Deze zijn waarschijnlijk bekend. De vragen naar mogelijke prognostische factoren voor bekkenbodempdisfunctie zijn gebaseerd op een recente systematische review van Wiezer et al. (2020) en Hage et al. (2020) naar de prognostische factoren voor urine-incontinentie, anale incontinentie, prolaps en bekkenpijn bij postpartum vrouwen.

Stroeder et al. (2021) bevestigen dit nogmaals. De wetenschappers roepen zorgprofessionals die met zwangeren werken op om het belang van oefeningen nóg meer te promoten. Door al deze aandacht krijgt de weg naar de bekkenfysiotherapie steeds meer bekendheid en wordt deze weg steeds vaker bewandeld. Innovatie kan echter altijd beter en wij hebben dan ook de taak om andere zorgverleners (zoals huisartsen, verloskundigen en de kraamzorg) in te blijven lichten over de mogelijkheden die er zijn om de postpartum vrouwen te bereiken en te helpen.

Zoals is aangetoond: vooral het signaleren, het blijven geven en herhalen van adviezen en het stimuleren van de wil om te komen tot (leefstijl)verandering hebben grote meerwaarde. Zijn we bekwaam om de patiënt zelf hardop te laten bedenken en benoemen wat ze gaat veranderen? Geven we de patiënt de tijd en de ruimte om te vertellen hoe ze die verandering gaat aanpakken en wat ze zelf gaat ondernemen? Dit is van groot belang om tot een (blijvende) uitvoering van de verandering te komen.

Zo hebben we als bekkenfysiotherapeut op meerdere gebieden een nóg completere rol.

Dit geldt natuurlijk niet alleen voor de pre- en postpartum vrouwen, maar voor alle patiënten.

Kristel Bonten MSc

geregistreerd bekkenfysiotherapeut

Ingezonden

Geachte redactie,

Toen ik in de kerstvakantie mijn achterstallige leesvoer doornam, trok het artikel 'Evidence: is pijn betrouwbaar objectief te meten?'¹ uit het juninummer van het Bulletin mijn aandacht. Langdurige pijn heeft mijn interesse en ik was dus nieuwsgierig wat voor literatuur er gevonden was over dit onderwerp. Het werd me duidelijk dat het niet eenvoudig was om een antwoord te vinden op de vraag of pijn betrouwbaar objectief is te meten.

De slotconclusie van het artikel snap ik dan ook niet en is denk ik een interpretatiefout. De auteur refereert aan de Medasense. De Medasense meet echter de verschillende autonome reacties van het lichaam op een nociceptische prikkel.² Dat is niet hetzelfde als het meten van pijn.^{3,4} Het gaat hier dus niet om pijn,⁴ maar om de registratie van nociceptische prikkels.³

Pijn is een subjectieve individuele waarneming en daarom nooit objectief te meten.⁴

Maaïke van Trigt-Christen

geregistreerd bekkenfysiotherapeut & psychosomatisch fysiotherapeut, lid van het netwerk 'Pijn in Beweging', werkzaam bij Fysio MCG, Hoogezand

Literatuur

1. Kunnen J. Evidence: Is pijn betrouwbaar objectief te meten? Bulletin. 2021;(1):10-1.
2. Monitoring physiological pain response to improve pain management in critical patients. Geraadpleegd op 29 december 2021. Beschikbaar via <https://medasense.com/pmd-200>
3. Baliki MN, Apkarian AV. Nociception, pain, negative moods, and behavior selection. Neuron. 2015 Aug 5;87(3):474-91.
4. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 Sep 1;161(9):1976-82.

NVFB Jubileumcongres 'Toen en Nu'

Evertine Adams MSc

redactie NVFB Bulletin

De NVFB vierde haar 40-jarig jubileum met een mooi congres in Nieuwegein op vrijdag 8 april. Een inspirerende dag waarbij er veel specialisten aan het woord kwamen om de nieuwste ontwikkelingen toe te lichten. Een mooie gelegenheid om ook terug te kijken op 40 jaar NVFB en te zien hoe ons vak zich heeft ontwikkeld.

De dag werd geopend door voorzitter van de NVFB, **Nicole van Bergen. Ellen Swanborn**, voorzitter van Stichting Lichen Sclerosus en voorzitter van Stichting Red Vulva, was de dagvoorzitter.

Dermatoloog **Iris Hendriks** sprak over de multidisciplinaire aanpak van anogenitale problematiek. Ze legde uit hoe het er op de vulvopoli aan toegaat. Op die poli werken de dermatoloog en gynaecoloog samen met andere specialisten. Om vrouwen goed te kunnen helpen, is het belangrijk dat zij een specifieke seksuele anamnese doen. Dit is nodig omdat vrouwen vaak niet vanuit zichzelf vertellen dat ze ook klachten ervaren tijdens seksualiteit of in welke posities ze klachten ervaren.

Bij het uitleggen van deze problematiek wordt veel beeldmateriaal gebruikt. De belangrijkste boodschap van Iris was: vulvaire en anale aandoeningen zijn veel meer aanwezig dan je denkt; maak dit bespreekbaar. Een multidisciplinaire aanpak is aanbevolen.

Dr. Paul Broens, kinderchirurg en hoofd Anorectaal Functie Centrum van het UMCG, deelde de nieuwste inzichten op het vlak van fecale (in)continentie. De hersenen zorgen voor de coördinatie van ontlasting. Uit een onderzoek met een ballonretentietest blijkt dat de autonome contractie van de sfincters reageert op aandrang. Hierbij kan de contractie lang (+/- 30 min) volgehouden worden, ook

als er geen grote actieve knijpkracht aanwezig is. Deze contractie is niet aanwezig en onmogelijk als er geen aandrang is. De autonome contractie neemt overigens niet af met de leeftijd. Vaak wordt gedacht dat zwangerschap een negatief effect heeft op fecale continentie; dit is echter niet het geval, alleen een vacuüm- of tangverlossing kan een negatief effect hebben.

Dr. Bert Messelink, uroloog en seksuoloog, pleit voor een andere benadering van patiënten met chronische bekkenpijn. We moeten onszelf de vraag stellen: 'Welke persoon heeft de ziekte?' in plaats van 'Welke ziekte heeft deze persoon?' Deze benadering is behulpzaam voor een bete-



Entree van het congres



Iris Hendriks over anale (pre)maligniteiten

re begeleiding. Hij legde ook uit hoe pijn werkt. Kort samengevat, kan worden gesteld dat het brein een pijnprikkel aanmaakt bij informatie die niet klopt bij de verwachting. Soms wordt een pijnprikkel gemaakt zonder dat er schade aanwezig is. In die gevallen is het belangrijk om de verwachting van het brein aan te passen. Als patiënten vechten tegen pijn wordt de pijn sterker; het brein gaat dan meer prik-

kels afgeven, omdat het niet gehoord wordt. Samengevat kun je zeggen dat pijn een cognitie is. Bij de behandeling van chronische pijn wordt ook hypnose gebruikt. De reden hiervoor is dat chronische pijn aanwezig is in het onderbewuste en dat kan aangesproken worden door middel van hypnose, waardoor de ervaring van pijn kan veranderen.

Heidi Moosdorff MSc bekkenfysiotherapeut, presenteerde haar proefschrift *'Pregnancy related urinary incontinence, does it bother?'* Zij startte in 2016 met haar *Motherfit*-onderzoek. Hierbij kregen partumvrouwen acht groepslessen van 60 minuten en konden zij via een mobiele app de informatie terugkijken. Je zou toch denken dat dat heel aantrekkelijk was. Maar helaas verliep de werving van deelnemers erg teleurstellend, wat resulteerde in onvoldoende duidelijkheid in het effect van de therapie. Daarop heeft Heidi onderzocht waarom zo weinig vrouwen aan het onderzoek wilden deelnemen. Het bleek dat vrouwen tijdens de zwangerschap weinig hinder ervaren van urine-incontinentie, dat postpartum vrouwen veel meer hinder ervaren, dat vrouwen bij meer hinder sneller hulp zoeken en dat veel vrouwen denken dat urine-incontinentie vanzelf overgaat.

Herman Roelink, uroloog, liet ons zien hoe een *urethrasparende robotgeassisteerde laparoscopische prostatectomie (URALP)* in zijn werk gaat. Bij deze operatie wordt de urinebuis veel lager doorgesneden dan bij de traditionele RALP. Deze benadering zorgt voor significante verbetering in continentie. Veel mannen zijn direct continent na het verwijderen van de katheter en vier weken na de URALP kan de bekkenfysiotherapie weer opgepakt worden.



Bert Messelink, multidisciplinaire aanpak bij chronische bekkenpijn

De gezichten achter de *nieuwe* congrescommissie en de sponsorcommissie

Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer

penningmeester NVFB en portefeuillehouder Marketing en Communicatie

Vorig jaar, 2021, heeft de zittende congrescommissie afscheid genomen en ook de sponsorcommissie werd uitgedund. Op de valreep vertelden zij in het Bulletin om beurten enthousiast over de reden dat ze zo lang deel uit bleven maken van deze commissie. Het stokje moest echter een keer worden overgegeven. Het was een lange formatie, al nam die niet zoveel tijd in beslag als de formatie van de Tweede Kamer. In december was het zover: beide teams waren weer compleet. Graag stel ik jullie voor aan de nieuwe congrescommissie en de deels hernieuwde sponsorcommissie, zodat jullie weten wie dit jaar het congres hebben georganiseerd, en wie dit congres, en het Bulletin, financieel haalbaar maken.

De congrescommissie

Brenda stelt zich voor

“Ik ben 37 jaar. Samen met mijn man heb ik twee zoontjes, een van bijna zes jaar en een van vier jaar. Sinds 2006 werk ik bij Fysiotherapiepraktijk Corlaer in Nijkerk. In 2013 ben ik afgestudeerd als bekkenfysiotherapeut aan het SOMT.”



Brenda van Dronkelaar-Muis

Sinds wanneer zit je in de commissie?

“Sinds november/december 2021.”

Wat is de reden dat jij je hebt aangemeld?

“Via het IOF ben ik in contact gekomen met Dieuwke en zij heeft mij gevraagd of ik haar wilde helpen.”

Wat is je taak binnen de commissie?

“Mijn voornaamste taak is het contact leggen met de sprekers en de dagvoorzitter en alles daaromheen te regelen. Daarnaast verzorg ik de accreditatieaanvraag bij het Keurmerk Fysiotherapie. Tijdens het congres is het mijn taak om de sprekers te ontvangen en hen te faciliteren.”

Hoe vul jij deze taak in en wat heb je ervoor nodig?

“Ik denk dat vooral enthousiasme voor het vak belangrijk is. Evenals het op de hoogte zijn van nieuwe inzichten, beschikken over communicatieve vaardigheden en op z'n tijd een beetje doorpakken.”

Wat hoop je komende jaren te leren?

“Ik hoop mijn netwerkmogelijkheden uit te breiden en ik hoop uiteraard te leren wat het inhoudt om een congres van begin tot eind op te zetten. Mijn organisatievermogen zal zeker groeien. Daar vertrouw ik op.”

Wat vind je tot nu toe leuk aan de commissie?

“De samenwerking en het plezier om toe te werken naar een kwalitatief goed en leerzaam congres. Ik vind het fijn om een bijdrage te

kunnen leveren aan het verder op de kaart zetten van het vak bekkenfysiotherapie.”

Laura stelt zich voor

“Ik ben 29 jaar en woon samen met mijn vriend. Ik ben werkzaam bij Rembrandt Fysiotherapie & Revalidatie, met locaties in Amerongen, Veenendaal en Duiven. Op dit moment werk ik 32 uur als algemeen fysiotherapeut en zit ik in mijn tweede jaar van de Master Bekkenfysiotherapie aan de SOMT.”



Laura Spaan

Sinds wanneer zit je in de commissie?

“Vanaf november 2021.”

Wat is de reden dat jij je hebt aangemeld?

“Op een dag kreeg ik een appje van Diewwke of het mij leuk leek om mee te helpen met het organiseren van het congres. Dit is een mooie kans om mij verder te ontwikkelen en om iets extra's te kunnen doen.”

Wat is je taak binnen de commissie?

“Mijn taak is om te brainstormen met de commissie, contact te leggen met sprekers en sprekers uit te nodigen. Verder ben ik aanspreekpunt voor de sprekers en ook mag ik het ludieke optreden organiseren.”

Hoe vul jij deze taak in en wat heb je ervoor nodig?

“Deze taak kun je alleen uitvoeren door samen te overleggen: wie willen we uitnodigen, hebben we al contactgegevens? We moeten hiervoor brainstormen met de hele groep. En daarna natuurlijk door via de e-mail en telefonisch contact te leggen met de desbetreffende personen.”

Wat hoop je komende jaren te leren?

“Ik hoop vooral ervaring op te doen, een netwerk op te bouwen, mijzelf te ontwikkelen, te leren van anderen en natuurlijk het stukje organiseren goed onder de knie te krijgen.”

Wat vind je tot nu toe leuk aan de commissie?

“Ik krijg energie van dingen ondernemen, samenwerken met anderen, het organiseren van iets moois en het aangaan van een nieuwe uitdaging naast werken, studie en mijn sociale leven.”

Odette stelt zich voor

“Ik ben sinds 2014 afgestudeerd bekkenfysiotherapeut. Ik werk tweeënhalve dag per week in het Hagaziekenhuis in Pijnacker en een middag in het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag als kinderbekkenfysiotherapeut.”

Sinds wanneer zit je in de commissie?

“Sinds mei 2021.”

Wat is de reden dat jij je hebt aangemeld?

“Een congres vind ik altijd iets om naar uit te kijken. Ik vind het leuk om bij te kletsen met collega's en oud-studiegenoten. Daarnaast ben je op een gezellige manier na zo'n dag weer op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen en/of geïnspireerd door nieuwe kennis. Daar wil ik



Odette van Zon

graag aan bijdragen!”

Wat is je taak binnen de commissie?

“Het komende jubileumcongres is meteen het eerste congres waaraan ik meewerk. Natuurlijk moet ik mijn rol nog een beetje vinden. Tot nu toe bestaan mijn taken vooral uit het samen brainstormen over de onderwerpen en de uit te nodigen sprekers. Daarnaast draag ik zorg voor de praktische taken, zoals het maken van notulen.”

Hoe vul jij deze taak in en wat heb je ervoor nodig?

“Ik zal vooral op de hoogte moeten zijn van wat er speelt binnen ons vakgebied. Verder moet je voor deze taak goed kunnen samenwerken. Ten slotte, dat spreekt voor zich, moet je het natuurlijk leuk vinden om met de andere commissieleden te sparren.”

Wat hoop je komende jaren te leren?

“Ik sta aan het begin en wil vooral ervaring opdoen met het organiseren van een congres. Daar komt zoveel bij kijken.”

Wat vind je tot nu toe leuk aan de commissie?

“Het samenwerken, ideeën uitwisselen. Maar ik vind vooral de congresdag zelf leuk! Het ontvangen van de sprekers en er samen met de andere commissieleden ervoor zorgen dat alles op rolletjes loopt. Er samen een mooie dag van maken voor onze beroepsgroep!”

De sponsorcommissie

“De sponsorcommissie bestaat traditiegetrouw uit twee leden. Ook een van hen legde haar taak eind vorig jaar neer. Maar Baukje bleef, sinds vorig jaar bijgestaan door Mayke. Hierna stellen ze zich aan jullie voor.”

Baukje stelt zich voor

“Ik ben 32 jaar, moeder van twee kinderen van vijf en twee jaar. Vanaf 2015 beoefen ik ons mooie vak bekkenfysiotherapie. Ik werk drie dagen per week bij Fysiotherapie De Vuursteen in Groningen, een particuliere praktijk die is gevestigd in een gezondheidscentrum. Hier heb ik korte lijnen met andere (para)medici.”

Sinds wanneer zit je in de commissie?

“Al sinds 2016.”

Wat is de reden dat jij je ooit hebt aangemeld?

“Het leek mij leuk om betrokken te zijn bij de NVFB, om op die manier contacten te hebben met collega's uit het hele land en op de hoogte te blijven van ont-



Baukje Veen-Stoppels

wikkelingen binnen de beroepsgroep. Toen ik de vacature van de sponsorcommissie voorbij zag komen, was ik gelijk enthousiast. Want nu heb ik niet alleen contacten met directe collega's, maar ook met bedrijven die raakvlakken hebben met bekkenfysiotherapie.”

Wat is je taak binnen de commissie?

“Ik regel alle zaken rond de bulletins. Ik neem contact op met (potentiële) sponsoren en zorg dat alle advertenties op tijd bij de redacteur van het Bulletin belanden.”

Hoe vul jij deze taak in en wat heb je ervoor nodig?

“Twee keer per jaar komt er een nieuw Bulletin uit, dus twee keer per jaar ben ik een periode bezig met mijn taken voor de sponsorcommissie. Dit houdt vooral in dat ik veel e-mailcontact heb met de con-

tactpersonen van bedrijven. Daarnaast houden Mayke en ik contact met elkaar om op één lijn te blijven.”

Wat vind je tot nu toe leuk aan de commissie?

“Het is erg leuk om het Bulletin in de bus te krijgen en te zien dat alle advertenties er weer mooi in staan, en dat de flyers bij de seal inzitten. Het doel is dan bereikt: de producten van de adverteerders zijn onder de aandacht gebracht van alle NVFB-leden!”

Mayke stelt zich voor

“Ik ben 32 jaar en samen met mijn twee kinderen van drie en één jaar woon ik in Amersfoort. Ik werk in Soest bij Fysio- en Manuele Therapie Overhees in een particuliere praktijk. Ik werk daar ongeveer 29 uur per week als algemeen fysiotherapeut en als bekkenfysiotherapeut. Ik ben afgestudeerd als bekkenfysiotherapeut in 2016.”

Sinds wanneer zit je in de commissie?

“Ik zit in de sponsorcommissie sinds september 2021 en ik heb het stokje overgenomen van Jet.”



Mayke de Blauw

Wat is de reden dat jij je hebt aangemeld?

“Dieuwke heeft mij gevraagd of ik dit stukje in de organisatie op mij wilde nemen. Het kwam op een goed moment. Ik stopte met volleybal, waardoor mijn taken daar kwamen te vervallen. Het leek mij leuk iets voor de beroepsgroep te gaan doen.”

Wat is je taak binnen de commissie?

“Waar Baukje zich richt op het Bulletin, ligt mijn focus bij het congres. Dus ik benader bedrijven met de vraag of ze ons mooie vak willen sponsoren en tijdens het congres een stand willen bemannen.”

Hoe vul jij deze taak in en wat heb je ervoor nodig?

“Er is een lijst van voormalig sponsoren, maar ik zoek ook actief naar nieuwe sponsoren. Potentiële sponsoren benader ik meestal eerst via e-mail en vaak leg ik daarna telefonisch contact of ik heb contact via beeldbellen. Mijn doel is natuurlijk om zoveel mogelijk sponsorgelden binnen te halen.”

Wat hoop je komende jaren te leren?

“Wat ik momenteel doe lijkt een beetje op een salesfunctie. Daar had ik tot nu toe nog geen ervaring in. Het zorgt ervoor dat ik zakelijk moet denken en dit kan in de toekomst altijd nog eens van pas komen.”

Wat vind je tot nu toe leuk aan de commissie?

“Ik vind het contact met de andere commissieleden, naast Baukje, tot nu toe erg leuk. Het geeft me energie dat we weer een live congres kunnen organiseren. Als het dan ook allemaal weer past en lukt, geeft dit een goed gevoel. Het contact met de sponsoren is meestal leuk. Mensen ontmoeten in andere bedrijfsfuncties en horen wat zij doen, is vernieuwend.”



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.

Met laptop en beamer op onze hotelkamer in Egmond aan Zee het ICS-congres volgen.

