

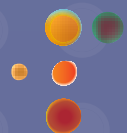
Evidence **Endometriose**

Interview  
**Philip Van Kerrebroeck**

Congres  
**Gluren bij de buren**

Boekbespreking  
**Pain and perception**

# 48





# PIEREN SYMPHONY I

## 2-kanaals elektrostimulatieapparaat voor incontinentie therapie

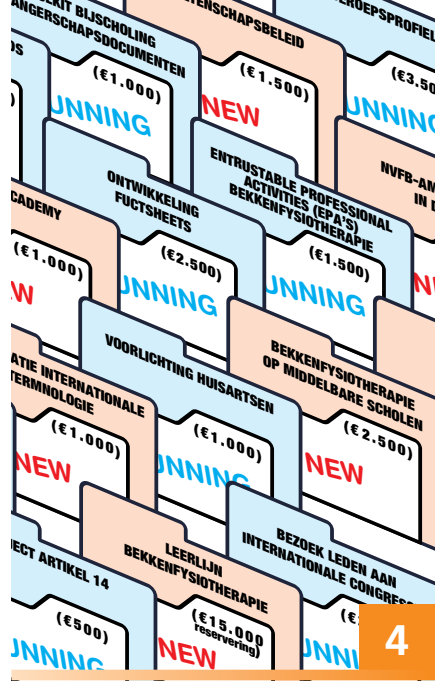
- EMG
- Getriggerde elektrostimulatie
- Laag - en middenfrequent spierstimulatie
- Oplaadbare accu



**schwa-medico**  
MEDISCHE APPARATEN

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

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



## Bulletin

Af en toe lekker lummelen ..... 2

Van het bestuur ..... 3

Jaarplan 2023 ..... 4

Bekkenfysiotherapie op hogescholen ..... 7

## Wetenschap

Wetenswaardigheden ..... 8

Evidence ..... 10

Critically Appraised Topic ..... 22

## Agenda

35

## Interview

Dr. Philip Van Kerrebroeck ..... 18

## Congressen

ICS-congres 2022 ..... 12

BICAP 2022 ..... 20

## Rubrieken

De gezichten achter de nieuwe bestuursleden ..... 16

Onder de leden ..... 26

Boekbespreking ..... 28

Podcastbesprekingen ..... 30

Apps in de bekkenfysiotherapie ..... 33



# Af en toe lekker lummelen

December is zo'n maand, veel feestdagen, veel werk, veel sociale activiteiten en alles moet af voor het einde van het jaar. We willen zoveel, maar vergeten snel om ook nog tijd voor onszelf te maken. Dit is in de praktijk ook zichtbaar, patiënten zitten vol spanning en stress, de ademhaling zit hoog en echt voelen wat er gebeurt in het lichaam wordt lastiger. Juist in deze tijden van drukte is het belangrijk om goed voor jezelf te zorgen. Rust te nemen en af en toe te lummelen. Daarmee geven wij het goede voorbeeld aan onze patiënten en kunnen we hen begeleiden om op de juiste manier om te gaan met stress en drukte.



© Shutterstock 2020375631

Maar wat is dan ontspanning? Is dat het liggen op een matje en ademen? Is het op de bank tv-kijken? Is het vroeg naar bed gaan om extra te slapen? Volgens mij kunnen we op heel veel manieren ontspannen en hebben we op verschillende momenten verschillende dingen nodig. Belangrijk daarbij is wel dat je in verbinding staat met jezelf, dat je kunt voelen wat je nodig hebt en weet waar je van ontspant; af en toe even stilstaan dus.

Voor nu kun je in ieder geval 'ontspannen' het nieuwe Bulletin lezen. Er is weer heel wat geschreven. Zo zijn er veel nieuwe wetenswaardigheden waarvan er een is bekeken met een wetenschappelijke blik. Er zijn congressen bezocht waarvan de verslagen hier terug te vinden zijn. Ook zijn er nieuwe bestuursleden die in dit Bulletin worden voorgesteld, en zijn de vaste reviews van een boek, twee podcasts en een app terug. Kortom, genoeg om je te laten inspireren!