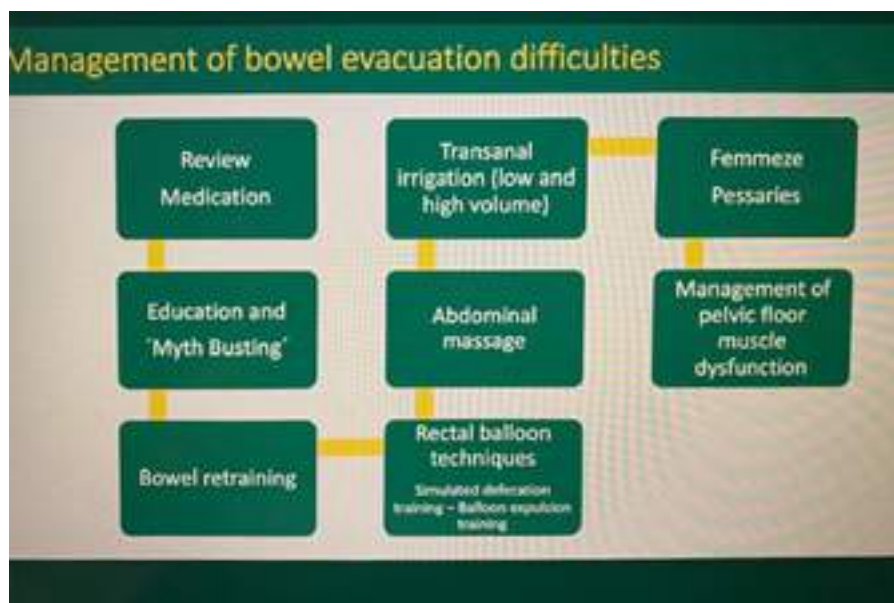


ICS Melbourne 2021

Daniëlle van Reijn MSc

geregistreerd bekkenfysiotherapeut, Baarn

Op donderdag 14 oktober startte het ICS-congres in Melbourne. Om toch een beetje 'het congresgevoel' te krijgen, hadden Mieke Koppelman en ik een hotel geregeld in Egmond aan Zee. De laptop aangesloten aan de televisie en inloggen maar.



'Just constipation'.

Die eerste avond volgden wij de presentatie *'Just constipation'*. Een aantal leuke praatjes, niet heel verrassend, maar toch goed om te zien dat de basis, zoals leefstijladviezen, een belangrijk onderdeel zijn gaan uitmaken van dit internationale congres. Er was tevens veel aandacht voor de rol van de verpleegkundige en de bekkenfysiotherapeut bij patiënten met dit probleem.

Dag 2 was geheel gewijd aan de langetermijneffecten van een bevalling, en werd voorgezeten door Sultan. Hij is een gynaecoloog en obstetrist in het Croydon University Hospital, bekend van de classificaties van sfincterletsels (1999). Als eerste kreeg Susan Hagen het woord. Zij presenteerde de resultaten van een longitudinaal vragenlijstonderzoek dat in het

Verenigd Koninkrijk werd gehouden onder 7879 primipara's en multipara's, drie maanden postpartum, met een follow-up na zes jaar ($n = 4214$), 12 jaar ($n = 3763$) en 26 jaar. De 26-jaarsfollow-up werd uitgevoerd onder 1845 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 56,4 jaar (SD 4,8; range 41-73). Van deze vrouwen rapporteerde 60,7% urine-incontinentie (UI) (38,4% gemiddeld tot zeer ernstig verlies), 21,6% rapporteerde fecale incontinentie (FI) en 16,8% had een gevoel van verzakking. Ten opzichte van de 12 jaar follow-up waren de klachten van UI en FI toegenomen, maar de verzakkingsklachten waren stabiel gebleven. Bij vrouwen die een sectio kregen, waren er minder klachten van UI, FI en prolaps.

De tweede presentatie die dag ging over de psychoseksuele impact van een traumatische vaginale bevalling op symptomatische POP-klachten. Voor dit onderzoek werden zowel de vrouwen zelf als hun partners geïnterviewd. Mannen rapporteerden een gevoel van onvermogen en schuldgevoel omdat ze het trauma niet hadden kunnen voorkomen. Ook hadden ze het gevoel dat ze buitengesloten werden doordat ze over niet genoeg kennis beschikten, en dat resulteerde dan weer in een verlies van intimiteit en in verdeeldheid in het huwelijk. Vrouwen hadden veel last van PTSS-symptomen, die werden getriggerd door het gebrek aan klinisch onderzoek naar hun POP-klachten en omdat hun partner die klachten niet begreep. We kunnen dus alleen maar onderschrijven hoe groot het belang is van een postpartum consult, maar ook hoe belangrijk het is om de partner bij dit consult te betrekken.



Een historisch moment: bekkenfysiotherapeuten van over de hele wereld waren vertegenwoordigd.

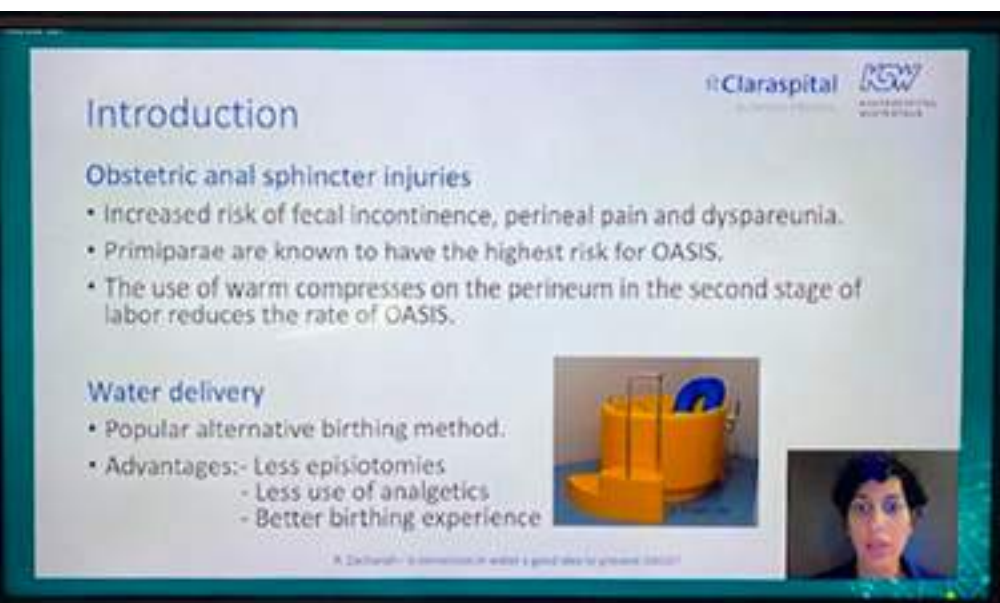
Deze workshopdag werd afgesloten met een presentatie over de vraag welke vaginale bevalling, die op bed of die in water, het minste risico op OASIS geeft. Hoewel de algemene conclusie luidde dat beide methoden veilig zijn, is de kans op OASIS bij bevallen in bad toch lager. Er hoeft in die gevallen immers minder medicatie (oxytocine) te worden gebruikt om de bevalling op te wekken. Voor alle bevallingen geldt echter dat ter preventie van OASIS de *hands-onbenadering* waarbij het perineum wordt ondersteund, de sterkst bepalende factor is.

Op dag 3 werden de termen 'bekkenbodempunctie' en 'bekkenbodempunctie' uit de consensusrichtlijn besproken. Een belangrijke verandering is dat we niet meer spreken van hyper- en hypotonici-

teit van de bekkenbodem en ook niet meer van over- of onderactiviteit. (Gelukkig was mijn systematische review net gepubliceerd toen deze aanpassing werd geannonceerd.) We spreken nu van 'increased tone' (waartegenover staat: 'decreased tone'), wat naar de klinische praktijk wordt vertaald met 'pelvic floor tension myalgia', terminologie die al eerder was geïntroduceerd. Hoe en of we deze termen ook in het Nederlands moeten gaan voeren, is natuurlijk een leuk discussiepunt.

Deze derde dag werd afgesloten met alweer het twintigste fysiotherapieforum. Misschien nog even een klein stukje historie. Terwijl nu op het ICS fysiotherapeuten van over de hele wereld vertegenwoordigd zijn, was dit vroeger wel anders. Ooit werd het ICS bezocht door slechts een handjevol fysiotherapeuten. Een belangrijke rol hierbij speelde Marijke Sliker, die in het jaar 2000 aan een vertegenwoordiging van fysiotherapeuten op het ICS een extra boost heeft gegeven. Dank je wel, Marijke! In de avond van deze derde dag was er verder voor ons weinig interessants en namen we vrij.

Wat vonden wij eigenlijk van het volgen van een online congres? Het heeft zeker voordelen. Zo kun je presentaties opnieuw bekijken en we hadden ook de indruk dat de sprekers dieper op het onderwerp ingingen dan tijdens een *live* congres gebruikelijk is. Maar toch, ook al volgden we dit congres met zijn tweeën, het intercollegiale en internationale aspect hebben we gemist. Dus: nu een congres aan de Noordzee, volgend jaar aan de Donau.



Bevallen in bed of in water.

Interview dr. Paul Broens



Kunt u zich kort voorstellen?

“Ik ben Paul Broens, universitair hoofd-docent aan de Rijksuniversiteit Groningen. Tevens ben ik medisch hoofd Kinderchirurgie en hoofd Anorectale Functie Centrum (AFC) in het Universitair Medisch Centrum Groningen.”

Hoe bent u ertoe gekomen om dit werk te gaan doen?

“Ver voor de tijd dat het gebruikelijk was een buitenlandstage te doen, heb ik voor mijn geneeskundestudie in Nijmegen mijn wetenschappelijke stage in Hongarije georganiseerd. Een keuze die voortkwam uit mijn interesse voor de cultuur van dat land. Uiteindelijk was er maar één onderwerp waar de daar werkzame professor Kinderchirurgie mij mee kon begeleiden; resultaten na operatieve behandeling van patiënten met anorectale malformatie. Op dat moment, de nadagen van het communisme, was er in Hongarije absoluut niet de mogelijkheid om met geavanceerde apparatuur wetenschappelijk onderzoek te doen. Noodgedwongen bestond een zeer groot deel van het onderzoek daarom uit literatuurstudie. Allereerst werd teruggezocht naar eerste publicaties waarin bewezen werd dat fecale continëntie op een bepaalde manier functioneerde. Tot mijn grote verbazing kon worden aangetoond dat sommige conclusies van die artikelen bij na-

dere bestudering niet terecht waren. Al snel werd duidelijk dat er nog meer aannames over de werking van continëntie waren gebaseerd op het overnemen van die onterechte conclusies uit het verleden. Het onderwerp van de stage werd dan ook al snel aangepast en werd ‘fysiologie van fecale continëntie’. Daarmee is die wetenschappelijke stage de bakermat geworden van mijn wetenschappelijk onderzoek en mijn bijzondere aandacht voor de behandeling van patiënten met klinische problemen op het gebied van incontinentie en obstipatie. Aan dat onderzoek heb ik nadien ook in meerdere landen gewerkt.”

Wat raakt u in dit werk?

“Ik weet, fecale problemen zijn geen onderwerp waar je op een feestje mee kunt ‘scoren’. Toen leeftijd- en studiegenoten mij als net afgestudeerde arts vroegen waar ik onderzoek naar deed en ik antwoordde ‘naar de werking van fecale continëntie’, zag ik altijd grote verbazing op hun gezicht en werd steevast de vraag gesteld: ‘is dat dan een leuk onderwerp om mee bezig te zijn?’

Toen ik begon met het onderzoek begrepen we eigenlijk maar bizar weinig van hoe fecale continëntie en defecatie werkten. Voor mij vormde dat juist een enorme uitdaging; meehelpen aan het onder-

zoek daarnaar, in de hoop dat – gebaseerd op die gevonden werkingsmechanismes – betere behandelingen konden worden bedacht. Wat betreft het wetenschappelijk onderzoek vinden we, ook nu nog, steeds weer nieuwe onderdelen van het wonderlijk mooie mechanisme dat gezonde mensen in staat stelt ontlasting tegen te houden en op commando kwijt te raken.

Het mooiste is om die verworven theoretische kennis toe te passen op patiënten. Veruit de meeste patiënten die naar ons ingestuurd worden, hebben al heel erg lang last van ernstige obstipatie of fecale incontinentie. Daardoor raken velen van hen ook sociaal geïsoleerd. Veel van de ingestuurde patiënten (of hun ouders) zijn dan ook wanhopig en vragen zich af of ze ooit (nog) in staat zullen zijn normaal in de maatschappij te functioneren. Wanneer de voorgestelde behandeling, gelukkig vaak zonder grote chirurgische ingrepen, dan succesvol is gebleken en de patiënt zonder grote problemen naar het toilet kan gaan en/of niet meer ongewild ontlasting verliest, zien we bijzonder gelukkige patiënten voor ons.”

Vertel eens iets over uw dagelijks werk?

“Mijn werk is zonder meer afwisselend te noemen, omdat ik probeer meerdere functies te combineren.

Als kinderchirurg behandel ik veel kinderen met zeer ernstige obstipatie en/of incontinentie, maar ook kinderen met aangeboren aandoeningen van de darmen, bij wie bijvoorbeeld het laatste deel van de darm niet normaal is aangelegd, onder andere de al eerder vermelde anorectale malformaties. Uiteraard behandel ik ook kinderen met geheel andere aandoeningen die naar ons worden ingestuurd. Als medisch hoofd van de afdeling Kinderchirurgie probeer ik zo goed mogelijk leiding te geven aan het gedreven team van zeven kinderchirurgen van het UMCG. Van onze onderafdeling is een aantal speerpunten, zoals het hier besproken anorectale onderwerp, ook als Europees Referentie Centrum erkend.

Als (kinder)chirurg geef ik daarnaast leiding aan het AFC, ook van het UMCG, waar we met acht personen de functie van het laatste deel van de darmen onderzoeken bij zowel volwassenen als kinderen. Dat doen we voornamelijk bij patiënten met defecatie- of incontinentieproblemen, maar regelmatig voeren we ook studies uit bij gezonde proefpersonen om daardoor nog beter te kunnen begrijpen hoe bepaalde mechanismes bij gezonde mensen werken. Bij de klinische metingen proberen we eerst – zonder naar de voorgeschiedenis van de patiënt te kijken – te onderzoeken hoe de verschillende onderdelen van de defecatie en continentie werken. Aan de hand daarvan proberen we dan te reconstrueren wat de voorgeschiedenis van deze patiënt is en hoe we het eventueel gevonden probleem het beste zouden kunnen aanpakken. Pas nadien kijken we naar de voorgeschiedenis die in het dossier van de betrokken patiënt is vastgelegd en gebruiken we die als een soort controle om te zien of we goed hebben ingeschat wat er wel of niet werkt bij deze patiënt. Soms blijkt de voorgeschiedenis helemaal niet te passen bij onze meetresultaten. Dat kan dan aanleiding zijn om de behandeling van die patiënt op een heel andere manier aan te pakken dan wat bij insturen was verwacht.

Als promotor begeleid ik verder ook nog een vijftal promovendi van onze onderzoeksgroep, plus een paar studenten die een promotieonderzoek voorbereiden. Helaas denken veel jonge mensen dat wetenschappelijk onderzoek vreselijk saai werk is in een donker laboratorium. De uitdaging voor ons als begeleiders is dan ook om te laten zien dat onderzoek dicht bij de klinische praktijk kan plaatsvinden en enorm boeiend is. Het is zeer motiveerend om jonge mensen enthousiast te ma-

ken voor medisch onderzoek in het algemeen en naar onderzoek naar fecale problemen in het bijzonder. Gelukkig lukt ons dat nog steeds.”

U geeft toch ook les op de opleiding kinderbekkenfysiotherapie van het Nederlands Paramedisch Instituut?

“Ja. Ik vind het altijd leuk om te proberen aan ‘(kinder)bekkenfysiotherapeuten in spe’ de theoretische achtergronden van de bekkenbodem uit te leggen.”

Maakt u ook bijzondere dingen mee in de praktijk?

“Ik heb de trieste ervaring dat kinderen en volwassenen soms meer dan 10 jaar ernstig incontinent door het leven zijn gegaan, met grote gevolgen voor hun normale ontwikkeling of sociale leven, en dat er dan vaak niemand blijkt te zijn geweest die serieus naar de oorzaak van deze problemen is gaan zoeken om de betreffende patiënt beter te maken. Je kunt de opluchting van hun gezicht aflezen wanneer we vertellen dat we bijna alle mensen wel schoon kunnen krijgen, voor een groot deel zelfs met min of meer normaal functionerende defecatie en continentie.”

Wat zou u kunnen doen zodat deze mensen u sneller weten te vinden?

“Wat zou kunnen helpen is dat alle artsen meer begrijpen van fecale incontinentie en obstipatie.”

Wat ziet u als aandachtspunten de komende jaren?

“Alvorens te voorspellen hoe we patiënten met een probleem van een bepaald orgaan kunnen beter maken, moeten we heel goed snappen hoe dat orgaan bij gezonde mensen functioneert. Anders bestaat het risico dat het bedenken van een nieuwe behandeling meer berust op een ‘expert opinion’ dan dat die behandeling een goede wetenschappelijke basis heeft. Want daar zouden onze patiënten dan extra risico’s door lopen. Dat principe geldt ook voor defecatieproblemen, vooral omdat we van de normale werking van defecatie nog steeds heel veel aspecten niet helemaal begrijpen. We moeten daarom dringend veel meer fundamenteel onderzoek doen naar de werking van fecale continentie en defecatie bij gezonde personen.

Het valt me al jaren op dat bekkenfysiotherapeuten over het algemeen enorm gemotiveerd zijn om patiënten met fecale problemen te helpen, maar dat er binnen de bekkenfysiotherapie tot nu toe bijzonder weinig goed onderzoek is gedaan om

objectief te kunnen beoordelen welke behandelingen bij fecale problemen al dan niet effectief zijn. Het is een enorm braakliggend terrein. Met het aanpakken van dat kennishiaat zou een grote verbetering van de zorg bereikt kunnen worden, daarvan ben ik overtuigd. Ik zou daar ook actief aan mee willen werken, maar beseft heel goed dat we dan wel ergens financiële ondersteuning zouden moeten vinden om dat belangrijke onderzoek goed op te kunnen zetten.

Zo is het bijvoorbeeld heel lastig om onderzoek te doen naar bijvoorbeeld welke bekkenbodemoefeningen bij kinderen het beste zouden helpen, omdat je bij een kind van zes jaar heel andere oefeningen gebruikt dan bij een kind van acht jaar. Net als toestemming krijgen van ouders en de medisch ethische commissies om dat onderzoek te mogen doen. Ik heb gelukkig wel ervaren dat het helpt om eerst bij volwassenen te onderzoeken waarom welke methode het beste werkt en aan te tonen dat dat onderzoek geen vervelende bijwerkingen heeft. Met die gegevens krijg je dan eerder toestemming van de ethische commissie om hetzelfde onderzoek daarna bij kinderen te doen.

Ellen Laan was een hoogleraar seksuologie die regelmatig op tv kwam, bijvoorbeeld bij Jinek of bij College Tour; ze legde heel goed uit. Zou u ook niet op die manier bekendheid willen geven aan wat obstipatie is?

“Ik ben het met je eens dat er een enorme lacune is in onze maatschappij over deze onderwerpen en ik ben in voor alles.”

Wat zou u aan ons mee willen geven?

“De stelling die ik aan veel van de jonge collega’s meegeef is dat ‘goed functionerende continentie voor de meeste mensen een niet gewaardeerd cadeau is van onschatbare waarde’. Daar zullen velen van jullie het absoluut mee eens zijn. Ik denk dat het belangrijk is om die gedachte beter naar de buitenwereld uit te dragen, omdat de meeste mensen die geen problemen hebben met hun defecatie of continentie, zich nauwelijks kunnen voorstellen wat voor een dramatische invloed die problemen hebben op de kwaliteit van leven.”

Interview Andrea Eggen MSc

redactie NVFB Bulletin

Vaarwelsymposium van Bary Berghmans: 'Geïdealiseerde geïntegreerde bekkenzorg'

Andrea Eggen MSc

redactie NVFB Bulletin

Dr. Bary Berghmans heeft afscheid genomen van het Maastricht UMC en deed dit met een Vaarwelsymposium. Het symposium werd, geschat, bijgewoond door 150 personen en er was een onbekend aantal online bezoekers. De workshop trok 50 deelnemers. Hierbij een verslag.

Het afscheidssymposium vond plaats op 30 en 31 maart 2022 in het MECC Maastricht. Er was een mooi programma samengesteld voor een breed publiek, dat werd gevormd door bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen, urologen, verloskundigen en vele andere geïnteresseerden. Bary had zowel Nederlandse als internationale sprekers uitgenodigd, om samen met hem 'zijn' onderwerp 'Geïdealiseerde geïntegreerde bekkenzorg' van al-

le kanten te belichten. En er waren natuurlijk de nodige stands.