Ik wens jullie veel leesplezier en een feestelijke en ontspannen decembermaand. Tot volgend jaar.

---

**Evertine Adams**

---

*namens de redactie*

# Van het bestuur



Beste collega,

Inmiddels staan de feestdagen weer voor de deur en nadert het einde van het jaar met rasse schreden. Dit is zo'n moment om terug te kijken op het afgelopen jaar. Een jaar dat we beëindigen met praktisch een nieuw bestuur. Nadat tijdens de algemene ledenvergadering (ALV) van mei Djoeke Saaltink, Lauri Bongers-Savelkoul en Marlous Reijman zijn gekozen als bestuursleden en we afscheid hebben genomen van Bernadette Berendes-van Dijk en Rianne van Asperen, hebben Kristel Bonten en Mariska Droop als aspirant-bestuursleden warmgedraaid. Ze zijn in de ALV van november gekozen. In diezelfde vergadering hebben we na achttienhalf jaar afscheid genomen van Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer (portefeuille Marketing en communicatie). Als bestuur zijn we zeer dankbaar dat zij nog een half jaar langer wilde aanblijven om haar kennis over te dragen en de nieuwe bestuursleden te helpen hun weg te vinden in de hoeveelheid onderwerpen waar het bestuur zich mee bezighoudt.



Dieuwke heeft zich altijd meer dan honderd procent ingezet voor de NVFB en Bekkenfysiotherapie-NL. Zij was de bestuursverantwoordelijke van 'de NVFB-stand' en zorgde er altijd voor dat we op de vele congressen van onze stakeholders vertegenwoordigd waren. Ook had zij het Bulletin in haar portefeuille, dat de afgelopen jaren een ware metamorfose heeft ondergaan. Samen met de congrescommissie en Ardy Struijk was zij verantwoordelijk voor de goede en vlekkeloos georganiseerde NVFB-congressen. Dieuwke stuurde ook de socialmediacommissie aan.



Ledenbinding is haar op het lijf geschreven: de studentenlunches, ledenrondgangen in het land, de huisartsenvoorlichting en de contacten met individuele leden, en... steeds met een lach.



Ze werkte altijd aan veel projecten mee, omdat deze ook altijd weer in haar portefeuille belandden. Immers, veel projecten moeten uiteindelijk vermarkt of gecommuniceerd worden. Als penningmeester was ze verantwoordelijk voor het opstellen en bewaken van de begroting en werkte ze nauw samen met de sponsorcommissie. En niet te vergeten, Dieuwke was een kei in het vinden van goede locaties voor hei- en kaderdagen en verzong ook altijd een leuke activiteit voor de teambuilding. Het bestuur bedankt haar en zal haar gaan missen.



Afgelopen jaar is er hard gewerkt aan het beroepsprofiel van de bekkenfysiotherapeut en het ziet er naar uit dat het profiel in maart 2023 wordt opgeleverd, zodat het in onze ALV van mei kan worden goedgekeurd en daarna in de ALV van het KNGF.



Sinds 17 oktober is de harmonisatie van het accreditatiebeleid van SKF en KNGF een feit. Dat betekent de start van het nieuwe individuele register waarin nieuwe collega's zullen instromen. De 'oude' registers zullen langzaam uitfasen; KRF-NL stopt in 2025 en het individuele register van SKF zal in 2027 eindigen. De eerste stap in het proces van de samsmelting van KNGF en SKF is gezet.