Het symposium werd geopend met een lezing van prof. Paulo Palma, uroloog, over het driedimensionale karakter van de functionele anatomie van de bekkenbodem, oftewel de dynamische anatomie. Hij benadrukte dat de huidige operatietechnieken nog teveel zijn gebaseerd op een passief concept van de bekkenbodem, wat leidt tot de bekende complicaties.

Denk aan de TVT-sling en de TOT-sling, die in 19% en 8% van de gevallen leiden tot een obstructieve mictie, terwijl daarvoor een alternatief is ontwikkeld, de retropubische (dit is de horizontale) TOT-sling, die wel is gebaseerd op de kennis van de dynamische anatomie van de bekkenbodem en dus tot minder complicaties zal leiden.

Verder verklaarde prof. Palma op basis van de dynamische anatomie van de bek-



Bary ontvangt het speldje van het erelidmaatschap van onze vereniging van Nicole van Bergen, onze voorzitter

kenbodem dat urine-incontinentie vooral voorkomt na de eerste geboorte en prolapsklachten met name na meerdere geboortes. Dit komt omdat tijdens de zwangerschap met name de ligamenten uitrekken en tijdens de geboorte de spieren. Deze laatste tot 245% vertelde bekkenfysiotherapeut dr. Hedwig Neels later die dag. Prof. Palma raadde af om bekkenbodem oefeningen te doen als je de bekkenbodem niet meer als een geheel, maar slechts aan één kant kunt aanspannen. Bij een complexe ruptuur zouden de symptomen door oefeningen erger kunnen worden.

De dag was rijk gevuld met 18 sprekers, onder wie vele professoren. Zelfs de burgemeester van Maastricht gaf op een zeker moment acte de présence om Bary te benoemen tot Officier in de Orde van Oranje-Nassau voor zijn belangrijke rol als bekkenfysiotherapeut, klinisch epidemioloog en gezondheidswetenschapper nationaal en internationaal en speciaal voor de volksgezondheid in Maastricht. Een mooi moment, dat Bary erg verraste. Opvallend was dat ons vak bekkenfysiotherapie zo gewaardeerd werd en vaak werd aanbevolen als eerste behandeloptie. Ook huisartsen werden aangesproken, al bleek er zich maar één onder het gehoor te bevinden. Prof. dr. Lagro Jansen, gepensioneerd huisarts en bijzonder hoogleraar Vrouwenstudies en Medische Wetenschappen, vertelde dat zij huisartsen stimuleert om de NHG-kaderopleiding Urogynaecologie te gaan doen. Op de website ugynHAG.nl kun je zien welke huisarts deze opleiding heeft afgerond. Prof. Kari Bo, oefenwetenschapper uit Noorwegen, vond de kwaliteit van de oefeninterventie erg belangrijk. Deze interventies en supervisietraining moeten in protocollen worden beschreven voor een juist wetenschappelijk onderzoek, zo stelde zij.



Bekkenfysiotherapeut Maura Seleme PhD vertelde over het belang van het doen en blijven doen van huiswerk oefeningen. Op de korte termijn doet maar 64% van de mensen hun oefeningen en op de langere termijn 23%. De door haar ontwikkelde oefenapp *IpelvisEvo*, beschikbaar in het Engels, Nederlands en Portugees, kan daarbij helpen.

Bekkenfysiotherapeut Hedwig Neels PhD vertelde over de empowerment van vrouwen door de bekkenbodempzorg. Met een echo kun je de dynamische functie van de bekkenbodem van de patiënt goed laten zien en in kaart brengen.

Prof. John Heesakkers, stafid van de ICS en uroloog, vindt dat gezondheidsapps vaak goed zijn voor de onderzoekers, maar niet voor de patiënt. Hij is voor de Landelijke Database Fysiotherapie, als je het maar transparant maakt voor de patiënten, zodat zij weten wat er gebeurt met de data en waarom.

Bekkenfysiotherapeut Jenneke Kalkdijk MSc gaf een mooi overzicht van fecale incontinentie: definitie, oorzaken, klinimetrie en behandeling met een overzicht van de evidentie. Ze vertelde onder andere over de nieuwe vragenlijst ICIQ-B (International consultation on Incontinence Quest-



Bary Officier in de orde van Oranje-Nassau.

ionnaire Anal Incontinence Symptoms and Quality of life) die in ontwikkeling is. Ze noemde ook het rectaal spoelen, wat wij doen om het rectum na defecatie nog even schoon te spoelen zodat er geen passief verlies op kan treden.

Colonirrigatie voor slow transit constipatie/obstipatie die met laxantia niet goed te reguleren valt, wordt voorgeschreven door de specialist en wordt ook gebruikt bij mensen met fecale incontinentie. Helaas wordt colonirrigatie vaak te vroeg door chirurgen ingezet, en zijn niet eerst bekkenfysiotherapie en medicatie uitgeprobeerd.

En Bary? Hij gaat verder als directeur van het multidisciplinaire gezondheidscentrum Integrated Care Limburg (ICL). Hij wil zich richten op de eerste en anderhalflijnszorg van de bekkenbodempzorg in Limburg en de regio Eindhoven door het Pelvic Care Center, het bekkenbodemcentrum van het MUMC+, naar de eerste lijn te gaan begeleiden. Bij gebleken doelmatigheid wil hij deze aanpak nationaal gaan implementeren.



Een deel van de sprekers.

Promotie Heidi Moosdorff

Zwangerschapsgerelateerd urineverlies: prevalentie, hebben vrouwen er last van?

Heidi F.A. Moosdorff-Steinhauser, PhD

Lector Master Pelvic Physical Therapy, Avans+, Breda. Onderzoeker



Heidi Moosdorff temidden van haar promotieteam en andere betrokkenen.

Op 5 november 2021 promoveerde Heidi Moosdorff aan Maastricht University op haar proefschrift getiteld 'Pregnancy-related urinary incontinence, does it bother?' Het promotieteam bestond uit prof. dr. Marc E.A. Spaanderman (promotor), dr. Bary Berghmans (promotor) en dr. Esther M.J. Bols (co-promotor). Hierbij een beknopte samenvatting.

Voor mijn promotieonderzoek zijn wij begonnen met twee gerandomiseerde studies naar het langetermijneffect van bekkenbodempieroefeningen die worden ge-

geven in een groep in vergelijking tot standaardzorg tijdens de zwangerschap en na de bevalling voor vrouwen met urineverlies. Vrouwen werden in vijf ziekenhuizen en vele verloskundige praktijken verspreid over de provincie Limburg en in Veldhoven (Brabant) geworven. In 2019 werden in Limburg meer dan 8500 baby's geboren. Op basis van prevalentiecijfers uit Scandinavisch onderzoek naar peripartum urineverlies en het grote weringsgebied gingen wij er vanuit dat de groepen goed gevuld konden worden.

Helaas, niets bleek minder waar. De inclusie verliep zeer moeizaam en teleurstellend, ondanks de vele manieren die wij geprobeerd hebben om de inclusie te verbeteren. Maar dit is ook een gegeven en als wetenschapper wil je dan weten wat daaraan ten grondslag ligt.

De eerste vraag die wij ons stelden was of de prevalentiecijfers waarop de inclusie-aantallen voor onze studies gebaseerd waren te hoog waren. In de literatuur bestaat immers een grote variatie in prevalentie van zwangerschapsgerelateerd urinever-

lies. Daarnaast zijn we gaan onderzoeken hoeveel hinder de peripartum vrouwen van het urineverlies ervaren.

Wij hebben daarom twee systematische reviews en meta-analyses uitgevoerd naar de prevalentie, incidentie en de ervaren hinder van urineverlies tijdens de zwangerschap en een systematische review naar de prevalentie, incidentie en de ervaren hinder van urineverlies in de periode van zes weken tot één jaar na de bevalling. Op basis van 44 studies met daarin in totaal 88.305 vrouwen blijkt dat 41% van de vrouwen urineverlies heeft in de zwangerschap, van wie 26% dagelijks en 40% maandelijks verlies heeft. Stress-urine-incontinentie is met 63% van de gevallen het meest voorkomende type. De ervaren hinder was mild tot matig. In het jaar na de bevalling geeft 31% van de vrouwen aan urineverlies te hebben. Dit is gebaseerd op 24 studies met in totaal 35.064 vrouwen. Opvallend was dat de prevalentie van urineverlies afnam tussen de zes weken en drie maanden postpartum, maar dat de prevalentie daarna weer steeg tot bijna hetzelfde niveau als het niveau van één jaar na de bevalling als in het derde trimester van de zwangerschap (32%). Ook deze vrouwen gaven aan milde tot matige hinder van het urineverlies te ervaren.

Vervolgens hebben we twee online vragenlijstonderzoeken gedaan: één onder alle zwangeren in Nederland en één onder alle vrouwen in Nederland die tussen de zes weken en één jaar daarvoor bevallen waren. De nagenoeg identieke vragenlijsten bevatte alle items van de gevalideerde *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-UI SF) en de *ICIQ – Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life* (ICIQ-LUTSqol) en bevatte vragen over overtuigingen en hulpzoekgedrag. Deze vragen waren gebaseerd op het *Health Beliefs Model* en werden besproken met verschillende experts en beoordeeld op leesbaarheid.

Beide onderzoeken lieten hoge prevalentiecijfers voor urineverlies zien en ook een milde tot matig ervaren hinder. Van de zwangere en bevallen vrouwen met urineverlies zochten respectievelijk 13% en 25% hulp, nagenoeg allemaal bij een bekkenfysiotherapeut. Als redenen om geen hulp te zoeken voor hun urineverlies gaven de vrouwen aan weinig hinder van het urineverlies te ervaren en ervan uit te gaan dat het urineverlies vanzelf over zou

gaan. Of ze dachten dat het urineverlies een normaal gevolg was van de zwangerschap en bevalling. De belangrijkste redenen om in de toekomst hulp te zoeken waren: het continu moeten gebruiken van inlegmateriaal, het gevoel hebben dat anderen hen kunnen ruiken en het krijgen van natte kleren. Voor de postpartum vrouwen was daarnaast het ervaren van hinder van urineverlies op het werk een reden om hulp te zoeken.

Om een nog dieper inzicht te krijgen in de kloof tussen de prevalentie en het hulpzoekgedrag hebben we zwangeren en tot één jaar geleden bevallen vrouwen face-to-face geïnterviewd. Daarnaast hebben we een focusgroepinterview gehouden met zorgprofessionals, namelijk verloskundigen, gynaecologen en een kaderarts urogynaecologie, om meer te weten te komen over hun opvattingen rond urineverlies in de peripartum periode.

In het interview vertelden de vrouwen hun urineverlies niet als erg hinderlijk te ervaren en te accepteren als een gevolg van de zwangerschap en de bevalling. Een van de zwangeren zei bijvoorbeeld dat er ergere dingen zijn die je kan hebben tijdens de zwangerschap, zoals hoge bloeddruk. Vrouwen waren wel verbaasd, want ze waren zich er vooraf niet van bewust dat urineverlies een probleem kon zijn. Geen van de zorgprofessionals had tijdens de zwangerschap naar urineverlies gevraagd. Bij de postpartum controle hadden de verloskundigen wel naar urineverlies gevraagd, maar de gynaecologen niet.

Tijdens het focusgroepinterview gaven de zorgprofessionals aan dat de beperkte duur van een consult een van de redenen is om niet naar urineverlies te vragen en dat er geen vraag over urineverlies in het elektronisch patiëntendossier (EPD) staat. Dat komt omdat deze klacht in de richtlijnen rond peripartum zorg slechts zijdelings wordt benoemd. Het is daarom aan te bevelen om in richtlijnen voor verloskundigen en gynaecologen een vraag over urineverlies op te nemen. Verder is bekend dat niet veel vrouwen uit zichzelf over hun urineverlies beginnen. Daarnaast denken vrouwen dat, als een zorgverlener niet naar urineverlies vraagt, dat verlies dan wel mee zal vallen.

Hulpzoekgedrag wordt onder andere beïnvloed door overtuigingen, opvattingen over en kennis van urineverlies en de behandelopties, en de ervaren hinder. Veel

peripartum vrouwen denken dat hun urineverlies vanzelf overgaat. Dit is een misvatting, want vrouwen met urineverlies in de zwangerschap hebben twee tot zes keer meer kans op postpartum urineverlies en tot wel 91% van de vrouwen met urineverlies postpartum heeft dit 12 jaar later nog steeds. Goede voorlichting is dus belangrijk en hier kan de bekkenfysiotherapeut zeker aan bijdragen. Hoe meer hinder vrouwen van hun urineverlies ervaren, des te vaker ze hulp zoeken. Peripartum vrouwen ervaren hun urineverlies als mild tot matig en dit verklaart mogelijk het feit dat slechts een kleine groep hulp zoekt. De zwangerschap en de zorg voor een baby hebben een grote impact op het leven van een vrouw. De verantwoordelijkheden en het zoeken naar een nieuwe balans in het leven zijn mogelijk ook factoren die een rol spelen bij het zoeken van hulp. Belangrijk is dat peripartum vrouwen goede informatie krijgen over urineverlies en de behandelopties en weten waar hulp te krijgen is. Vrouwen kunnen dan op het moment dat er ruimte is en ze eraan toe zijn, hulp zoeken. Zo kan de zorg voor peripartum vrouwen met urineverlies verbeterd worden.

Momenteel krijgen vrouwen zes weken postpartum de laatste controle. Op dat moment heeft de meerderheid van de vrouwen nog niet gesport, zijn de vrouwen nog niet begonnen met werken en hebben ze als gevolg daarvan de bekkenbodemspieren nog niet zo zwaar belast. Dus als de verloskundige of gynaecoloog bij de nacontrole naar urineverlies vraagt, is het goed mogelijk dat een vrouw dit (nog) niet ervaart, omdat de drempel waarop de klachten ontstaan nog niet bereikt is. Voor het optreden van bekkenbodemsfuncties zoals urineverlies, is de controle zes weken postpartum daarom mogelijk te vroeg. Met het oog op natuurlijk herstel van de urethrale steun is een controle op een later tijdstip, bijvoorbeeld zes maanden postpartum, geschikter. Met dit in gedachten is het misschien tijd om de peripartum zorg te heroverwegen. De bekkenfysiotherapeut is een laagdrempelige specialist in bekkenbodemsfuncties en gezond bewegen. Vrouwen met bekkenbodemsfuncties, zoals urineverlies, of met risicofactoren op het krijgen daarvan, zouden de mogelijkheid moeten krijgen om binnen de basisverzekerde zorg een bekkenfysiotherapeutisch postpartum consult te krijgen.

Het volledige proefschrift is beschikbaar via <http://dx.doi.org/10.26481/dis.20211105hm>.

Casus 'Chronische bekkenpijn'

Ana dos Santos MSc

geregistreerd bekkenfysiotherapeut, PelviCentrum te Leiden

Deze casus betreft het bekkenfysiotherapeutisch diagnostisch en therapeutisch proces bij een 72-jarige vrouw met onderbuik-/blaaspijn langer dan zes maanden, recidiverende urineweginfectie (re-UWI) en dyspareunie.

Reden van contact

Mevrouw CO, 72 jaar, is verwezen door de uroloog voor de evaluatie en behandeling van onderbuik-/blaaspijn langer dan zes maanden met frequency, urgency, gemengde urine-incontinentie, recidiverende urineweginfectie (re-UWI) en dyspareunie. Mevrouw verwacht vermindering van de buik-/blaasklachten, voorkomen van UWI en dat penetratie weer mogelijk is zonder pijn binnen drie tot zes maanden.

Screening

Indicatie diagnostisch proces

Tijdens de screening zijn er geen rode vlaggen (generiek en regiospecifiek) aanwezig. Mevrouw gaf aan geen maligniteit, ontstekingsprocessen, neurologische verschijnselen, onverklaarbaar vaginaal/anaal bloedverlies, hematurie en onverklaarbare veranderingen in het defecatie- en mictiepatroon te hebben op het moment van de screening. De verwijzing van de uroloog en de hulpvraag van de patiënt vallen binnen het domein van de bekkenfysiotherapie.

De klachten zijn mogelijk gerelateerd aan een functiestoornis van de bekkenbodemspieren, buik en LWK/bekken en zijn mogelijk te beïnvloeden door een bekkenfysiotherapeutisch proces.¹ Het is niet te verwachten dat de functiestoornissen zich zonder gerichte interventies herstellen. Er is een indicatie voor verder diagnostisch proces.

Diagnostisch proces

Casusbeschrijving

Mevrouw CO heeft sinds vijf jaar klachten van onderbuik-/blaaspijn en re-UWI. Ze is altijd behandeld met antibiotica (soms voorgeschreven door de huisarts en soms door de uroloog), dat heeft ze zelfs thuis als voorzorg. De afgelopen jaren is ze bij meerdere urologen geweest en al langer dan drie jaar ook bij een bekkenfysiotherapeut; dat heeft niet zo goed geholpen. De laatste UWI was in augustus 2020 waarvoor ze een antibioticakuur

kreeg; sindsdien heeft ze aanhoudende klachten van onderbuik/blaas. Dit heeft ze al eerder gehad, maar nu zijn de klachten heel ernstig geworden. De pijn is constant aanwezig en varieert van matig tot ernstig, NPRS 6-9. Ze wordt daardoor beperkt in haar dagelijkse activiteiten, zoals naar buiten gaan, lopen en slapen. De pijn wordt erger bij lang uitstellen van plassen, maar deze wordt na plassen niet minder. Plassen doet nu geen pijn en mevrouw ervaart ook geen branderig gevoel. Ze gebruikt paracetamol voor de pijn, maar dat blijkt weinig te helpen. Bij onderzoek in het ziekenhuis (cystoscopie, uroflow/residumeting en urinekweek) zijn er geen bijzonderheden gevonden. Ze werd door de uroloog naar de bekkenfysiotherapeut doorverwezen. Naast de onderbuik-/blaaspijn moet ze vaak plassen (dagfrequentie (DF) 16 en nachtfrequentie (NF) 2). Ze heeft vaak het gevoel dat de blaas niet leeg is en soms gaat ze persen omdat er sprake is van hesitatie (inadequaat toiletgedrag, bijvoorbeeld persen, zou een ongunstig effect op de bekkenbodem kunnen hebben door een verhoging van de belasting, waardoor de balans tussen belasting en belastbaarheid van de bekkenbodem verstoord kan raken²). Ze gaat plassen om de pijn te verminderen en urineverlies te voorkomen. Soms kan ze het plassen niet uitstellen zonder verlies en dat is de laatste tijd erger aan het worden. Mictie gaat soms met moeite, de straal is onderbroken en vaak is het niet veel (mictieklachten, frequency en urgency gaan vaak gepaard met chronische bekkenpijn¹). Af en toe heeft ze ook last van urineverlies bij niezen, lachen en onverwachte bewegingen. Ze draagt een inlegkruisje en moet dit één tot twee keer per dag verschonen. Het urineverlies is vaak een paar druppels tot een scheut en dat heeft ze een paar keer per week, zowel bij inspanning, maar ook als ze niet op tijd bij de wc is.

Sinds zes maanden is ze helemaal gestopt met penetratieve seks want dat doet nu ook veel pijn (chronische bekkenpijn

wordt vaak gezien in samenhang met seksuologische disfuncties¹). De pijn is bij penetratie oppervlakkig, maar soms ook diep. In het ziekenhuis is ze ook bij de gynaecoloog geweest; behalve een verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren zijn er geen bijzonderheden gevonden bij het onderzoek. Er is geen prolaps geconstateerd. De klachten met penetratie ervaart mevrouw al jaren. Mevrouw is getrouwd en kan dit probleem goed bespreken met haar partner. De laatste jaren heeft ze steeds minder zin in seks en raakt ze moeilijk opgewonden; ze vindt het vervelend, met name voor haar partner. Mevrouw geeft aan geen negatieve seksuele ervaringen te hebben gehad. Zij ervaart geen gastro-enterologische klachten en geen lagerug-/heup-/bilkklachten.