In november is een start gemaakt met de implementatie van de nieuwe ICS-terminologie, een werkgroep van (oud-)opleiders is bij elkaar gekomen onder leiding van het bestuur om de nieuwe terminologie in te passen in het bekkenfysiotherapeutisch onderzoek. In het nieuwe jaar zullen nog twee feedbackronden plaatsvinden en het eindproduct wordt eind maart opgeleverd. Zo hebben de opleidingen tijd om voor de start van het nieuwe schooljaar de wijzigingen te verwerken in het curriculum.



De NVFB is in overleg met Avans Hogeschool over een keuzemodule 'Bekkenfysiotherapie', die moet leiden tot een minor. We hopen dat op deze wijze studenten fysiotherapie eerder kiezen voor de opleiding bekkenfysiotherapie, omdat ze in de minor kunnen ontdekken wat het vak inhoudt. Op deze manier wil het NVFB-bestuur het tekort aan bekkenfysiotherapeuten het hoofd bieden.



Ook zijn we weer in gesprek met CZ en VGZ over een eventuele vergoeding voor de probe. Dit traject loopt al met diverse tussenpozen vanaf 2017. Het gaat langzaam en er is weinig ruimte in de aanvullende verzekering. Zodra we meer weten, hoor je van ons.



Ik wens je namens het bestuur heel fijne feestdagen en een heel goed en gezond 2023!