Mevrouw CO, G3P3 (vaginale bevallingen, persduur 80 minuten en episiotomie bij de eerste bevalling). Dit zijn risicofactoren voor SUI.² Bij de eerste zwangerschap trad intra-uteriene vruchtdood op bij vijf maanden. Het tweede kind overleed op 16-jarige leeftijd in een auto-ongeluk. Het derde kind, een zoon, is in leven.

Voorgeschiedenis: borstkanker (2006, 2012) met borstamputatie rechts (2012), bestraling en vijf jaar hormonale therapie. Momenteel heeft ze schildkliermedicatie (werkt te traag) en ook medicatie voor hoge bloeddruk.

Ze doet vrijwilligerswerk 1x/week en probeert actief te blijven door te wandelen en te fietsen tot 3x/week. Ze voelt zich gestrest door de klachten en eerder heeft ze al psychologische hulp gehad, maar niet voor deze klachten. Zij is verder gezond, drinkt geen alcohol en rookt niet.

Hulpvraag en gezondheidsprobleem

Mevrouw wil graag leren wat ze zelf kan doen aan het verminderen van de klachten. Ze wil graag minder buik-/blaaspijn hebben (NPRS 3-5), geen UWI's en dat penetratie weer mogelijk is zonder pijn (NPRS 0) binnen drie tot zes maanden.

Meetinstrumenten en psychometrische eigenschappen

Diagnostische doelen	Meetinstrument (diagnostiek en evaluatie vooruitgang)	Psychometrische eigenschappen
Mate, ernst van de pijn en sensitiviteit in kaart brengen. Invloed op de dagelijkse activiteiten en participatie op basis van de ervaren beperkingen tijdens naar buiten gaan, lopen en slapen in kaart brengen.	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese (pijnlocatie, ontstaan en beloop). Numeric Pain Rating Scale (NPRS). Central Sensitization Inventory (CSI). Patiënt Specifieke Klachten (PSK). 	<ul style="list-style-type: none"> De NPRS heeft een goede validiteit, hoge betrouwbaarheid (0,84) en goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.^{3,4} Scerbo et al. suggereren dat de CSI betrouwbare en valide gegevens genereert die de ernst van verschillende symptomen van CS kwantificeren.⁵ De PSK kan inventariserend ingezet worden vanwege zijn goede constructiviteit en goede responsiviteit voor patiënten met lage rugpijn.⁶ De psychometrische eigenschappen van de populatie met chronische bekkenpijn zijn niet bekend.
Bevestigen dat de pijn afkomstig is vanuit de buik, het bekken en het bekkenbodembodemgebied en gerelateerd is aan myofasciale disfuncties.	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoek tonus en aanwezigheid van MTrPs van de buik-, bovenbeen- en bekkenmusculatuur. Vaginaal BBFO middels inspectie en inwendige palpatie van de bekkenbodemspieren. Onderzoek naar de mobiliteit van fascia en subcutaan collageen. 	<ul style="list-style-type: none"> Het volledige protocol om de bekkenbodembodemfunctie te beoordelen via vaginale palpatie heeft een redelijke validiteit en betrouwbaarheid (intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid 0,64-0,68).⁷
Bevestigen dat er sprake is van een overactiviteit van de bekkenbodemspieren.	<ul style="list-style-type: none"> Vaginaal BBFO middels inspectie en inwendige palpatie van de bekkenbodemspieren. Myofeedback met de MAPLe. 	<ul style="list-style-type: none"> Zie hierboven. De MAPLe is een betrouwbaar instrument dat de EMG-signalen meet van de verschillende zijden en niveaus van de bekkenbodembodemmusculatuur.⁸
Uitsluiten dat de buikpijn afkomstig is vanuit het thoracolumbale segment (TLO, L1-S1).	<ul style="list-style-type: none"> Bewegingsfunctieonderzoek van de LWK en TWK (actieve ROM). Onderzoek naar tonus, MTrPs en mobiliteit van de fascia. 	<ul style="list-style-type: none"> Niet bekend.
Uitsluiten dat de nervi iliohypogastricus en ilioinguinalis betrokken zijn bij de buikpijnklachten.	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese (pijnlocatie, ontstaan en beloop). Neurologisch onderzoek (aanraken, sensibiliteit, tastzin, pijnzin, temperatuurzin, vibratiezin, reflex). 	<ul style="list-style-type: none"> Niet bekend.
Bevestigen dat er sprake is van gemengd UI en dat de klachten een matige impact hebben op het dagelijks leven.	<ul style="list-style-type: none"> 3 Incontinence Questions (3IQ). PRAFAB-vragenlijst. 	<ul style="list-style-type: none"> De 3IQ heeft een sensitiviteit van 0,75 (95%-BI 0,68-0,81) tot 0,86 (0,79-0,90) en een specificiteit van 0,77 (0,69-0,84) tot 0,60 (0,51-0,68).⁹ De PRAFAB heeft een hoge validiteit, hoge betrouwbaarheid en hoge responsiviteit (0,93-0,954).¹⁰
Het mictiegedrag en de mictieklachten in kaart brengen.	<ul style="list-style-type: none"> Mictielijst: 3 dagen. Navragen en inspectie van de toilethouding. 	<ul style="list-style-type: none"> Wordt aanbevolen in de KNGF-richtlijn Stress urine-incontinentie.²
Het seksuele functioneren in kaart brengen.	<ul style="list-style-type: none"> Female Sexual Function Index (FSFI). Numeric Pain Rating Scale (NPRS). 	<ul style="list-style-type: none"> Deze vragenlijst werd uiteindelijk niet toegepast, want de patiënt was de laatste vier weken niet seksueel actief geweest.
Het ademhalingspatroon in kaart brengen.	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese. Inspectie. Onderzoek mobiliteit en MTrPs diafragma. 	<ul style="list-style-type: none"> Niet bekend.
In kaart brengen dat er onvoldoende inzicht is in de klachten en de pijneducatie.	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese. 	<ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing.

BBFO: bekkenbodembodemfunctieonderzoek; MTrPs: myofasciale triggerpoints.

Interpretatie van de resultaten

De aard, locatie, tijdsduur en samenhang van de klachten van deze patiënt komen volgens de EAU Guideline overeen met de definitie van chronische bekkenpijn.¹¹ Chronische bekkenpijn is bekkenpijn die langer dan zes maanden aanhoudt of recidiverende pijn, die wordt waargenomen in structuren die verband houden met het bekken. De pijn heeft vaak negatieve cognitieve, gedrags-, seksuele en emotionele gevolgen. De pijn gaat ook vaak samen met disfunctie van de lage urinewegen, darmen en bekkenbodem en met seksuele en gynaecologische disfuncties.¹¹

De matige/ernstige pijnklachten (NRPS 6-9/10) zijn vermoedelijk het gevolg van een functiestoornis en een disbalans in de samenwerking tussen het diafragma, de bekkenbodem- en de buikmusculatuur. Bij onderzoek: thoracale ademhaling met verminderde mobiliteit van het diafragma en aanwezigheid van myofasciale triggerpoints (MTrPs); overactieve bekkenbodem met coördinatioestoornis; hypertonie buikmusculatuur met aanwezig MTrPs op de m. rectus abdominis rechts en links; verminderde mobiliteit van de fascie (buik- en borstgebied).

Het is met voldoende zekerheid aangetoond dat de onderbuikpijn in verband staat met de aanwezigheid van hypertonie en MTrPs in het diafragma, de buik- en bekkenbodemmusculatuur en dat de verminderde mobiliteit van de fascie en het subcutaan collageen mogelijk myofasciale restricties zou kunnen geven. De patiënt ervaart matige beperkingen in het dagelijks leven (PSK: naar buiten gaan 5/10, lopen 4/10, slapen 6/10). Mogelijk is een vicieuze cirkel ontstaan waar pijn voor een verhoogde spanning zorgt en de verhoogde spanning voor het aanhouden van de pijn. Bij deze patiënt is er ook sprake van een matige centrale sensitatie (CSI 45) die mogelijk blijft bestaan door gedragsmatige en psychologische factoren. De klachten zijn vermoedelijk niet het gevolg van een functiestoornis van de TLO/LWK. Het is met voldoende zekerheid aangetoond dat de onderbuikpijn niet in verband staat met de betrokkenheid van de nervi iliohypogastricus en ilioinguinalis.

Het is met voldoende zekerheid aangetoond dat er sprake is van gemengde urine-incontinentie (3IQ) en dat de SUI matig is met een matige invloed op de levensstijl (PRAFAB¹³). Met voldoende zekerheid werd aangetoond dat er sprake is

van een verstoord mictiepatroon en gedrag (anamnese, mictielijst). De gemengde urine-incontinentie en de mictieklachten zijn vermoedelijk het gevolg van een overactieve bekkenbodem met een coördinatioestoornis (bekkenbodempunctieonderzoek (BBFO) en MAPLe-onderzoek) en een verstoorde buikdrukregulatie (ademfixatie bij inspanning en bij pijn). De verhoogde tonus kan vermoedelijk ook de pijnklachten tijdens penetratie verklaren. Het uitsluiten van andere factoren die mogelijk ook invloed zouden kunnen hebben op seksueel functioneren is echter niet mogelijk geweest doordat de patiënt niet meer seksueel actief is geweest in de laatste zes maanden (FSFI niet toepasbaar).

Bekkenfysiotherapeutische diagnose

Een 72-jarige actieve vrouw, G3P3, getrouwd, is naar de bekkenfysiotherapeut verwezen door de uroloog met klachten van onderbuik-/blaaspijn langer dan zes maanden met frequency, urgency, gemengde urine-incontinentie, re-UWI en dyspareunie. Er is sprake van matige tot ernstige chronische bekkenpijn (NRPS 6-9/10) als gevolg van een disbalans in de samenwerking van het diafragma, en de bekkenbodem- en buikmusculatuur (uit onderzoek: verstoord ademhalingspatroon met een verminderde mobiliteit van het diafragma en actieve MTrPs; overactieve bekkenbodem (verhoogde rusttonus en vertraagde relaxatie) met coördinatioestoornis en MTrPs met uitstraling naar de onderbuik/blaas (herkenbare pijn); hypertonie buikmusculatuur met actieve MTrPs op de m. rectus abdominis en uitstraling naar blaasregio (herkenbare pijn); verminderde mobiliteit van de fascie ter hoogte van het buik- en borstgebied). Het is met voldoende zekerheid aangetoond dat de onderbuikpijn niet in verband staat met de betrokkenheid van de nervi iliohypogastricus en ilioinguinalis. Door de pijnklachten ervaart de patiënt een matige beperking in de activiteiten naar buiten gaan, lopen en slapen (PSK 4-6).

Daarnaast is er sprake van gemengd UI (3IQ) en mictieklachten (urgency, frequency (DF 10-17, NF 2; *maximal voided volume* (MVV) 250 ml (range 50-225), vochtintake 1,5 l niet goed verspreid, hesitatie, persgedrag) en de SUI heeft een matige invloed op de levensstijl (PRAFAB 13). De gemengde UI, mictieklachten en re-UWI zijn vermoedelijk het gevolg van een overactieve bekkenbodem met een coördinatioestoornis (BBFO en MAPLe) en worden versterkt doordat het

mictiegedrag en de buikdrukregulatie verstoord zijn. De verhoogde tonus van de bekkenbodemmusculatuur kan vermoedelijk ook de pijnklachten tijdens penetratie verklaren. Mevrouw CO verwacht vermindering van de buik-/blaasklachten en het optreden van UWI en dat penetratie weer mogelijk is zonder pijn binnen drie tot zes maanden.

De aanhoudende en recidiverende pijn, de vicieuze cirkel die is ontstaan (pijn geeft spanning en spanning geeft meer pijn), de matige centrale sensitatie (CSI 45) en de samenhang met urologische en seksuele disfuncties hebben mogelijk een negatieve invloed op het beloop van de klachten. Het is te verwachten dat met behulp van bekkenfysiotherapie de klachten verbeteren.

Behandelplan

Hoofddoel: Verminderen van buik-/blaasklachten van NRPS 6-9 naar NRPS 0-6 binnen 12-24 weken.

Subdoelen (inclusief fysiotherapeutische verrichtingen):

- Verbeteren van het inzicht in de klachten en de basisprincipes van pijneducatie middels uitleg van het pijnmechanisme en van pijnverwerkingsprocessen; folder met vier peilers. Te behalen binnen 1-12 weken. Te evalueren door de patiënt de kans te geven om een samenvatting te geven van de geleerde informatie en het invullen van de protectometer.
- Verbeteren van het ademhalingspatroon, verlagen van de buiktonus en verminderen van het MTrP ter hoogte van de m. rectus abdominis middels ademhalingsoefeningen, awareness en relaxatie van de buikmusculatuur, fascietechnieken, huidrollen en verminderen van het MTrP ter hoogte van de m. rectus abdominis en het diafragma. Te behalen binnen 3-12 weken. Te evalueren met behulp van inspectie en palpatie.
- Verminderen van de mictiefrequentie van 10-17 naar 8-10 keer overdag en van 2 naar 0-1 keer 's nachts en verbeteren van het drink- en toiletgedrag door uitleg te geven van de blaasfunctie, uitstelmechanisme, vochtintake en gedrag, blaastraining, detrusorinhibitie (met MAPLe 1000/8) en toiletinstructies. Te behalen binnen 3-24 weken. Te evalueren met behulp van mictielijst, anamnese vragen, inspectie.
- Bevorderen van relaxatie en verminderen van MTrPs van de bekkenbodemspieren middels oefentherapie gericht op relaxatie en bewuste ontspanning al

gemeen/bekkenbodemspieren en behandelen met MTrPs-therapie en *functional electrical stimulation* (FES) met de MAPLe. Te behalen binnen 6-24 weken. Te evalueren door BBFO vaginaal en MAPLe.

- Implementatie van relaxatie buik- en bekkenbodemspieren in ADL (zitten, lopen, staan) middels verbeteren van awareness van de musculatuur tijdens ADL. Te behalen binnen 6-24 weken. Te evalueren tijdens inspectie en functioneel toepassen van de MAPLe.
- Verbeteren van kracht en coördinatie van de bekkenbodemspieren middels oefentherapie van de bekkenbodemspieren en oefentherapie met biofeedback. Te behalen binnen 12-24 weken. Te evalueren met BBFO en MAPLe.
- Verminderen van de mate en impact van UI op het dagelijks leven. Score op de PRAFAB van 12 naar 5 middels oefentherapie van de bekkenbodemspieren en regulatie van de buikdruk tijdens ADL en drukverhogende momenten. Te behalen binnen 12-24 weken.
- Reduceren van de beperking tijdens penetratie met de penis van NPRS 10/10 (onmogelijk) naar NPRS < 6 middels uitleg, oefentherapie voor de bekkenbodem gericht op relaxatie/awareness (met en zonder biofeedback), verminderen van MTrPs, FES met MAPLe en oefentherapie met pelottes. Te behalen binnen 12-24 weken. Te evalueren middels anamnese en NPRS.

Verwacht herstel/prognose

Het is te verwachten dat bekkenfysiotherapeutische behandeling een positief effect kan hebben op het beloop van de klachten. De medische voorgeschiedenis (bestraling, borstamputatie, hormonale therapie), psychische gezondheid (langdurige klachten, persoonlijke factoren, stress) en de mate van sensitiviteit kunnen een negatieve invloed hebben op het beloop van de klachten. De patiënt heeft toestemming gegeven voor het behandelplan en de doelstellingen.

Een holistische aanpak blijkt bij deze patiënt noodzakelijk. Door het langdurige ziekteproces en de hulpvraag van de patiënt zou het verstandig zijn om een pijnspecialist en een psycholoog/seksuoloog bij het behandelteam te betrekken.

Het resultaat

Na zes maanden zijn de buik-/blaaspijnklachten verminderd (NPRS 0-5). Af en toe ervaart mevrouw nog pijn. Dit relateert ze aan periodes van meer stress,

daardoor gaat het slapen ook minder goed (PSK 2/10). De pijnklachten beperken de activiteiten, zoals naar buiten gaan en lopen, niet meer (PSK 0/10). De relaxatie en awareness van de bekkenbodem- en buikspieren zijn verbeterd (BBFO en MAPLe). Mevrouw kan nu de relaxatie en ademhaling beter toepassen in het dagelijks leven en is tevreden met het bereikte resultaat. De mictiefrequentie is verminderd (DF 12, NF 0-2) en in de laatste zes maanden heeft ze geen UWI gehad. Mevrouw heeft nu geen UI. Geslachtsgemeenschap is nog niet mogelijk door pijn (NPRS 6). Tijdens het behandeltraject heb ik mevrouw geadviseerd om contact op te nemen met een seksuoloog, dat vond ze voor nu nog geen prioriteit. Zij is nu wel ook onder behandeling bij een psycholoog. Mevrouw CO is tijdens de eerste drie maanden van de therapie ook in behandeling geweest bij een pijnspecialist; in de loop van het traject was de pijnmedicatie niet meer nodig. Ze heeft bij de pijnpoli veel uitleg gekregen middels pijneducatie en zelfmanagement.

Boodschap aan collega's

De behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn is vaak complex en zou altijd multidisciplinair moeten zijn. De korte lijnen tussen de zorgverleners zorgen ervoor dat de patiënt zich gehoord voelt en dat de kans op succes van de behandeling groter is. De bekkenfysiotherapeut heeft in dit multidisciplinaire team een grote rol in het diagnosticeren, behandelen en signaleren. Vaak ervaren patiënten het contact met de bekkenfysiotherapeut als prettig en laagdrempelig. Daarnaast kan een bekkenfysiotherapeut van toegevoegde waarde zijn, mede door de holistische aanpak die aangrijpt op meerdere factoren die een rol kunnen spelen bij chronische bekkenpijn, zoals bewegingsangst en zelfmanagement.

Literatuur

- Messelink EJ, Glas A, Groeneweg J, et al. Richtlijn Chronische Bekkenpijn 2020. Federatie Medisch Specialisten. Geraadpleegd op 15 maart 2022. Beschikbaar via <https://richtlijndatabase.nl>
- Bernards ATM, Berghmans LCM, van Heeswijk-Faase IC, Westerik-Verschuuren EHML, et al. KNGF-richtlijn Stress (urine-)incontinentie. Ned Tijdschr Fysiother. 2011(121);3 Suppl.
- Chien CW, Bagraith KS, Khan A, Deen M, Strong J. Comparative responsiveness of verbal and numerical rating scales to measure pain intensity in patients with chronic pain. J Pain. 2013 Dec;14(12):1653-62.

- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. J Pain Symptom Manage. 2011;41(6):1073-93.
- Scerbo T, Colasurdo J, Dunn S, Unger J, Nijs J, Cook C. Measurement Properties of the Central Sensitization Inventory: a systematic review. Pain Pract. 2018 Apr;18(4):544-54.
- Beurskens AJ, de Vet HC, Köke AJ, Lindeman E, van der Heijden GJ, Regtop W, et al. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. J Manipulative Physiol Ther. 1999 Mar;22(3):144-8.
- Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. 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.
- Voorham-van der Zalm PJ, Voorham JC, van den Bos TW, Ouwerkerk TJ, Putter H, Wasser MN, Webb A, DeRuiter MC, Pelger RC. Reliability and differentiation of pelvic floor muscle electromyography measurements in healthy volunteers using a new device: the Multiple Array Probe Leiden (MAPLe). NeuroUrol Urodyn. 2013 Apr;32(4):341-8.
- Brown JS, Bradley CS, Subak LL, Richter HE, Kraus SR, Brubaker L, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. Ann Intern Med. 2006 May 16;144(10):715-23.
- Hendriks EJ, Bernards AT, Berghmans BC, de Bie RA. The psychometric properties of the PRAFAB-questionnaire: a brief assessment questionnaire to evaluate severity of urinary incontinence in women. NeuroUrol Urodyn. 2007;26(7):998-1007.
- Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, de C Williams AC. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain 2020. Geraadpleegd op 15 maart 2022. Beschikbaar via <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain>

Lower anterior rectum syndroom

Hét state-of-the-art congres over de multidisciplinaire behandeling

Carina Bokkers en Regina Heesen

beiden geregistreerd bekkenfysiotherapeut, Bekkenzorgcentrum Ermelo

Wat een unieke dag! Een congres volledig gewijd aan het lower anterior rectum (LAR) syndroom. Heel bijzonder om elkaar na de lock-down te treffen op een mooie locatie in Gelderland. Het was erg waardevol om ons, samen met de andere specialisten op dit gebied, in dit syndroom te verdiepen en ons begrip ervan te verbreden, met als doel de patiënten met dit syndroom betere zorg te kunnen geven.

Het LAR-congres vond plaats op 26 november 2021. **Jenneke Kalkdijk-Dijkstra** MSc bekkenfysiotherapeut, opende de dag met een algemene inleiding op het onderwerp. Dagvoorzitter dr. **Grietje Vander Mijsbrugge**, colorectaal chirurg, zorgde op humoristische wijze voor een perfect verlopende dag.

Prof. dr. Pieter Tanis, hoogleraar chirurgie in het bijzonder colorectale chirurgie, belichtte de stand van zaken rond rectumkanker in Nederland en liet in een grafiek zien dat het aantal sterfgevallen hieraan sinds 2019 is gedaald. De betere preoperatieve zorg, chirurgische technieken, beeldvormende diagnostiek (MRI)



▲ *Jenneke Kalkdijk-Dijkstra.*

▼ *Dr. Grietje Vander Mijsbrugge.*



en effectievere behandelingen zoals radio-, chemo-, en hormoontherapie dragen alle hieraan bij. Ook eventuele complicaties van behandelingen verminderen hierdoor.

Omdat in Nederland steeds minder stoma's worden aangelegd, is het risico op het LAR-syndroom gedaald. Een patiënt kan echter ook een LAR-syndroom ontwikkelen zonder chirurgische ingreep, bijvoorbeeld door schade van radiotherapie. Prof. dr. Tanis concludeerde dat minder invasieve chirurgie met het sparen van het rectum en betere pre- en postoperatieve zorg leiden tot minder complicaties en betere kwaliteit van leven.



Dr. Erik van Westreenen.

“Geen nood, er is altijd een uitgang.” Dit was de titel van de lezing van **dr. Erik van Westreenen**, gastro-intestinaal en oncologisch chirurg, over de diverse chirurgische mogelijkheden bij een tumor in de darmen. Denk aan het verwijderen van oppervlakkig gelegen tumoren in de endeldarm via de anus en verwijdering van de endeldarm met behoud van de anus. Ook kan een door een tumor aangetaste endeldarm samen met de anus worden verwijderd.

De behandeling wordt ingedeeld van laag- naar hoogrisico, waarna voor de minst invasieve techniek wordt gekozen, en ook zoveel mogelijk orgaansparend. Bij verdenking op uitzaaiingen wordt voor radiotherapie gekozen. Na de bestralingen volgen dan een endoscopie en MRI. Na bestralen kan in veel gevallen worden volstaan met *watchful waiting* en is geen operatie meer nodig, en dat geniet uiteraard de voorkeur.

Na de koffiepauze was het de beurt aan **dr. Paul Broens**, (kinder)chirurg. Hij lichtte toe dat veel patiënten darmfunctiestoornissen ervaren na een operatie. Een van deze functiestoornissen is fecale incontinentie. Wist je dat deze incontinentie gecontroleerd wordt door de her-

senstam? Dr. Broens illustreerde een interessant nieuw theoretisch model voor fecale continentie waarbij twee reflexen betrokken zijn: de anale-externe-sfincterreflex en de puborectale continentiereflex. Als vragenlijst voor incontinentie gebruikt hij de LAR-score, waarbij functionele resultaten worden gecorreleerd aan de hoogte van de naad van de anastomose. Bij interpretatie van deze score blijft het wel belangrijk om een vergelijking te maken met de gezonde Nederlandse bevolking.



Drs. Bert Messelink.

Onderbroken door een goed verzorgde lunch besprak **drs. Bert Messelink**, uroloog-seksuoloog, de urologische en seksuologische klachten die patiënten na een chirurgische ingreep kunnen ervaren. Dit zijn klachten waarover vaak niet van tevoren met de patiënt wordt gesproken. Vooral het te berde brengen van seksuele functiestoornissen is lastig voor zowel de patiënt als de hulpverlener. Toch adviseert Messelink dringend om dit wel te doen en hierover ook met de patiënt in gesprek te blijven, omdat deze klachten veel impact hebben op de levenskwaliteit. De functionele samenhang van alle bekkenorganen komt volgens Messelink het duidelijkst naar voren als een van deze organen ernstig beschadigd raakt. Hij benadrukte ook dat het belangrijk is om vooraf en na de behandeling de bekkenbodem te trainen.

Halverwege de middag was het podium aan **Jenneke Kalkdijk-Dijkstra MSc** en **Joost van der Heijden**, arts en onderzoeker Heelkunde. Zij presenteerden de voorlopige resultaten van hun lopende gezamenlijke onderzoek dat wordt uitgevoerd vanuit het Radboudumc, ‘De FORCE-trial’, een onderzoek naar de behandeling van ontlastingsproblemen na een endeldarmkankeroperatie. Onderzoek in

16 ziekenhuizen moet uitwijzen of bekkenfysiotherapie deze problemen kan verminderen. Bij minder klachten is minder incontinentiemateriaal nodig en neemt de levenskwaliteit toe. Volgens Kalkdijk biedt dit onderzoek bekkenfysiotherapeuten een mooie uitdaging om te werken aan een goed netwerk, de juiste communicatie met specialisten en een richtlijn.

Als laatste kreeg **Sandra Oosterlaar-Overkars**, stomaverpleegkundige, het woord. Zij vertelde over haar rol rond de



Joost van der Heijden.

zorg van de patiënt met een rectumcarcinoom. Tijdens de opname in en na ontslag uit het ziekenhuis speelt zij een belangrijke rol in de postoperatieve zorg.

De dag werd afgesloten met een forumdiscussie. Er kwam veel aan de orde, te veel om in het kader van dit verslag te benoemen. Het werd in ieder geval duidelijk dat er nog veel kansen en uitdagingen liggen voor bekkenfysiotherapeuten om verder onderzoek te doen naar de behandeling van het LAR-syndroom. De patiënten kunnen onze hulp in ieder geval goed gebruiken.

De behoeften en ervaringen van transgender personen in de bekkenfysiotherapeutische zorg: een kwalitatieve studie

Laura Dieleman MSc



Laura Dieleman.

Thesis Avans+, Master Pelvic Physical Therapy

Begeleider: Heidi Moosdorff PhD

Inleiding

Transgender is een overkoepelde term die wordt gebruikt voor mensen van wie de genderidentiteit (het gevoel man, vrouw, beide, geen van beide of iets er tussenin te zijn) niet (volledig) overeen komt met hun geboortegeslacht.¹ Iemand die bij de geboorte het vrouwelijk geslacht kreeg toegewezen, maar zich man voelt, noemen we een transman, iemand die bij de geboorte het mannelijke geslacht kreeg toegewezen, maar zich vrouw voelt, noemen we een transvrouw. Daarnaast zijn er ook mensen die zich niet comfortabel voelen binnen de binaire gendercategorieën man en vrouw bij wie een niet-binaire genderidentiteit beter past: non-binaire personen.¹

Cijfers over het aantal transgender personen lopen sterk uiteen en zijn afhankelijk van de gebruikte definitie en onderzoeksmethode. Uit onderzoek in opdracht van het Rutgers Kenniscentrum blijkt dat

3,9% van de Nederlandse bevolking zich niet of niet volledig identificeert met het geslacht dat zij bij de geboorte kregen toegewezen, 0,9% identificeert zich meer met het andere geslacht.² De groep transgender personen die ook een medische behandelwens heeft, is kleiner: ongeveer 0,4% van de bevolking.²

De afgelopen jaren neemt de kennis over en zichtbaarheid van transgender personen snel toe.^{2,3} Desondanks is de maatschappelijke positie van transgender personen nog zeer kwetsbaar en kampen veel van hen met een slechte fysieke, psychische en seksuele gezondheid.⁴ Zo komen angst en depressie significant vaker voor onder transgender personen dan in de bevolking in het algemeen en heeft meer dan 20% van de transgender personen ooit een suïcidepoging gedaan.⁵⁻⁷ Ook worden zij vaker slachtoffer van fysiek geweld en is het risico op het meemaken van seksueel geweld zelfs vele malen hoger dan in de algemene populatie.^{4,8,9} Slechts een kwart van de transgender personen geeft aan tevreden te zijn over het seksleven. Veel genoemde problemen zijn: moeilijkheden rond opwinding en orgasme, pijn en moeite met ontspannen.^{4,10}

Deze klachten kunnen vallen binnen het behandeldomein van de bekkenfysiotherapeut. Bekkenfysiotherapie zou daarom mogelijk kunnen bijdragen aan het verbeteren van de fysieke en seksuele gezondheid van transgender personen. Mogelijke behandelindicaties zijn (het voorkomen van) problemen na een geslachtsbevestigende operatie en mictieproblemen als gevolg van *tucking* (het naar achteren trekken en vastzetten van penis en testikels, zodat deze aan de voorzijde niet meer zichtbaar zijn). Maar ook bij sommige veel voorkomende seksuele problemen, zoals pijn bij het vrijen en moeite met ontspannen.^{4,10-12}

Ook binnen de gezondheidszorg voelen veel transgender personen zich echter niet veilig. In Belgisch onderzoek onder transgender personen geeft 70% van de

respondenten aan negatieve ervaringen te hebben in de gezondheidszorg.¹³ Een groot deel geeft zelfs aan reguliere zorg zo veel mogelijk te vermijden omwille van hun transgender-zijn.¹³⁻¹⁵ Er is geen reden om aan te nemen dat dit voor bekkenfysiotherapeutische zorg anders is. Het is voor te stellen dat de drempel voor het zoeken van hulp met problemen binnen het bekkenfysiotherapeutische vakdomein, iets dat voor de meeste andere mensen vaak ook al lastig is, zelfs nog hoger ligt.^{16,17}

Eind 2019 verscheen een onderzoeksrapport in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de ervaringen en behoeften van transgender personen binnen de zorg in Nederland.¹⁸ De tevredenheid over ontvangen zorg is over het algemeen redelijk hoog, maar wisselt sterk per type zorgverlener. In het onderzoek werd bekkenfysiotherapeutische zorg niet meegenomen, terwijl dit wel onderdeel kan zijn van een behandeltraject. Daarom is het doel van deze studie om de volgende vraag te onderzoeken. Wat zijn de behoeften en ervaringen van transgender personen in de bekkenfysiotherapeutische zorg?

Methode

Dit is een kwalitatieve studie beschreven volgens de *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*.¹⁹ In verband met de aard van het onderwerp, dat zou kunnen worden ervaren als inbreuk op de psychische integriteit, werd besloten een n-WMO aanvraag te doen. Een n-WMO verklaring is afgegeven door de Medisch Ethische Toetsingscommissie Utrecht op 2 februari 2021 (METC-protocolnummer 21-067/C).

Om de kwaliteit te waarborgen en het proces tijdens het onderzoek te bewaken, is een stuurgroep samengesteld. Deze bestond uit: een transgender persoon met tevens ervaring in een kwalitatief onderzoek, een bekkenfysiotherapeut met erva-

ring in de transgenderzorg en een medestudent master *Pelvic Physical Therapy*. De leden van de stuurgroep werden geraadpleegd bij het opstellen en herzien van de topiclijst en de *interviewguide*, de wervingsstrategie en de data-analyse en vormden een ondersteunende rol voor de onderzoeker.

Steekproef en werving

Werving van participanten vond plaats in de periode van februari tot november 2021. Voor de werving is gebruikgemaakt van de sociale mediaplatforms van verschillende transgender belangenorganisaties, het digitale prikbord van de Universiteit Utrecht en het eigen professionele netwerk. Op deze plaatsen werd een oproep voor deelname geplaatst. Bij interesse konden mogelijke participanten telefonisch of via e-mail contact opnemen met de onderzoeker. Voorafgaand aan deelname werden de potentiële participanten middels een informatiebrief via e-mail op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek en wat van hen verwacht werd. Tijdens een telefoongesprek was ruimte om eventuele vragen te stellen. Bij een besluit tot deelname werd door de participant een toestemmingsformulier getekend. Participanten hadden te allen tijde het recht zich zonder opgave van reden terug te trekken uit het onderzoek. Participanten werden geïncludeerd wanneer: (a) het geboortegeslacht van de persoon niet overeen kwam met diens genderidentiteit en (b) er sprake was van een goede beheersing van de Nederlandse taal. Er werden zowel mensen mét als zonder ervaring met bekkenfysiotherapie geïncludeerd. Ook de wens of fase van een eventuele fysieke transitie vormde geen exclusiecriteria.

Dataverzameling en analyse

Dataverzameling vond plaats middels semigestructureerde diepte-interviews. Om de participanten zo veel mogelijk op hun gemak te stellen en daarmee de kans op waardevolle antwoorden te vergroten, vond het afnemen van de interviews bij de participanten thuis plaats.²⁰ De interviews werden afgenomen op basis van een vooraf opgestelde topiclijst (zie tabel 1). Deze topiclijst kwam tot stand in samenwerking met de stuurgroep en kon in de loop van het onderzoek worden aangepast als bleek dat bepaalde topics misten. Alle interviews zijn opgenomen middels een digitale voicerecorder. Omdat intonatie van de participanten belangrijk kan zijn voor de betekenis van hun woorden, werden de interviews zo snel mogelijk na het

Tabel 1 **Topiclijst interviews**

Topic	Vragen
Hulp zoeken	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe ben je bij de bekkenfysiotherapeut terechtgekomen? • Had je van tevoren al een idee over wat bekkenfysiotherapie inhoudt? • Waar kwam die informatie vandaan? • Heb je iets gemist? Zo ja, wat? • Waar heb je behoefte aan bij het zoeken van bekkenfysiotherapeutische hulp?
Drempels	<ul style="list-style-type: none"> • Heb je drempels ervaren om een afspraak te maken bij een bekkenfysiotherapeut? • Wat maakt dat die drempels meer of minder aanwezig zijn?
Aanmelding en eerste contact	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe heb je de aanmelding en eerste contact ervaren?
Contact therapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Heb je het contact met de therapeut ervaren? • Wat vond je prettig? Wat vond je minder prettig? • Wat is hierin voor jou belangrijk?
Deskundigheid	<ul style="list-style-type: none"> • Is het voor jou belangrijk dat een bekkenfysiotherapeut kennis heeft over trans personen? (bijvoorbeeld specifieke operatietechnieken).
Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe heb je de behandeling van de bekkenfysiotherapeut ervaren? • Wat vind je belangrijk tijdens een bekkenfysiotherapeutische behandeling? • Hoe vond je de informatievoorziening van de bekkenfysiotherapeut?
Samenwerking andere disciplines	<ul style="list-style-type: none"> • Is er samenwerking/overleg geweest met andere disciplines? Zo ja, hoe heb je dat ervaren? • Wat is er voor jou belangrijk wanneer er wordt samengewerkt met anderen?
Terminologie/taalgebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Is het voor jou belangrijk welke terminologie/taalgebruik een therapeut gebruikt? (denk aan terminologie rondom trans-zijn of benoemen van de geslachtsdelen) • Zou je het prettig vinden als een therapeut dit van tevoren bespreekt?

** Dit is de topiclijst die is gebruikt voor personen mét ervaring in de bekkenfysiotherapeutische zorg. Voor personen zonder ervaring waren de topics gelijk, maar zijn de vragen aangepast aan de situatie.*

afnemen, verbatim getranscribeerd. Eventuele, tijdens het interview gemaakte notities, werden hieraan toegevoegd. Na afloop vond een member check plaats: participanten kregen de mogelijkheid het transcript terug te lezen en eventueel aanpassen of aan te vullen waar nodig. Het analyseren van de getranscribeerde interviews vond plaats volgens de systematiek van de thematische analyse.²¹ Transcripten werden achtereenvolgens gefragmenteerd, gecodeerd, gethematiseerd, gereviseerd en gestructureerd. In eerste instantie werden drie interviews afgenomen, getranscribeerd en gefragmenteerd. Deze fragmenten werden door de onderzoeker

en een peer reviewer (een medestudent master *Pelvic Physical Therapy*) onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Over het gebruik van de codes werd consensus bereikt. Het afnemen van een nieuw interview vond pas plaats wanneer de vorige interviews geanalyseerd waren. Middels iteratie werd gecontroleerd of ontdekte codes, subthema's en thema's en verbanden ook van toepassing waren op eerder afgenomen interviews.²¹ Bij het analyseren van de data werd Microsoft Excel gebruikt. Toen saturatie was bereikt en er geen nieuwe informatie naar voren kwam tijdens de interviews, is de dataverzameling gestopt.²²

Ethiek en privacy

Voorafgaand aan de interviews werd door alle participanten een informed-consent-formulier getekend. De bestanden met de getranscribeerde interviews werden versleuteld met een wachtwoord en bewaard op de harde schijf van een laptop. Op een externe harde schijf werden back-ups van de bestanden bewaard. Alle transcripten werden zo veel mogelijk gepseudonimiseerd en persoonsgegevens gecodeerd. Een bestand met persoonsgegevens behorende bij de codes, werd apart, op een tweede externe harde schijf bewaard. Alleen de onderzoeker weet de locatie van de harde schijven en heeft toegang tot de data. Alle data worden 10 jaar bewaard, hierna zal alles worden vernietigd.

Resultaten

In totaal werden in de periode van maart 2021 tot november 2021 10 interviews afgenomen. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 34 jaar (range 22-56). Vier participanten identificeerden zichzelf als (trans)vrouw, drie als (trans)man en drie als non-binair. Van hen hadden twee (trans)vrouwen, één (trans)man en één non-binair persoon ervaring met bekkenfysiotherapie. Drie participanten hadden geen ervaring met bekkenfysiotherapeutische zorg en twee participanten hadden ooit overwogen een afspraak te maken met een bekkenfysiotherapeut, maar waren uiteindelijk niet gegaan. Zeven participanten woonden in de stad, drie in een dorp. De demografische gegevens van de participanten zijn terug te vinden in tabel 2.

Uit analyse van de verzamelde data zijn vier thema's naar voren gekomen: 1) communicatie, 2) veiligheid, 3) hulp zoeken en 4) expertise therapeut.

Communicatie

Bijna alle participanten gaven aan een prettige interactie met de therapeut belangrijk te vinden tijdens een mogelijk behandeltraject. Een open houding van de therapeut, op het gemak gesteld worden en een respectvolle behandeling werden door de meerderheid van de participanten genoemd als voorwaarden voor een aangename interactie. Daarnaast vond een aantal participanten ook het inlevingsvermogen van de therapeut belangrijk tijdens de interactie.

Twee participanten hadden het contact met hun bekkenfysiotherapeut niet altijd als prettig ervaren. Onbegrip en ongemak over het trans zijn van de participanten leek hierbij in beide gevallen een rol te spelen. *Participant 1: "Ja, de therapeut voel-*

Tabel 2 Demografische gegevens participanten

Kenmerk	Aantal (N)	Gemiddelde
Participanten totaal	10	
Leeftijd	range 22-56	34
Ervaring bekkenfysiotherapie:		
• ja	5	
• afspraak overwogen	2	
• geen ervaring	3	
Genderidentiteit:		
• (trans)man	3	
• (trans)vrouw	4	
• non-binair	3	
Woonplaats:		
• stad	7	
• dorp	3	

de zich nogal ongemakkelijk, daardoor was het voor mij ook ongemakkelijk. Het voelde alsof ik haar gerust moest stellen."

Ook het taalgebruik rond gender en een eventuele transitie werd door bijna alle participanten genoemd als belangrijk aspect in de communicatie. Het grootste deel van de participanten had in meer of mindere mate ervaring met misgenderen, het aangesproken worden met de verkeerde gender, en vonden dit allemaal zeer vervelend. Een cliënt met de juiste gender aanspreken, zowel in persoon als op schrift, was dan ook volgens alle participanten belangrijk. Kreten als 'je bent goed gelukt', 'ben je al klaar?' of 'ben je ook omgebouwd?' werden genoemd als kwetsende, maar nog vaak gehoorde opmerkingen. Eén participant vertelde over het gesprek dat hij hierover had met zijn bekkenfysiotherapeut. *Participant 3: "Ja, dat was wel. Dat vroeg ze wel: 'ben je volledig omgebouwd?' Ja, toen zei ik: 'ja, ik ben geen IKEA-kast, die bouw je om, mensen bouw je niet om.' En toen zag ik haar ook echt wel kijken van oh. Ja, dat was echt niet oké. En dat gaf ze gelukkig daarna zelf ook aan."*

Ook met vragen rond een eventuele fysieke transitie is volgens de participanten enige voorzichtigheid geboden. Bijna alle participanten bij wie een fysieke transitie van toepassing was, gaven aan best antwoord te willen geven op vragen hierover, mits dit relevant zou kunnen zijn voor de behandeling en niet om de nieuwsgierigheid van de bekkenfysiotherapeut te bevredigen. Mocht een therapeut ook andere dingen willen weten, dan werd met name de manier waarop een vraag wordt gesteld belangrijk gevonden. *Participant 5: "Ja, maar ook de manier waarop je het zegt, weet je wel van: 'Goh weet je, ik heb eigenlijk helemaal niet zoveel ervaring, mag ik er iets*

meer over vragen?' Weet je wel, dan, dan is de insteek gewoon anders voor mijn gevoel dan dat je gewoon vraagt van: 'Goh, heb je al een piemel?'"