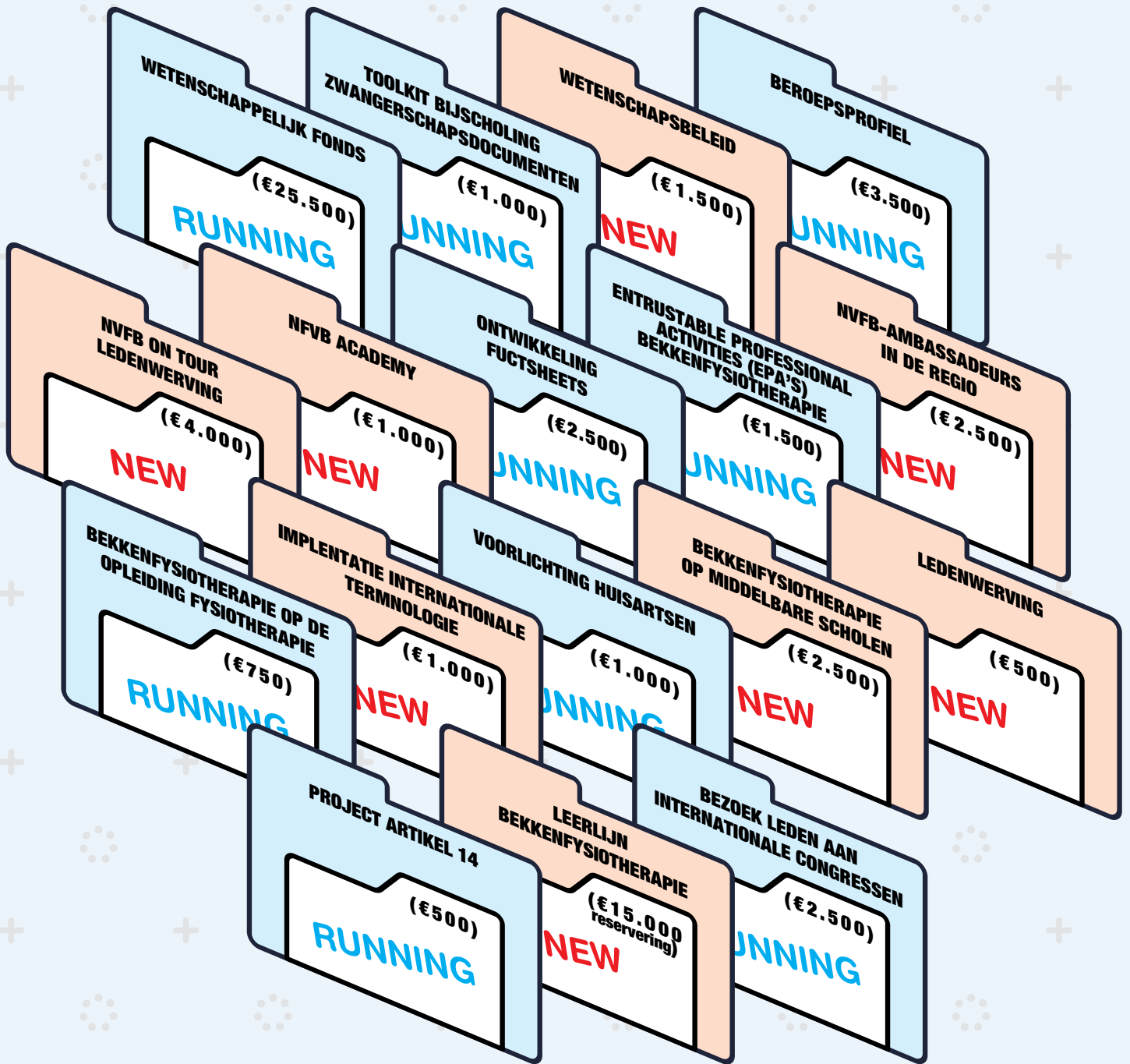
---

**Nicole van Bergen MSPT**

---

*voorzitter*

# Jaarplan 2023



## Wetenschappelijk fonds (€ 25.000)

### RUNNING

Er wordt weinig onderzoek naar de meerwaarde, het werkingsmechanisme en de effectiviteit van bekkenfysiotherapie gesubsidieerd. Om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren, zal de NVFB in 2023 een subsidieregeling instellen. De Kennisagenda is bepalend voor de subsidieregeling van 2023. *Nicole van Bergen en Mariska Droop*

## Toolkit bijscholing zwangerschapsdocenten (€ 1.000)

### RUNNING

NVFB-leden hebben niet altijd zicht op het cursusaanbod voor zwangere vrouwen in de regio. Het blijkt niet voor

elke bekkenfysiotherapeut eenvoudig te zijn om contact te krijgen met cursisten en een netwerk op te bouwen. Correcte begeleiding van zwangeren en postpartum vrouwen is van belang, daarom is een dergelijk goed netwerk tussen verschillende disciplines van belang. Goed contact zorgt voor betere samenwerking en snellere verwijzing. Een toolkit biedt uitkomst. *Vacant*

## Wetenschapsbeleid (€ 1.500)

### NEW

Het wetenschappelijk onderzoek binnen de bekkenfysiotherapie is in volle gang, maar er is nog niet op elk domein van de bekkenfysiotherapie een promovendus. Voor de komende vijf jaar is de wens dit te

volbrengen door het *Science Netwerk* door te ontwikkelen en het stappenplan te formuleren dat bij de onderzoeksvisie hoort en dit plan daadwerkelijk uit te voeren. Dit moet uiteindelijk resulteren in een wetenschappelijke infrastructuur *Nicole van Bergen en Kristel Bonten*

### **Beroepsprofiel** (€ 3.500)

#### **RUNNING**

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

### **NVFB on tour - ledenwerving** (€ 4.000)

#### **NEW**

De NVFB heeft met een beperkt aantal leden contact, maar wil graag de leden binden aan de vereniging en zo draagvlak voor het beleid creëren. Doel is vier werkbezoeken te bewerkstelligen, zodat leden tussentijds input kunnen geven en het bestuur de leden kan informeren over het beleid van de vereniging. *Marloes Reijman*

### **NVFB Academy** (€ 1.000)

#### **NEW**

De NVFB wil meer webinars gaan geven voor de overdracht van kennis. Een webinar is een manier om veel mensen van kennis te voorzien en een mogelijkheid tot geaccrediteerde scholing. De NVFB biedt dit laatste nu alleen aan met het PPC-webinar. Met de oprichting van de NVFB Academy wil de NVFB deze mogelijkheid om collega's te scholen beter benutten. Tegelijkertijd wordt het lidmaatschap er aantrekkelijker van. De komende periode promoveren meerdere collega's. Om de valorisatie van die kennis te bevorderen, is een webinar zeer geschikt. *Kristel Bonten en Marloes Reijman*

### **Ontwikkeling factsheets** (€ 2.500)

#### **RUNNING**

De NVFB heeft in 2018 drie subsidies gegeven aan onderzoek over anale fissuren, CPPS en zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn. Via factsheets heb je een helder overzicht van de stappen in de diagnostiek en behandeling bij deze problematiek. *Kristel Bonten, Danielle van Reijn, Marian Rombouts, Elisabeth van der Spek, Nicole van Bergen*

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

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

#### **RUNNING**

In 2021 zijn de 'Minimale opleidingseisen master bekkenfysiotherapie' opgeleverd. De implementatiefase loopt. Het beroepsprofiel wordt in de eerste helft van 2023 opgeleverd en leidt tot enkele aanpassingen in de minimale opleidingseisen. In 2025 zullen de eerste

studenten volgens deze eisen afstuderen. *Nicole van Bergen, Elisabeth van der Spek en Kristel Bonten*

### **NVFB-ambassadeurs in de regio** (€ 2.500)

#### **NEW**

De afgelopen jaren hebben zich verschillende groepen bekkenfysiotherapeuten gevormd. De NVFB heeft onvoldoende overzicht en vraagt zich af welke IOF's, werkgroepen en andere netwerken van bekkenfysiotherapeuten er op regionaal niveau zijn. Via ambassadeurs wil de NVFB in contact komen met al deze groepen, zodat er korte lijnen zijn tussen het bestuur en de regio. Streven is dat het bestuur minimaal eens per kwartaal contact heeft met de ambassadeur in de regio. *Marloes Reijman*

### **Bekkenfysiotherapie op de opleiding fysiotherapie** (€ 750)

#### **RUNNING**

Het is belangrijk om meer aandacht te krijgen voor de specialisatie bekkenfysiotherapie, zodat meer afgestudeerde fysiotherapeuten kiezen voor de masteropleiding bekkenfysiotherapie. Om dit te bereiken, is de NVFB op minimaal drie hogescholen aanwezig met informatie over het vak bekkenfysiotherapie. *Lauri Bongers, Elisabeth van der Spek-Mes, Everdina Veenema, Petra van Nierop, Dorien Bennink en Corine Adamse*

### **Implementatie internationale terminologie** (€ 1.000)

#### **NEW**

Er is geen consensus over een protocol voor het inwendig vaginale of anale onderzoek. De internationale terminologie is aangepast en de NVFB wil één onderzoeksprotocol ontwikkelen. *Nicole van Bergen, Petra van Nierop, Heidi Moosdorff, Liesbeth Westerik, Corine Adamse, Suzanne Schelhaas, Kristel Bonten*

### **Voorlichting huisartsen** (€ 1.000)

#### **RUNNING**

De verwijzende rol van huisartsen wordt nog niet optimaal benut. Daarom worden er geaccrediteerde voorlichtingsmomenten voor huisartsen georganiseerd om de samenwerking met de huisartsen en de doorverwijzing te bevorderen. Het doel is vier voorlichtingsbijeenkomsten. *Djoeke Saaltink, Mayke de Blauw, Everdina Veenema*

### **Bekkenfysiotherapie op middelbare scholen** (€ 2.500)

#### **NEW**

In navolging van de succesvolle insteek van de postpartum screening, kan mogelijk ook educatie voor middelbare scholieren rond het functioneren van de bekkenbodemp erg zinvol en op termijn klachtenreducerend zijn. Met deze insteek willen we voor scholieren (12 tot 18 jaar) een goed afgestemd lesprogramma ontwikkelen, zodat zij een goede basiskennis en een breder bewustzijn hebben van plassen, ontlasten en seksualiteit. *Caroline Hagenaar, Everdina Veenema, Marlou Gootzen, Kristel Bonten en Lauri Bongers-Savelkoul*