Het expliciet afstemmen van de communicatie en het taalgebruik door de therapeut werd door meerdere participanten genoemd om ongemakkelijke en vervelende situaties te voorkomen. Bijvoorbeeld welke woorden er gebruikt werden om de geslachtsorganen te benoemen. *Participant 5: "Ze deed wel echt haar best om dat woord ook te vermijden. En dat vond ik ook wel erg prettig."*

Veiligheid

Discriminatie was voor meerdere participanten een angst om mee te maken te krijgen. Zij waren bang niet geaccepteerd te worden wanneer zij zich bij een onbekende zorgverlener aan zouden melden of hadden angst anders behandeld te worden omdat ze transgender zijn. Eén participant was in het verleden een behandeling door een bekkenfysiotherapeut geweigerd vanwege haar transgender identiteit. *Participant 1: "Transgender personen willen helemaal niet anders behandeld worden dan dat een ander behandeld wil worden. Eigenlijk willen de meeste mensen, juist gewoon zo gewoon mogelijk behandeld worden."* Sociale veiligheid en gezien worden voor wie je bent, was voor een groot deel van de participanten van belang. Een goed gevoel hebben bij de behandelend therapeut speelde daar volgens hen onder andere een rol in. Participanten vonden het lastig aan te geven welke specifieke factoren maakten dat zij een goed gevoel bij een therapeut hadden en omschreven het als een onderbuikgevoel of een klik die er wel of niet is. Een bekkenfysiotherapeut die zich bewust is van diens eigen voor-

oordelen en probeert niet in hokjes te denken, helpt hier volgens een aantal participanten ook in mee. *Participant 8: “Dus dat je niet daar gelijk assumpties over maakt. Van oh je hebt dit lichaamsdeel dus dat betekent dat je dat op die manier gebruikt. En dat je dat moet willen ook.”*

Ook een inclusieve organisatie waarin bewust wordt omgegaan met diversiteit en rekening wordt gehouden met verschillende soorten mensen, werd door een aantal participanten genoemd. Eén participant gaf bijvoorbeeld aan het prettig te vinden als er genderneutrale toiletten zouden zijn. Bij de aanmelding zelf kunnen kiezen hoe je in het patiëntensysteem komt te staan, waarbij er meer opties zijn dan enkel meneer en mevrouw, werd ook meerdere keren genoemd.

Het waarborgen van de veiligheid rond en tijdens het inwendig (be)handelen door de bekkenfysiotherapeut werd door een groot deel van de participanten expliciet benoemd. De tijd nemen, duidelijk aangeven wat er gaat gebeuren en helpen om grenzen te bewaken, waren volgens hen belangrijk om een gevoel van veiligheid te creëren tijdens een inwendig onderzoek. Meer dan de helft van de participanten gaf aan vervelende seksuele ervaringen te hebben gehad in het verleden en bij een deel speelde dat ook mee in de angst voor een inwendig onderzoek. Daarnaast werd ook een negatieve associatie met de geslachtsdelen, als gevolg van genderdysforie, genoemd als extra belemmerende factor tijdens een inwendig onderzoek. *Participant 10: “En ik denk dat dat gewoon superbelangrijk is, dat zo’n professional dan zeg maar ook beseft dat die lichaamsdelen, tenminste voor mij zeg maar, en ik denk ook voor veel andere transmensen niet een neutrale zone is zeg maar. Dat is gewoon echt een negatief iets wat je gewoon echt nare emoties geeft. Dus dat je dat ook gewoon zo benadert. Niet gaan aanraken voordat je hebt gezegd van: ‘Ik ga dit nu aanraken. Mag ik dit nu aanraken?’”*

Participanten die een fysieke transitie hadden ondergaan, hadden na het afronden hun transitie veel minder moeite met het inwendig handelen dan daarvoor.

Hulp zoeken

Zonder uitzondering gaven participanten aan niet zomaar hulp te zoeken bij klachten binnen het bekkenfysiotherapeutisch behandeldomein. De meesten zeiden liever af te wachten of klachten vanzelf over zou gaan. Onder andere schaamte, angst voor het inwendig onderzoek, praten over intieme onderwerpen en negatieve ervaringen met hulpverleners in het verleden

werden als barrières genoemd voor het maken van een eerste afspraak. Ook onduidelijkheid over wat een behandeling precies in zou houden was voor meerdere participanten een reden om geen, of pas later, hulp te zoeken. Twee participanten hadden ooit klachten gehad die binnen het bekkenfysiotherapeutische behandeldomein vielen, maar vonden het maken van een afspraak uiteindelijk toch een te grote stap. *Participant 2: “En dan vond ik het ook gewoon een heel naar idee. Ik wist ook niet echt wat er dan ging gebeuren. Dus gaat iemand je aanraken of moet je, weet ik veel, je kleren uit doen en zo. En dan denk je ja, wat is er erger, het middel of de kwaal? En ja, daar liep ik een beetje op vast en dan heb ik dat dus uiteindelijk nooit gedaan.”*

Participanten noemden ook factoren die de drempel voor het maken van een eerste afspraak juist omlaag zouden brengen. Bijna alle participanten gaven aan via internet op zoek te gaan naar een geschikte therapeut of praktijk wanneer zij een afspraak wilden maken. Wanneer er op een website van een praktijk expliciete informatie over transzorg staat, zou een groot deel van de participanten eerder een afspraak durven maken. *Participant 10: “Dat zou ik wel echt heel fijn vinden als er ergens bij staat dat het LHBT-oriënterend is. En wat het dan precies inhoudt. Maar dat je gewoon op je website een stukje erover zou hebben, of een regenboogvlaggetje ofzo, dat zou ik wel echt heel fijn vinden.”*

Ook achtergrondinformatie van de therapeut zoals een stukje tekst of een foto en informatie over de inhoud van de behandeling zijn factoren die door bijna alle participanten werden genoemd om de drempel voor het maken van een afspraak te verlagen.

Expertise therapeut

Een klein aantal participanten gaf aan het belangrijk te vinden wat voor opleidingen een bekkenfysiotherapeut gevolgd had. Ook ervaring in het vak werd door een aantal participanten genoemd als iets wat ze prettig zouden vinden. Eén participant gaf aan juist liever iemand te hebben die net van de opleiding zou komen, omdat die mogelijk nog minder in protocollen denkt en volgens haar meer met een open blik naar de zaken zal kijken.

Of een therapeut ook ervaring heeft met het behandelen van transgender personen was voor bijna alle participanten van ondergeschikt belang aan het contact met de therapeut en de basishouding van deze. Slechts één participant gaf aan dat een bekkenfysiotherapeut met ervaring of scholing in de transgenderzorg echt een

pre zou zijn. Alle andere participanten vonden het vooral belangrijk dat iemand bereid was om nieuwe dingen te leren. En wanneer de communicatie en veiligheid goed zaten, hadden participanten ook het vertrouwen dat een therapeut die nieuwe kennis ook wel voor hen op wilde doen.

Participant 5: “En als iemand er geen ervaring mee heeft, je kan diegene wel die ervaring geven. En niet alleen voor jezelf, maar ook voor de ander.”

Sommige participanten merkten op dat er nog veel onwetendheid is onder zorgverleners over genderdiversiteit en gaven aan dat enige basiskennis hierover wel gewenst is. Dit maakt de situatie voor de behandelaar volgens een participant mogelijk ook minder ongemakkelijk. Een aantal participanten noemde het onderwerp als lesstof laten opnemen in het curriculum van de opleiding bekkenfysiotherapie en andere (para)medische opleidingen als oplossing voor dit probleem.

Tijdens de interviews en data-analyse werd duidelijk dat de thema's zoals hierboven beschreven niet geheel los van elkaar kunnen worden gezien. Verschillende thema's en subthema's lijken elkaar te beïnvloeden. Dit werd ook door participanten zo beschreven. Figuur 1 toont de hoofd- en subthema's op schematische wijze, inclusief de relaties tussen de verschillende thema's en hoe deze elkaar mogelijk beïnvloeden.

Discussie

Deze studie is erop gericht om inzicht te krijgen in de behoeften en ervaringen van transgender personen in de bekkenfysiotherapeutische zorg. De behoeften en ervaringen kunnen worden beschreven in vier thema's: communicatie, veiligheid, hulp zoeken en expertise van de therapeut.

Transgender personen geven aan de interactie met een bekkenfysiotherapeut belangrijk te vinden. Deze bevindingen worden onderschreven door andere studies, waaruit blijkt dat de relatie met een hulpverlener voor een groot deel bepalend is voor hoe de zorg wordt ervaren.^{23,24} Ook het specifieke taalgebruik en vragen rond trans-zijn en een eventuele fysieke transitie zijn volgens participanten van belang. Dat het gewenste taalgebruik nog niet altijd vanzelfsprekend is, blijkt uit de aankondiging voor een symposium over transgenderzorg voor bekkenfysiotherapeuten getiteld 'Bekkenbodempzorg bij transgenders'. Het woord 'transgenders' wordt door veel personen als dehumaniserend ervaren; zij geven de voorkeur aan transgender personen. Ook een beschrij-

ving als ‘geslachtsaanpassende operatieve ingrepen’ had misschien beter als ‘geslachtsbevestigende operatieve ingrepen’ worden beschreven. Het zijn woordkeuzes die misschien erg op elkaar lijken, maar voor sommige transgender personen een groot verschil kunnen maken.²⁵ Veiligheid is voor alle participanten een belangrijk thema. Hierbij worden zowel het creëren van een veilige setting rond het inwendig (be)handelen van de bekkenfysiotherapeut als de veiligheid om volledig jezelf te kunnen zijn genoemd. De beroepsgroep erkent dat een gevoel van veiligheid van belang is voor het opbouwen van een effectieve behandelrelatie met de patiënt. In het beroepsprofiel van de bekkenfysiotherapeut staat hierover het volgende: “De bekkenfysiotherapeut heeft gedurende het hele hulpverleningsproces een verstandhouding met de patiënt die zich kenmerkt door respect, empathie, ontvankelijkheid, vertrouwelijkheid en het gevoel van veiligheid.”²⁶ Het feit dat een groot deel van de transgender personen een verleden heeft met seksueel geweld is een reden om hier nog extra zorgvuldig mee om te gaan.^{8,9,27} Een opvallend verschil is dat door de participanten van dit onderzoek ook de sociale veiligheid, die door hen wordt om-

schreven als het gevoel volledig zichzelf te kunnen zijn zonder veroordeeld te worden, expliciet en veelvuldig wordt benoemd, terwijl dit in andere studies niet naar voren komt. Mogelijk dat dit een aspect is waar de specifieke behoefte van transgender personen anders ligt dan in de gemiddelde populatie. Wanneer gekeken wordt naar de expertise van de therapeut valt op dat bijna alle participanten specifieke ervaring met transgender personen ondergeschikt vinden aan de relatie die zij met de therapeut hebben. Voor bekkenfysiotherapeuten is dit relevante informatie. Het betekent dat gebrek aan ervaring en specifieke kennis voor hen geen reden hoeft te zijn om terughoudend te zijn in het behandelen van transgender personen. Wel geven participanten aan dat zij merken dat er in het algemeen onder zorgverleners, en ook onder bekkenfysiotherapeuten, nog veel onwetendheid is over genderdiversiteit. Onderzoek ondersteunt deze uitspraken: bijna 80% van de geneeskunde studenten in Londen geeft aan nooit onderwijs te hebben gekregen over genderdiversiteit en transgenderzorg.^{28,29} Ook in de masteropleiding bekkenfysiotherapie wordt momenteel nog geen aandacht besteed aan genderdiversiteit en hoe hiermee om te

gaan. Uit onderzoek blijkt echter dat wanneer transgenderzorg wordt opgenomen in het curriculum van een opleiding, hulpverleners zich ook meer bekwaam voelen transpersonen te behandelen en dit ook eerder zullen doen.³⁰ Het opnemen van het thema genderdiversiteit in de opleiding bekkenfysiotherapie zou daarmee mogelijk kunnen helpen om de kwaliteit van de bekkenfysiotherapeutische zorg voor transpersonen te verbeteren. Onderwerpen die in de literatuur worden gesuggereerd om tijdens onderwijs aan bod te laten komen zijn: basis-kennis over wat transgender-zijn betekent en welke problemen deze mensen ondervinden binnen de gezondheidszorg, les over taal en het gebruik van de juiste voornaamwoorden in contact met transpersonen, rollenspellen om de juiste interactie te oefenen en gastcolleges door een ervaringsdeskundige.²⁸ Zonder uitzondering geven participanten van de studie aan een drempel te ervaren om hulp te zoeken wanneer bekkenfysiotherapie geïndiceerd zou zijn. Dit komt overeen met eerdere studies, waaruit blijkt dat een groot deel van de transgender personen later hulp zoekt bij medische problemen dan de gemiddelde populatie.^{14,15} Barrières die door participan-



Figuur 1 Schematische weergave relaties tussen thema's en subthema's.

ten genoemd worden voor het zoeken van bekkenfysiotherapeutische hulp, zoals schaamte, het praten over intieme onderwerpen en opzien tegen een inwendig onderzoek worden ook in andere studies omschreven en lijken daarmee juist vergelijkbaar met de algemene populatie.^{16,17}

Een opvallend verschil is echter dat in de huidige studie ook het gebrek aan duidelijkheid over een eventuele behandeling sterk naar voren komt als barrière om hulp te zoeken. Bekkenfysiotherapeuten zouden deze uitkomsten kunnen gebruiken om bijvoorbeeld de informatie op hun website of foldermateriaal aan te passen en daarmee de drempel voor transpersonen om hulp te zoeken, te verlagen. Ook de behoefte van participanten aan achtergrondinformatie over de bekkenfysiotherapeut is iets waar makkelijk op kan worden ingespeeld.

Wat opvalt wanneer naar de gevonden thema's in de studie wordt gekeken is dat er één woord als een rode draad doorheen lijkt te lopen: inclusiviteit. De Van Dale omschrijft dit als volgt: 'alles en iedereen omvattend, niemand uitsluitend: een inclusieve samenleving waarin iedereen wordt gerespecteerd'.³¹ Bovendien lijken de verschillende thema's elkaar te beïnvloeden (zie figuur 1). Hierbij valt op dat het subthema 'kennis genderdiversiteit therapeut' hierin een spin in het web lijkt

te vormen. Zoals eerder genoemd zal een therapeut die meer kennis heeft over genderdiversiteit allicht eerder diens taalgebruik aanpassen of aanpassingen voorstellen om de eigen organisatie meer inclusief te maken. Dit betekent voor de transgender patiënt uiteindelijk een lagere drempel om hulp te zoeken en een betere zorgervaring. Bekkenfysiotherapeuten zelf kunnen hun best doen om met zo min mogelijk vooroordelen een behandeltraject in te gaan en aannames als 'een zwangere is altijd een vrouw' of 'een man heeft een penis' proberen los te laten.

Voor zo ver bekend is dit de eerste studie naar de behoeften en ervaringen van transgender personen in de bekkenfysiotherapeutische zorg. Door het inzetten van een stuurgroep is geprobeerd de kwaliteit van het onderzoek zo goed mogelijk waarborgen. Ook de diverse participantengroep is een kwaliteit van de studie. Met slechts tien participanten is dit echter een kleine studie. Om gedegener uitspraken te kunnen doen, zijn meer participanten noodzakelijk. Ook het feit dat de interviews zijn afgenomen door een onderzoeker zonder ervaring zou ervoor kunnen zorgen dat de antwoorden van participanten minder diepgaand zijn dan wanneer dit door een ervaren onderzoeker was gedaan. Vervolgonderzoek waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen bi-

naire en non-binaire transpersonen en mensen mét en zonder wens voor een fysieke transitie zou nog meer inzicht kunnen geven in de meer specifieke wensen van deze groepen. Voor te stellen is dat de behoeften voorafgaand aan een fysieke transitie anders zijn dan daarna. Ook kan het interessant zijn de percepties van bekkenfysiotherapeuten over (de zorg aan) transgender personen verder in kaart te brengen. Uiteindelijk kan dan worden nagegaan hoe de zorg voor transgender personen kan worden geïmplementeerd in de opleiding bekkenfysiotherapie.

Conclusie

Transgender personen hebben behoefte aan een prettige communicatie met de therapeut en een veilig behandelklimaat. De drempel om bekkenfysiotherapeutische hulp te zoeken, is hoog. Een inclusieve grondhouding van de bekkenfysiotherapeut en organisatie kan helpen om deze drempel te verlagen en de ervaren zorg te verbeteren. Genderdiversiteit opnemen binnen het curriculum van de opleiding bekkenfysiotherapie kan hier een bijdrage aan leveren.

 De literatuurverwijzingen staan op www.nvfb.nl

Rectificatie

Betreft: Critically Appraised Topic 'De meetfout van de Incontinence Impact Questionnaire-7 bij een 63-jarige, postmenopauzale vrouw met stress urine-incontinentie' van Froukje Jansen-Takken. Bulletin. 2021(2):18-9.

Helaas is bij deze Critically Appraised Topic een niet-relevante toelichting opgenomen. Dit is de juiste toelichting.

Wat is een Critically Topic (CAT)?

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

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. Er wordt een klinische vraag (bijvoorbeeld PICO) opgesteld, zodat via gestructureerd zoeken in elektronische databases (bijvoorbeeld 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 klinische probleem. Zijn de resultaten betrouwbaar en valide of is er sprake van een te positieve uitkomst voor de patiënt van de CAT?

Deze CAT betreft een klinimetrische dilemma bij een 63-jarige patiënte met stress urine-incontinentie.

De ICS Podcast



De podcast van de *International Continence Society* heeft als doel professionals in het werkveld te voorzien van de meest recente wetenschappelijke en klinische

inzichten. Op het moment van schrijven van deze bespreking (maart 2022) zijn er in totaal 11 afleveringen te beluisteren, die gemaakt zijn door verschillende gastvrouwen en diverse gasten met expertise over het onderwerp van die aflevering. Omdat maart de endometriose-awareness maand is, heb ik voor deze podcastbespreking geluisterd naar aflevering 9: *'Endometriosis and the role of pelvic floor physiotherapy'*. De gastvrouw van deze aflevering is Lori Forner en de gastsprekers zijn Helena Frawley en Jane Chalmers. Helena Frawley is associate professor bij de *Melbourne School of Health Sciences aan de Universiteit van Melbourne* en heeft een lange carrière in women's health als clinicus, opleider en onderzoeker. Daarnaast is ze actief geweest binnen de ICS. Momenteel leidt ze een onderzoek naar endometriose en bekkenbodempijn door gynaecologen en wetenschappers van het Royal Women's Hospital and Mercy Hospital for women in Melbourne.

Jane Chalmers is docent pijnwetenschappen en onderzoeker aan de University of South Australia en is van huis uit fysiotherapeut. Ze is gepassioneerd onderzoeker van chronische bekkenpijn en richt zich zowel op het onderzoek van deze klacht als op de behandeling ervan. Haar belangstelling gaat vooral uit naar de rol van educatie en beweging binnen de fysiotherapeutische behandeling van bekkenpijn.

Het gesprek begint met de vraag hoe bekkenfysiotherapie een rol kan spelen bij het helpen en behandelen van vrouwen met (bekken)pijnklachten bij endometriose. Helena en Jane geven beide aan dat we momenteel nog weinig specifieke evidentie hebben voor de behandeling van patiënten met endometrioseklachten. Veel van wat we doen hebben we 'geleend' van onderzoeksresultaten van andere chronische bekkenpijnproblemen of chronische musculoskeletale pijnklachten. Het is een tijd waarin veel onderzoek naar fysiotherapeutische behandeling bij endometrioseklachten gedaan wordt, maar ook nog gedaan moet worden. De komende jaren zullen dan ook meer data beschikbaar komen waarop de evidentie kan worden gebaseerd.

Lori Forner vraagt vervolgens of er een rol is voor hands-on behandeling en educatie bij endometrioseklachten. Helena en Jane geven aan dat wat fysiotherapeuten doen qua behandeling, afhangt van hun scholing, interesses, voorkeuren en de setting waarin ze werkzaam zijn. In Australië wordt steeds meer een holistische biopsychosociale benadering de norm en wat vooral zo belangrijk is, is dat patiënten de kans krijgen om hun verhaal te vertellen en erkenning krijgen, want vaak heeft het lang aan een diagnose ontbroken en werden ze niet gehoord of konden ze wel vertellen over hun klachten, maar werd er vervolgens niets mee gedaan. Het kunnen vertellen over hun klachten en gehoord worden komt de therapeutische relatie ten goede en dit heeft weer een positief effect op alle andere behandelmodaliteiten die je als fysiotherapeut kan toepassen.

De rol van bekkenfysiotherapie komt geleidelijk aan meer naar voren. Gelukkig zijn er de laatste jaren steeds meer evidentie en onderzoeksresultaten over endometriose. Alleen zijn er op het gebied van (bekken)fysiotherapeutische behandeling nog niet veel randomized controlled trials (RCT's) gedaan en zijn er nog veel

onbeantwoorde vragen. De implementatie van evidence in de praktijk is nog zeer beperkt en zeer contextspecifiek. Endometriose is een van de chronische bekkenpijn syndromen; er is veel diversiteit in de literatuur van verschillende disciplines, wat het moeilijk maakt om de juiste informatie te extraheren, die relevant is voor deze populatie.

Voordat het gesprek verdergaat over de rol van fysiotherapie bij endometrioseklachten, wordt er eerst aandacht gegeven aan de term 'centrale sensitiviteit', de complexiteit ervan en het advies om terughoudend te zijn met het labelen van een patiënt met centrale sensitiviteit aan de hand van de uitkomst van de *Central Sensitization Inventory (CSI)*. Geadviseerd wordt om andere benamingen te gebruiken, zoals 'centrale sensitiviteit' of 'tekenen van sensitiviteit', omdat uit onderzoek is gebleken dat de CSI het construct 'centrale sensitiviteit' niet goed in kaart brengt.

Een belangrijke rol van de fysiotherapeut bij endometrioseklachten is het begeleiden van vrouwen bij het terugkeren naar de gewenste fysieke activiteiten en deze vrouwen aanleren hoe ze het beste kunnen trainen en oefenen mét hun pijnklachten en ze leren wat ze kunnen doen wanneer ze een opvlamming of terugval hebben. Welke training hiervoor het meest geschikt is, verschilt per persoon. Ook hierover is nog weinig evidentie. Er zijn wel twee systematische reviews over het effect van training op dysmenorroe en endometrioseklachten, maar die komen tot tegenovergestelde uitkomsten. Dit komt doordat er vele vormen van training zijn en de twee reviews naar andere vormen van training gekeken hebben.

Helena Frawley bespreekt daarna dat er bij endometriosepatiënten vaak sprake is van comorbiditeit in het bekkengebied en dat er bij hen sprake kan zijn van bekkenbodempijn, maar er zijn bij deze doelgroep geen RCT's uitgevoerd naar therapie die is gericht op de bekkenbodempijn. Wel naar therapie bij chronische bekkenpijn.

Jane Chalmers geeft aan dat ook de rol van pijneducatie bij endometriosepatiënten verder onderzocht moet worden. Er is beperkt evidentie over de rol van pijneducatie bij andere chronische pijnproblemen.

Beide dames adviseren om geen algemene adviezen te geven, maar om een benadering te kiezen waarbij de patiënt centraal staat, om gedegen onderzoek te doen naar de specifieke situatie van de patiënt en naar individuele factoren. Zij adviseren ook om het effect van de behandeling goed te monitoren en vooral te doen wat goed gaat. Dingen die niet goed gaan, kan je beter gewoon weglaten.

Bij andere disciplines is het beeld van wat de (bekken)fysiotherapeut kan doen voor vrouwen met endometriose beperkt. Op dat vlak ligt er dus nog een uitdaging en een kans ten aanzien van de informatievoorziening.

Momenteel is er in Australië en ook daarbuiten veel onderzoek gaande naar bekkenfysiotherapie bij endometriose. Hopelijk kan uit al die onderzoeken meer evidence based kennis gedestilleerd worden voor de bekkenfysiotherapeutische behandeling bij vrouwen met endometrioseklachten en kan er zo tot betere behandeluitkomsten gekomen worden.

Ik vond het een leerzame podcast met veel informatie en stof tot nadenken en motiverend voor het beluisteren van andere afleveringen van de ICS Podcast, die te vinden is op www.ics.org/podcast en op Spotify.

Esther Reijers MSc

Redactie NVFB Bulletin

Het belang van zorgvuldig handelen en juist noteren in het EPD

Dit artikel is geschreven om bekkenfysiotherapeuten die gespecialiseerde zorg aan kinderen met zindelijkheidsklachten leveren, extra bewust te maken van hun eigen kwetsbaarheid en uiteraard ook de kwetsbaarheid van het kind. Het is geschreven naar aanleiding van een klacht van de ouders van een meisje, destijds vier jaar oud, dat behandeld werd door een collega-bekkenfysiotherapeut met de specialisatie 'zindelijkheid bij kinderen'.

Historie

De ouders van het meisje consulteerden de collega, op verwijzing van de huisarts, in verband met het niet goed kunnen ophouden van urine en frequente mictie. Bij de intake werd niet alleen naar de mictie, maar ook naar de defecatie en de vochtintake gekeken en bestond het vermoeden van obstipatie als (mede)oorzaak van het urineverlies en de frequente mictie. In het EPD staan het onderzoek en de behandeling uitgebreid beschreven. Ook van elk consult is een uitgebreide beschrijving opgenomen, zo ook van de diverse keren dat het meisje is onderzocht. Hierbij werd in het dossier bij de diverse behandelingen het volgende vermeld: *RT volle ampulla recti... bij RT: wel mooie lege ampulla recti nu ... Bij RT: sfincter ani wel erg sterk... RT gedaan: geen anale vulling dus ampulla is vandaag mooi leeg.*

Het onderzoek gebeurde volgens moeder onder een handdoekje, waarbij de therapeut met haar rug naar moeder toe stond. Moeder kon zich niet herinneren dat zij voorlichting had gehad over het inwendig onderzoek en dat haar daarvoor om toestemming was gevraagd. Er zijn zes behandelingen gegeven.

Beloop

Omdat ondanks de behandeling de klachten persisteerden, is het meisje na het advies van de behandelaar aan de huisarts, doorverwezen naar een gespecialiseerde poli en is zij vervolgens door diverse andere collega's behandeld. Daar werd moeder tijdens de diverse onderzoeken en behandelingen vooraf geïnformeerd over de zorgvuldigheid die bij jonge kinderen met betrekking tot inwendig onderzoek in acht wordt genomen. Dit zette moeder aan het denken. Moeder had met terugwerkende kracht vraagtekens bij de wijze waarop er destijds onderzoek bij haar dochter was verricht en heeft bij de NVFB inlichtingen ingewonnen hoe zij haar vraag/klacht aanhangig kon maken.



Daarop is zij door de NVFB geïnformeerd over de te volgen procedure bij klachten.

Klacht

Na het opvragen van het dossier en een gesprek met de betrokken bekkenfysiotherapeut, dat niet geheel volgens de regels verliep, hebben de ouders toch besloten een klacht in te dienen, mede omdat volgens hen het gesprek niet prettig verliep en er voor het gesprek tevens een consult in rekening werd gebracht. De klacht werd in verschillende onderdelen geformuleerd, waarbij de klacht met betrekking tot het vermeend inwendig onderzoek de voornaamste was.

Beoordeling

De beklagde heeft consistent volgehouden dat zij met RT een reflextest bedoelde. Op de vraag hoe zij dan de vulling van de ampulla recti kon beoordelen, gaf zij aan dat zij dit kon door naar de anus te kijken en de buik te voelen. In nationale en internationale literatuur wordt met de afkorting RT 'rectaal toucher' bedoeld.

Het college oordeelt dat het niet kan vaststellen dat de bekkenfysiotherapeut een inwendig onderzoek heeft verricht. Het vakje in het dossier voor 'toestemming inwendig onderzoek' was aangevinkt. Wel deed het college de aanbeveling, teneinde deze misverstanden te voorkomen, om geen afkortingen in een dossier te vermelden.

den. De klacht van de ouders is ongegrond verklaard. Wel is aangegeven dat het versturen van een nota in deze situatie niet geoorloofd is.

Nabespreking

Realiseer je als behandelend bekkenfysiotherapeut dat de voorwaarden voor het inwendig onderzoek bij kinderen in het 'Addendum Gespecialiseerde fysiotherapie beroepsprofiel NVFB en NVFK' expliciet beschreven staan. Ik citeer: "Wanneer een inwendig onderzoek nodig wordt geacht, wordt dit onderzoek **uitsluitend** uitgevoerd door een geregistreerde bekkenfysiotherapeut. Indicatie voor een inwendig onderzoek is een sterk vermoeden van een bekkenbodemspierdisfunctie bij een kind dat onvoldoende reageert op de eerder uitgevoerde behandeling. Het inwendig onderzoek moet beperkt worden toegepast en past niet in een standaard onderzoek bij aanvang van de behandeling en slechts vanaf de leeftijd van zes jaar. Bij afwijking van dit advies is overleg en toestemming van de verwijzer gewenst."¹, pag. 5 Zie voor een uitgebreide beschrijving daarvan pagina 6 t/m 9 van het addendum.

In het huidige tijdperk staat voorlichting aan de patiënt hoog in het vaandel, naast "Samen Beslissen". In dit kader zijn de ouders verantwoordelijk voor hun dochter. Ook is het streven de patient journey zo kort mogelijk te houden: dit meisje heeft zes behandelingen gehad alvorens ze bij een gespecialiseerde poli terecht kwam.

Wellicht is dit een mooie casus om de discussie met elkaar aan te gaan over dit onderwerp. Ik houd mij aanbevolen voor reacties, teneinde de bekkenfysiotherapeutische zorg aan mensen van alle leeftijden zo goed mogelijk uit te voeren.

Bron

1. Addendum Gespecialiseerde fysiotherapie beroepsprofiel NVFB en NVFK. Amersfoort: NVFB/NVFK; 2017.

Bernadette J.M. Berendes-van Dijk
MSPT

Bestuur NVFB

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 Henk Mein, 67 jaar, en sinds 2008 ben ik werkzaam als geregistreerd bekkenfysiotherapeut. In 1994 ben ik in deze tak van sport begonnen met een tweedaagse cursus in het Martini Ziekenhuis in Groningen en een paar jaar later heb ik met een collega de modulaire cursus gevolgd in Breda, wat resulteerde in het diploma bekkenfysiotherapeut. Met dat diploma op zak heb ik vijf jaar als zwangerschapsdocent gewerkt bij toenmalig Thuiszorg Groningen. In 2005 werd het register opengesteld en in 2008 heb ik mijn registratie gehaald. In die hoedanigheid ben ik een jaar docent geweest aan de Hanze Hogeschool Groningen, waar ik twee keer een minor bekkenfysiotherapie heb gegeven en in dezelfde periode heb ik in de provincie Groningen een aantal lezingen gehouden voor ‘Vrouwen van Nu’. Vanaf 1994 gebruik ik de (toenemende) verworven kennis en vaardigheden in mijn eigen praktijk.”

Waar werk je op dit moment?

“Ik werk nog steeds in mijn eigen praktijk in Slochteren en Harkstede en sinds 2018 ook als zzp’er bij het Medisch Centrum Zuid (MCZ) in Groningen, zowel op de locatie Rokade als op de locatie Haren. Als zzp’er heb ik ook nog een aantal jaren gewerkt bij PrengerHoekman in Winschoten. In 2019 heb ik in die hoedanigheid een zwangerschapswaarneming gedaan bij praktijk De Vuursteen in Groningen.”

In wat voor setting werk je?

“Mijn eigen praktijk heeft vier collega’s en is gevestigd in een gezondheidscentrum in Slochteren waar ik ook mede-eigenaar van

ben. Dit geeft hele korte lijnen met de verwijzende huisartsen. Bij het MCZ werk ik met een collega-bekkenfysiotherapeut en een collega in opleiding, die deze zomer hoopt af te studeren. Dan heb je korte lijnen voor intercollegiaal overleg en om even snel te sparren.”

Wat maakt jouw praktijk/behandelingen speciaal?

“Als mannelijk bekkenfysiotherapeut heb je pluspunten bij mannelijke patiënten. Denk hierbij zowel aan de psychische, als de lichamelijke (h)erkenning van het man-zijn. Om een voorbeeld te noemen: als mannen zitten op een toilet, doen ze dit makkelijker dan vrouwen over het algemeen. Daarnaast is mijn leeftijd een pluspunt, je hebt levenservaring, maar ik heb ook 45 jaar werkervaring. De vijf jaren dat ik zwangerschapsdocent was, maken mij weliswaar geen ervaringsdeskundige, maar het helpt zeker bij het geven van instructies en informatie aan zwangeren en vrouwen met pre- en postnatale klachten. Ik krijg vaak als feedback dat ik helder en rustig uitleg en ik probeer altijd de patiënt achter de klacht te leren kennen, zo breed mogelijk.”

Welke opleiding/cursus vind jij dat iedere bekkenfysiotherapeut zou ‘moeten’ doen?

“De stuitopleiding van Sytske Lohof of van Profundum.”

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

“De verhalen uit de praktijk lees ik altijd. Wat meer mag is aandacht voor de klachten bij mannen, met name mannen met LUTS.”

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

“De correlatie tussen een hypertone bekkenbodem en de verschillende beroepen.”

Heb je tips voor de NVFB ter ondersteuning van de uitoefening van ons vak?

“Zo veel mogelijk partijen benaderen om de essentie van bekkenfysiotherapie te benadrukken. Mijn ervaring is dat huisartsen bijvoorbeeld weinig of niets vragen over seksualiteit aan de patiënten. Verder zou de NVFB meer kunnen gaan stimuleren dat mannen de opleiding tot bekkenfysiotherapeut volgen, maar ook elke bekkenfysiotherapeut zou haar of zijn mannelijke collega’s fysiotherapie kunnen stimuleren om zich te specialiseren in bekkenfysiotherapie.”



Wie ben je?

“Ik ben Jacqueline de Blik. Ik kom uit Zeeuws-Vlaanderen en ik ben nu 14 jaar geregistreerd bekkenfysiotherapeut.”

Waar werk je?

“Ik heb altijd in een eerstelijnspraktijk gewerkt. Momenteel ben ik werkzaam in twee praktijken met locaties in Vlissingen en Goes.”

In wat voor setting werk je?

“In beide praktijken werk ik met meerdere disciplines samen, zoals manueeltherapie, oedeemfysiotherapie en oncologiefysiotherapie. Het mooie hiervan is dat je patiënten met uitgebreide klachten samen kunt zien. We merken dat patiënten het zelf ook waarderen als je de expertise van je collega raadpleegt. Het is mooi om te zien dat de lijntjes naar de tweede lijn ook steeds korter worden en we elkaar steeds makkelijker vinden. Zo werk ik samen met het ZorgSaam Ziekenhuis De Honte in Terneuzen en het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Goes.”

Wat maakt jouw praktijk/behandelingen speciaal?

“Het leuke in ons vak vind ik dat je samen met de patiënt kunt puzzelen aan een optimaal resultaat. Eerst goed in kaart brengen op welke gebieden mensen problemen ondervinden en dan op zoek gaan naar de verbanden en wat we gaan doen om iemand weer zo goed mogelijk te laten functioneren. Ik houd ervan om dingen uit te leggen, zodat de patiënt snapt waarom ze bepaalde

adviezen krijgt en wat het doel is van de oefeningen. Het mooiste compliment dat ik gekregen heb in de afgelopen jaren is: ‘Ik voelde me veilig en gezien, waardoor ik over alles durfde te praten.’”

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

“Dyspareunie bij jonge vrouwen. Het zou fijn zijn als er een richtlijn dyspareunie komt. De drempel om naar ons toe te komen is hoog en de drempel om naar een seksuoloog te gaan helemaal.”

Welke opleiding/cursus vind jij dat iedere bekkenfysiotherapeut zou ‘moeten’ doen?

“Er is niet een speciale cursus die ik zou aanraden, maar wel adviseer ik iedereen om de congressen te bezoeken. Ze zijn inspirerend en ons vak is zo breed en raakt aan zoveel andere vakgebieden. Speciaal de congressen van de NVFB vind ik verrassend en goed. Door de congressen blijf je breed kijken en kom je onderwerpen tegen die je vanzelf weer aanwijzingen geven voor het volgen een nieuwe cursus. Zo ben ik me meer voor transgenders gaan interesseren.”

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

Ik ben een nieuwsgierig mens en zie behandelingen graag wetenschappelijk onderbouwd. Dat soort artikelen lees ik dan ook altijd graag in ons blad. Wat ik mis? Ik zou het op dit moment niet weten.

Heb je tips voor de NVFB ter ondersteuning van de uitoefening van ons vak?

“Hoewel ons vak al veel bekender is dan 20 jaar geleden hoop ik dat ervanuit onze beroepsvereniging gewerkt blijft worden aan bekendheid van ons vak, zeker bij huisartsen kan dit nog beter denk ik. Daarom ben ik ook zo blij met het Postpartum Consult.”

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

Je moet er maar opkomen



Het Bekkenbodembboek, alles wat je als vrouw over je bekkenbodemb wilt weten, geschreven door Hedwig Neels, PhD kinesietherapeut werkzaam aan de Universiteit van Antwerpen en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Uitgeverij Lannoo nv; 2021. Het telt 175 bladzijden. ISBN 978 94 01477 574. Prijs € 21,99.

Kijk op www.thepelvicfloor.be hoe er gewerkt wordt naar de *raising awareness* van de bekkenbodemb.

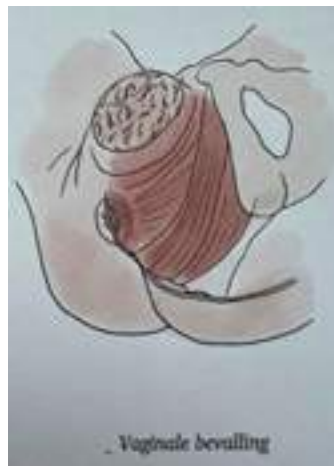
Het Vlaams geschreven boek bevat 68 sfeerpalende kleurenfoto's, tien zwart-witfoto's, twee oefenschema's en 13 eenvoudige anatomische tekeningen van de bekkenbodembspieren, het geboortekanaal, de epi, perineummassage en de anorectale hoek. Het boek ademt de sfeer van een tijdschrift over gezondheid. Door het boek heen zijn ervaringen van vrouwen opgetekend en inspirerende uitspraken, zoals *'I'm interested in women's health because I'm a woman. I'd be a darn fool not to be on my own side'* (Maya Angelou).

In het voorwoord benadrukt de auteur dat ze **elke** vrouw wil bereiken, omdat het nooit te laat is om je bekkenbodembgezondheid een boost te geven. In de Introductie werpt Neels de vraag op of de industrie van incontinentieverbanden ons beeld van wat normaal is vertekent. De ultieme doelstelling van haar boek is om vrouwen zelfbewust te maken met goede en eerlijke inzichten. Maar het lijkt wel ingebakken in onze cultuur dat we de eventuele moeilijkheden na een bevalling verzwijgen of verbloemen. Als ik deze review schrijf, zit ik te wachten bij de dealer tot mijn auto zijn beurt heeft gehad. Met mijn laptop op tafel en het boek open op een pagina met een mooie plaat van de vulva. Ik voel iets van ongemak, maar gelukkig geen schaamte.