#### Ledenwerving (€ 500)

##### NEW

De NVFB wil leden werven door niet-NVFB-leden in de kwaliteitsregisters van KNGF en SKF in kaart te brengen. In dit kader kunnen ook aan events die ook voor niet-leden toegankelijk zijn, zoals congressen, webinars en producten, ledenwervingsacties worden gekoppeld. Doel is dat in 2025 90% van de bekkenfysiotherapeuten lid is van de NVFB. *Marloes Reijman, Lauri Bongers-Savelkoul*

#### Project Artikel 14 (€ 500)

##### RUNNING

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

#### Leerlijn bekkenfysiotherapie (€ 15.000 reservering)

##### NEW

Omdat er geen leerlijn bekkenfysiotherapie is met bijbehorende onderzoeksgroep, heeft de NVFB nauwelijks mogelijkheden om onderzoeksvragen uit te

zetten in het veld. Het ontbreken van een leerlijn is ook belemmerend bij het aanvragen van onderzoekssubsidie. Tevens zijn er nauwelijks mogelijkheden voor collega-bekkenfysiotherapeuten die onderzoek willen doen, om ergens bij aan te sluiten. Doel is een leerlijn bekkenfysiotherapie bij de TU Twente met doorgroei-mogelijkheid naar een leerstoel, waarbij collega-bekkenfysiotherapeuten zich als onderzoeker kunnen aansluiten. *Nicole van Bergen en Kristel Bonten*

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

##### RUNNING

Tegenwoordig zijn er steeds meer internationale congressen waar de bekkenfysiotherapie een plek heeft gekregen, maar daar zijn weinig leden aanwezig. Ondanks dat de mogelijkheid die werd geboden door de NVFB om als NVFB-lid internationale congressen te bezoeken tegen een vergoeding, wordt hier weinig gebruik van gemaakt. Het IUGA 2023 wordt in Den Haag gehouden. We willen leden enthousiasmeren om dit congres te gaan bezoeken en een ontmoetingsplaats creëren voor de NVFB-leden die het congres bezoeken. Ons doel is dat 50 bekkenfysiotherapeuten (NVFB-leden) het IUGA-congres in Den Haag 2023 zullen bezoeken en daar gaan netwerken. *Lauri Bongers-Savelkoul*



## YVLO-ZwangerFit® Opleiding

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

KRF NL: 98 Accreditatiepunten Algemeen en Bekken

## YVLO-Postpartum Problematiek

KRF NL: 19 Accreditatiepunten Algemeen en Bekken

## YVLO-ZwangerFit® Mindful Ademen en Ontspannen

*Ademen en ontspannen volgens methode van Dixhoorn.*

KRF NL: 7 Accreditatiepunten Algemeen en Bekken

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





# Bekkenfysiotherapie op hogescholen



Everdina Veenema

In 2020 is de NVFB gestart met een belangrijk project: 'Bekkenfysiotherapie op hogescholen'. Oftewel: de bekendheid van het specialisme bekkenfysiotherapie vergroten onder bachelorstudenten fysiotherapie. De discrepantie tussen het grote aantal bekkenfysiotherapeuten die de komende jaren van hun pensioen gaan genieten, en de onbekendheid van het specialisme bekkenfysiotherapie onder fysio-

therapiestudenten, was reden voor actie. Het zou fantastisch zijn als recent afgestudeerde fysiotherapeuten 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.

Inmiddels zijn we twee jaar verder. Tijd voor een update: hoe gaat het met dit mooie project? De werkgroep bestaat op dit moment uit acht enthousiaste bekkenfysiotherapeuten: Everdina Veenema, Petra van Nierop, Corine Adamse, Dorien Bennink, Céline Terbeek, Caroline Fragonmeni en Elisabeth van der Spek-Mes. Ambassadeur zijn voor ons mooie vak is dé drijfveer om te participeren in deze projectgroep.

In de afgelopen twee jaar is er contact geweest met alle hogescholen in Nederland waar de bacheloropleiding fysiotherapie wordt gegeven. Op verschillende opleidingen zijn gastcolleges gegeven. Onder andere op Hogeschool Utrecht, Hoge-

school van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Avans en via studentenvereniging Vitruvius ook aan de studenten in Rotterdam. De inhoud van de lessen varieerde van een kennismaking met de bekkenfysiotherapie, laagdrempelig en met een vleugje humor, tot colleges met aansluitend casuïstiek uit een van de musculosketelale modules.

Dit en volgend jaar wordt gewerkt aan een keuzemodule bekkenfysiotherapie en ook het ontwikkelen van een minor staat hoog op de prioriteitenlijst.

Mocht jij contacten hebben of lesgeven op een bacheloropleiding fysiotherapie, laat het de werkgroep weten! Vind je het leuk om gastcolleges te geven: ook dan horen we graag van je.

---

## Elisabeth van der Spek-Mes

---

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut  
Fysiotherapeutisch Centrum  
Van Bergen, Bennekom*

100% medische siliconen

Wasbaar

UV-bescherming UPF 50

Elastisch en zelfklevend

Veilig en gemakkelijk in gebruik

Meer informatie?  
E-mail naar:  
info@bap-medical.com

**Scarban®** Omdat elk litteken zorg nodig heeft! [www.scarban.nl](http://www.scarban.nl)

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.

Door Vrouwen, Voor Vrouwen [www.urolon.com](http://www.urolon.com)

MS-287.00

## Vertraagde groei embryo gelinkt aan roken voor en na de bevruchting

Al voor de tiende week van de zwangerschap zagen de onderzoekers een verschil tussen rokende en niet-rokende vrouwen. Embryo's van moeders die roken vlak voor en na de bevruchting, ontwikkelen zich langzamer. Op de twintigwekenecho is de foetus kleiner en het uiteindelijke geboortegewicht van de baby is lager. Dit blijkt uit onderzoek van het Erasmus MC, gepubliceerd in *Human Reproduction*. **Bron: Erasmus MC / David Drexhage, 24 februari 2022**

## Een op de vijf zorgmedewerkers heeft slaapklachten

Kort lontje, concentratieproblemen, somberheid, overgewicht en kans op hart- en vaatziekten. Een op de vijf zorgmedewerkers heeft slaapklachten. Dat leidt tot verminderd functioneren, verzuim en vertrek uit de sector. **Bron: Skipr, 14 februari 2022**

## Waarschuwing voor erectiestimulerende honing

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) waarschuwt consumenten om het product Epimedylum Macun niet te gebruiken. In deze kruidenpasta met honing is sildenafil gevonden, een stof die alleen door artsen mag worden voorgeschreven. Het komt voor in geneesmiddelen bij erectiestoornissen. Sildenafil mag niet in levensmiddelen voorkomen. Er kunnen vervelende bijwerkingen optreden, zoals hartklachten, diarree en een wazig zicht. Bedrijven die deze potentieverhogende honing verkopen, moeten het uit de handel halen. Bol.com en Marktplaats hebben in opdracht van de NVWA de aanbieders van het product verwijderd.

**Bron: NVWA, 6 april 2022**

## Minder pijn bij endometriose na een vierweeks mindfulnessprogramma

Vrouwen met endometriose die niet of slecht reageren op medicijnen hebben baat bij een mindfulnessprogramma van vier weken. Direct na de afronding van het programma neemt hun bekkenpijn af en bestempelen ze hun pijn als minder 'naar'. Het mindfulnessprogramma had vooral invloed op de pijnbeleving, concluderen de wetenschappers, en deze resultaten blijven tot vier weken daarna behouden. **Bron: European Journal of Pain 2022, Moreira et al.**

> **Uitleg op pagina 10**

## RIVM: Huis- en bedrijfsartsen herkennen overgangsklachten onvoldoende

Ruim een op de drie werkende vrouwen in de overgang voelt zich beperkt in haar werk door overgangsklachten. Zij hebben bijvoorbeeld last van opvliegers, slaapstoornissen en spier- en gewrichtspijn. Werkgevers en artsen, maar ook de vrouwen zelf, herkennen deze klachten onvoldoende. **Bron: Medisch Contact, 2 juni 2022**

## Een kunstmatige bevalling moet beter worden afgewogen

Op basis van haar studie pleit Goodarzi voor het betrekken van meerdere kenmerken bij de afweging van inleiden. Dit helpt om onnodige inleidingen te voorkomen. Goodarzi ziet ook meer verschillen in babysterfte als gevolg van sociale ongelijkheid. Er blijft een hoger risico op babysterfte bij zwangeren met een niet-Nederlandse migratieachtergrond en/ of laag sociaal-economische positie, ook als de bevalling wordt ingeleid. Hun kinderen worden in dezelfde achtergestelde positie geboren. Een duurzame oplossing is het verbeteren van de sociale positie van deze zwangeren, zoals toegang tot betere huisvesting en gelijke toegang tot opleidingen en de arbeidsmarkt.

**Bron: Amsterdam UMC, 2 maart 2022**

## Braziliaanse wetenschappers: "Onderzoek de bekkenbodem (ook) in staande positie"

De meeste incontinente vrouwen verliezen urine als ze staan of zitten. Waarom onderzoekt men de bekkenbodem dan vaak alleen liggend op de rug? Functioneren de bekkenbodemspieren dan wel hetzelfde? Die vraag beantwoordden Braziliaanse wetenschappers door 89 vrouwen in beide houdingen te onderzoeken. Tipje van de sluier: staand hebben vrouwen met urineverlies meer moeite met aanspannen. Tijd om de onderzoekspositie te herzien? **NPi-service Bekkenproblematiek 2022-2**

## Geboortepraktijken en echocentra moeten stoppen met alternatieve prenatale screening

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft tien geboortepraktijken en echocentra gemaand te stoppen met het afnemen van bloed van zwangere vrouwen voor prenatale screening op erfelijke en aangeboren afwijkingen door een Belgisch bedrijf. Deze handeling valt buiten de verleende vergunning. Het Belgische bedrijf screent op veel meer genetische afwijkingen dan in Nederland is toegestaan, en bepaalt ook het geslacht van de foetus. Bij de alternatieve screening ontbreekt het ook aan goede informatie, begeleiding en nazorg. **Bron: IGJ, 7 april 2022**

## Er moet meer inzicht komen voor borstkanker tijdens zwangerschap

Jaarlijks krijgen in Nederland zo'n 30 zwangere vrouwen te horen dat ze borstkanker hebben. Uit het onderzoek van Britt Suelmann blijkt dat dit een andere soort kanker is dan borstkanker bij niet-zwangeren. Bij zwangere vrouwen komen twee vormen van borstkanker vaker voor, namelijk HER2-positieve borstkanker en triple-negatieve borstkanker. Deze soorten zijn agressiever, wat wil zeggen dat de kankercellen sneller groeien en delen, en eerder uitzaaien. Ze zijn daardoor moeilijker te behandelen.

Bron: Britt Suelmann, UMC Utrecht, 04-04-2022

## Helpt van de zwangere vrouwen werkt onder onveilige omstandigheden

De helft van alle Nederlandse zwangere vrouwen werkt onder onveilige omstandigheden, waardoor zij risico lopen op complicaties (miskraam, vroeggeboorte, hoge bloeddruk). Dat blijkt uit onderzoek van de afdeling Verloskunde. "