De anatomie van de oppervlakkige en diepe laag van de bekkenbodemb wordt niet bepaald kinderachtig beschreven; handig om zo gedetailleerd onze patiënten voor te kunnen lichten. Hoofdstuk twee gaat over de symptomen van bekkenbodembproblemen. Een heel geschikt boek voor onze patiënten om naast de uitleg die wij geven nog eens alles rustig terug te kunnen lezen.

Met de vraag 'Wat kun je doen aan bekkenbodembproblemen?' begint hoofdstuk 3. Alle bekende onderzoeks- en behandelmogelijkheden van zowel de bekkenfysiotherapeut als de medisch specialisten passeren de revu. In het volgende hoofdstuk wordt de bekkenbodemb tijdens een zwangerschap en bevalling belicht. Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat sterk getrainde bekkenbodembspieren de bevalling niet moeilijker maken als de vrouwen ook goed kunnen loslaten en ontspannen. Het spierweefsel, het bindweefsel, het zenuwweefsel en de bloedvaten van de bekkenbodemb rekken tijdens een vaginale bevalling tot wel 245 procent uit. Het voordeel van een bevalling in zijligging, waardoor het stuitje wat meer kan bewegen, wordt genoemd. En dat er licht positief wetenschappelijk bewijs is voor perineummassage om de bevalling wat makkelijker te maken.

Hoofdstuk 5 gaat over de bekkenbodemb na de bevalling. Het begint met een heldere uitleg over de levator-ani-avulsies en levator ani hiatale overrekking. Meerdere keren per dag 10 minu-



ten ijs leggen tegen je bekkenbodemb kan goed doen en zwelling verminderen, evenals compressie geven door je bekkenbodembspieren aan te spannen terwijl je gaat zitten. Uit het wetenschappelijk onderzoek van de auteur blijkt dat bekkenbodemb oefeningen onmiddellijk na de bevalling geen nieuwe pijn zullen uitlokken of de pijn verergeren. Dit staat nog niet in onze folder 'Tijdelijk voor herstel van het bekken en de bekkenbodemb na de bevalling'. Veelvuldig wordt verwezen naar een bekkenfysiotherapeut. Wat ik mis is de Nederlandse verwijzing naar www.nvfb.nl en www.bekkenfysiotherapie.nl. Dan volgt uitleg over de diastase en het belang van sporten tijdens de zwangerschap: het vermindert de kans op vroeggeboorte, de kans op een diastase, de kans op hoge bloeddruk en 24 procent minder kans op een bevalling met een vacuümpomp.

In hoofdstuk 6 beschrijft Neels hoe een gezonde bekkenbodemb in het dagelijks leven functioneert. Er worden tips gegeven over toilethoudingen en het leren ophouden van de aandrang voor mictie; daarnaast beschrijft Neels bekkenbodemb oefeningen. De meerwaarde van gewichten en kegeltjes met een oefenschema is nog niet aangetoond vergeleken met alleen een oefenschema en ook voor de eigen feedbacktoestellen is nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs. Neels beschrijft niet dat de meerwaarde van de biofeedback-apparatuur van de bekkenfysiotherapeut wél wetenschappelijk is aangetoond.

Hoofdstuk 7 gaat over hoe je omgaat met een hogere druk in de buik en ook bespreekt Neels de vraag hoe je overgaat naar een zwaarder sportniveau. Veel vrouwen merken hun bekkenbodembproblemen net wat beter op doordat ze sporten. Dat is lastig en het klopt, maar het is niet zo dat sporten daarom gevaarlijk is. Ook nu weer geeft Neels diverse tips, zoals: probeer eens te hoesten of te niezen met je romp opwaarts, alsof je naar de lucht niest/hoest. De boodschap aan alle women's health professionals is duidelijk: probeer het taboe te doorbreken en bekkenbodembproblemen in de sport bespreekbaar te maken.

Dan hoofdstuk 8, over hoe overgang, menopauze en veroudering ook invloed hebben op je bekkenbodemb. Het bevat een korte uitleg over de invloed van hormonen op spieren, bezenuwing, darmwerking, vaginaal slijmvlies, aanmaak van collageen, en dus het belang om je bekkenbodemb oefeningen te doen.

Het slotwoord gaat over 'The Pelvic Floor', een project met ijzersterke doelstellingen; taboes doorbreken, bekkenbodembproblemen bespreekbaar maken en kennis delen, gericht op het empoweren van vrouwen in hun eigen bekkenbodembgezondheid! De uitspraak van Michelle Obama: "Woman in particular need to keep an eye on their physical and mental health. We need to do a better job of putting ourselves higher on our 'to do' list" laat zien hoe belangrijk dit boek is voor vrouwen die alles willen weten over hun bekkenbodemb.

Andrea Eggen MSc

redactie NVFB Bulletin

Wonderbaarlijke vaginaverhalen

Kunstenaar en theatermaker Yvonne Beelen verdiept zich al twee decennia lang in de vraag 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.

Deze zomer vijf jaar geleden woonde ik in Japan en daar ontdekte ik in de Japanse mythologie het oerverhaal over de oppergod Amaterasu. Na een ruzie met haar broer had zij zich teruggetrokken in een grot. Omdat zij ook de zon was, werd het donker op aarde en dreigde alles te verdorren en te sterven. Rijp beraad van de overige goden kon haar niet op andere gedachten brengen. Iedereen was radeloos tot de jonge god Ama-no-Umuze-no-Mikoto ten tonele kwam. Ze toonde de naaktheid van onder haar rok, waardoor alle goden zo hard moesten lachen dat de aarde schudde en Amaterasu nieuwsgierig weer naar buiten kwam. Hiermee keerden zonnestralen en vruchtbaarheid terug op aarde en was de rampspoed afgewend.

Een vagina die de wereld redt van de ondergang, wat een krachtig beeld voor de tijd waarin we nu leven van hernieuwd 'female empowerment'. Japan is echter niet de enige vindplek voor zo'n verhaal. Deze verhalen blijken van alle tijden te zijn en wijdverspreid in vele culturen: van het oude Egypte, de folklore uit de Balkan tot aan de Polynesische geneeskunde aan toe.

Deze daad van het tonen van je genitaliën heeft zelfs een naam: anasyrma. Dit komt uit het Grieks en betekent letterlijk 'het optillen van je rok'. De Griekse ontdekkingsreiziger en geschiedkundige Herodotus bedacht deze term toen hij vijf eeuwen voor Christus de merkwaardige gebruiken van de Egyptenaren probeerde uit te leggen aan zijn tijdgenoten.

Ook de Romeinse historicus Plinius beschreef al in de eerste eeuw na Christus in zijn *Naturalis Historia* hoe hagelstormen



Gravure 'The Devil of Pope-Fig Island' van Charles Eisen, die hij maakte voor de fabels van Jean de la Fontaine

en onweersbuien tot bedaren werden gebracht en akkers van ongedierte bevrijd nadat vrouwen er voor zonsopgang zonder ondergoed overheen hadden geflaaneerd. Hedendaagse performance kunstenaar Marina Abramović maakte in haar videokunstwerk *'Balkan Erotic Art'* de verwijzing naar een soortgelijk folkloristisch gebruik uit haar Servische roots, waarin bij droogte alle vrouwen uit het dorp – van jong tot oud – samenkwamen en de randen van hun rokken ophieven om het te laten regenen.

Hoezeer demonen terugdeinzen voor haar aanblik is prachtig geïllustreerd op de 18e eeuwse gravure die Charles Eisen

maakte voor de fabels van Jean de La Fontaine, de auteur van het wereldberoemde *De krekkel en de mier*. Op deze gravure is een vrouw te zien die haar vagina toont aan de duivel en zo – terwijl ze losjes en relaxed tegen de muur rust – haar dorp redt. Of het verhaal op de Marquesas Eilanden waarin volgens een oude geneeskunde een ontblote vrouw plaatsneemt op de borst van een bezetene om boze geesten uit te drijven.

Niet alleen voor het bestrijden van natuurrampen, ook voor menselijke tragedies zoals oorlog en onderdrukking is de tussenkomst van een vagina effectief gebleken. In de *Irish Times* uit 1977 staat het ooggetuigenverslag opgetekend hoe een dodelijke vete werd beslecht, die al generaties lang woedde tussen twee boerenfamilies. "Toen de mannen van een van de families het huis van de vijand aanvielen, gewapend met dikke stokken en hooivorken, kwam de vrouw des huizes naar de deur en voor ieders ogen, ook die van mij en mijn vader, tilde ze haar rok en onderkleding op tot hoog boven haar hoofd en toonde haar naakte geslacht. De vijand van haar en haar familie vluchtte verschrikt weg."

Wat een overheerlijk simpele gedachte. Dat grootse wereldproblemen kunnen worden opgelost door het simpele gebaar van het omhoog brengen van een stukje stof. Wat een uitkomst zou dat zijn, temeer omdat de helft van de wereldbevolking zo'n wereldverbeteraar, oorlogstemmer en natuurrampenbestrijder in haar schoot met zich meedraagt. Aldus, bij deze een oproep aan alle vrouwen: toon uw kracht- c.q. prachtorgaan en sticht wereldvrede!

Yvonne Beelen

StudioYtopia, Rotterdam

De vulvasofa

door Yvonne Beelen van Studio Ytopia

Gebaseerd op het verhaal van de oppergod Amaterasu ontwierp ik tijdens mijn verblijf deze sofa. Ik wilde Japanners graag na laten denken over dit oude mythologische verhaal en was benieuwd wat dat deed met hun eigen denkbeelden over het heldhaftige lichaamsdeel. De holte

van Amaterasu's grot vormde ik tot een vulva en als materiaal gebruikte ik traditioneel Japans beddengoed – futon geheten – van de mensen waar ik verbleef. Vervolgens nodigde ik bezoekers van mijn expositie uit een moment plaats te nemen in een materiaal waar ze het meest comfor-

tabil in zijn, om een moment stil te staan bij een thema waar ze misschien wel het minst comfortabel mee zijn. Een van de mooiste reacties hierop kwam van een vrouwelijke bezoeker: "Jouw werk heeft mij doen verzoenen met alle delen van mijn lichaam."

www.collectiony.earth/project/amaterasu/



Yvonne Beelen voor een foto van de vulvasofa.



Agenda

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

woensdag 7 t/m zaterdag 10 september

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

maandag 19 t/m vrijdag 23 september 2022

IASP World Congress on Pain Toronto, Canada
<https://www.iasp-pain.org/events/>

donderdag 29 september t/m zondag 2 oktober 2022

25th Annual Scientific Meeting on Pelvic Pain
Orlando, FL, Verenigde Staten – <https://www.pelvicpain.org/annual2022/info/scientific-program-committee>

woensdag 26 t/m zaterdag 29 oktober 2022

18th World Congress on Menopause Lissabon, Portugal
<https://www.imsociety.org/2021/04/13/18th-world-congress-on-menopause/>

donderdag 10 t/m zaterdag 12 november 2022

Convergences in pelviperineal pain Rome, Italië
<http://www.convergencespp.com/fr/>

woensdag 3 t/m zaterdag 6 mei 2023

15th World Congress on Endometriosis Edinburgh, Groot-Brittannië
<https://endometriosis.ca/world-congress/wce2023/>

woensdag 21 t/m zaterdag 24 juni 2023

48th IUGA meeting Den Haag, Nederland
<https://www.iuga.org/events/annual-meetings/2023-iuga-48th-annual-meeting>

woensdag 1 t/m zaterdag 4 november 2023

11th Interdisciplinary World Congress on Low Back and Pelvic Girdle Pain Melbourne, Australië
<http://www.worldcongresslbp.com/>



Mis niets met de NPi-service

Met een KNGF Compleet lidmaatschap heb je **gratis toegang** tot de NPi-service en kun je één NPi-service E-learning **gratis** maken. Activeer jouw account op **MijnNPi.nl**.

NIEUW in 2022: NPi-service E-learnings



Uit het thema Bekkenproblematiek:
'HARDLOPEN RONDOM DE ZWANGERSCHAP'

In deze NPi-service E-learning staat hardlopen rondom de zwangerschap centraal. Je leest een wetenschappelijk onderzoek, een referaat en een samenvatting met tips uit een Britse richtlijn over het hervatten van hardlopen na de bevalling.



2 accreditatiepunten voor deelregister Bekkenfysiotherapeut



gratis met een KNGF-compleet lidmaatschap



25 euro bij losse aanschaf

jaarlijks 16 nieuwe referaten

250+ referaten in het archief



Continue controle geeft vertrouwen

Sacrale neuromodulatie (SNM):

voor een overactieve blaas of verlies van ontlasting.

Ook voor patiënten met een blaasledigingsstoornis.

- Sacrale neuromodulatie (SNM) met het InterStim™-systeem van Medtronic biedt inmiddels verlichting aan >350.000 patiënten wereldwijd.
- De werkzaamheid van SNM kan eerst worden getest (proefbehandeling).



InterStim™ II- en Micro-neurostimulator



SNM-expertisecentra

- SNM voor blaas- en darmcontrole
- SNM voor blaascontrole
- SNM voor darmcontrole

www.pvvn.nl

www.bekkenbodem4all.nl

UC202009792bNL © 2022 Medtronic. Alle rechten voorbehouden.

Medtronic

Engineering the extraordinary



TENA®

Actief en zorgeloos leven

TENA biedt een breed assortiment voor mannen of voor vrouwen, bij verlies van enkele druppeltjes tot de hele blaasinhoud. Alle TENA-producten geven drievoudige bescherming tegen doorlekken, geurtjes en een vochtig gevoel: 24 uur per dag droog, veilig en vol vertrouwen.



Meer weten? Kijk op www.TENA.nl

Zelf ervaren? Vraag op TENA.nl een gratis proefpakketje aan.

Colofon

Juni 2022, nummer 47, 26e jaargang
NVFB Bulletin verschijnt twee keer per jaar
en is het officiële orgaan van de Nederlandse
Vereniging voor Bekkenfysiotherapie.

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

Advertenties

Baukje Veen-Stoppels, MSc
*geregistreerd bekkenfysiotherapeut,
Fysiotherapie de Vuursteen Groningen*
E-mail: sponsor@nvfb.nl

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 of
via de KNGF-Ledenservice, 033 4672 929.

Bestuur

mw. N.D.M. van Bergen MSPT (voorzitter),
Kwaliteit en scholing
mw. D. Botschuijver-Sellmeijer (penningmeester),
Marketing en communicatie
Mw. L. Savelkoul MSPT,
Sociaal Economische Belangen
Mw. D. Saaltink MSc,
Sociaal Economische Belangen
mw M. Reijman MSPT,
Marketing en communicatie

Vragen en mededelingen aan het bestuur of een
van de commissies: e-mail naar info@nvfb.nl of
schrijf naar Secretariaat NVFB, p/a hoofdkantoor
KNGF, Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.
Informatie over de NVFB: 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
vervoorde mening tot de hare heeft gemaakt.

Klim in de pen!



Iets leuks meegemaakt waarvan je beslist wilt dat anderen het horen?



Een boek in handen dat een must-read is? Schrijf een verslag!



Iemand ontmoet die een interview waard is? Doe een voorstel!



Iets opvallends voor je camera gehad? Stuur in die foto!



Samen delen, is samenwerken voor een beter vak.



Mail jouw stuk voor maandag 4 april 2022 naar: bulletin@nvfb.nl

SYMPTOMEN VAN EEN AFWIJKEND LITTEKEN

Klachten die 8 à 10 weken na sluiting van de wond aanhouden:

- Erg trekkende huid
- Pijn
- Jeuk

Klachten zoals pijn en een trekkende huid kunnen er al zijn voordat een litteken zichtbaar hypertrofisch of keloïd wordt.

Herken je deze klachten?

Door het litteken te behandelen met siliconen kun je ergere littekenvorming voorkomen.

Uiterlijk afwijkend litteken:

- Het litteken is donkerder gekleurd. Vaak roze, rood of paars.
- Het steekt meer boven de huid uit of groeit tot over de 'grens' van het litteken.
- De huid voelt anders aan: er is mate van verharding en de huid beweegt minder soepel mee.



Hypertrofisch litteken



Keloïd litteken

HERKEN EEN AFWIJKEND LITTEKEN

Bekkenfysiotherapeut Van Dijk werkt in een gezondheidscentrum. Haar patiënte Anneke heeft een keizersnede gehad en heeft veel last van haar litteken.



Ondanks corona wilde bekkenfysiotherapeut Van Dijk doorgaan met het geven van haar training *Zwanger Fit*. Door deze training online aan te bieden, kon ze toch vrouwen laten sporten, vragen beantwoorden en advies geven.

OPVALLENDE LITTEKENKLACHTEN

"Anneke is een recente patiënte van mij", legt bekkenfysiotherapeut Van Dijk uit. "Ze sloot 8 weken na haar keizersnede aan bij de online *Zwanger Fit* training. Anneke wilde graag weer gaan bewegen, maar had ook last van haar litteken: het deed pijn en trok erg".

"Deze klachten vielen me gelijk op", vertelt Van Dijk. Het zijn vooral de klachten waar je op moet letten bij littekens, die verraden al vaak wanneer je met een afwijkend litteken te maken hebt".

Anneke kan meedoen met de training, maar blijft klachten houden. Ook nog 10 weken na de bevalling. Het blijkt dat er een stukje hechting niet is opgelost en ze hier last van heeft. De hechting wordt verwijderd.

Na 12 weken herstel, ging Anneke ook weer werken. Wanneer ze lang heeft gezeten bij haar werk en daarna weer opstaat, moet ze zichzelf voor haar gevoel 'uitvouwen'.

Annekes litteken trekt de huid bij elkaar en er zit niet veel flexibiliteit in. Dit maakt sommige bewegingen een echte uitdaging.

"Het blijkt dat Anneke een hypertrofisch litteken heeft. Ik adviseerde haar om Scarban C-Section te gaan gebruiken", vertelt de bekkenfysiotherapeut. "Dit is een siliconen littekenpleister die het herstel van de huid en het litteken ondersteunt".

BELANGRIJKSTE HERSTELPERIODE

Na ongeveer 3 weken merkt Anneke al veel verschil. Het litteken trekt minder, de huid is soepeler en ze heeft minder pijn. Ze kan een stuk prettiger zittend haar werk doen en doet het goed tijdens de training.

"Ik heb Anneke aangeraden het siliconenverband 3 tot 6 maanden na de bevalling te gebruiken, omdat dit de belangrijkste herstelperiode van het litteken is. Zo kan het keizersnede-litteken optimaal genezen en heeft Anneke minder last."

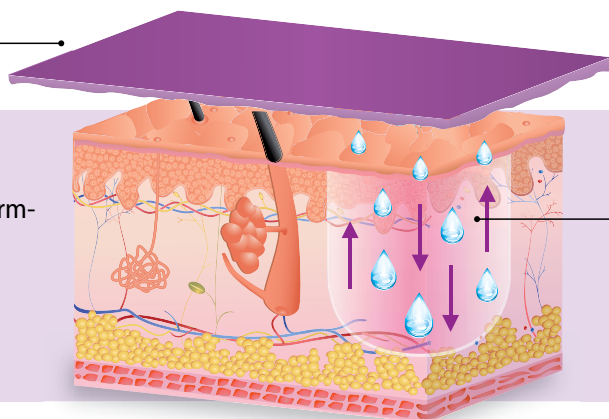
De namen in dit artikel zijn geanonimiseerd.

SILICONEN LITTEKENTHERAPIE

Bescherming & minder vochtverlies

WERKING SILICONEN LITTEKENPLEISTER

Een siliconenpleister of -verband biedt een beschermingslaagje tegen vochtverlies bij een litteken. In reactie hierop stopt het lichaam met het teveel aanmaken van littekenweefsel. Het litteken wordt soepeler, vlakker, minder rood en herstelt sneller.



VERBETERT DE HYDRATATIE

Herstelt de vochtbalans

Wil je meer weten?
Kijk op Scarban.nl



PIERENSYPHONY I

2-kanaals elektrostimulatieapparaat voor incontinentie therapie

- EMG
- Getriggerde elektrostimulatie
- Laag - en middenfrequent spierstimulatie
- Oplaadbare accu



schwa-medico
MEDISCHE APPARATEN

schwa-medico Nederland B.V.
Koningin Julianaplein 10
3931 CK WOUDBERG

tel: +31 (0)33 4655 064
info@schwa-medico.nl
schwa-medico.nl

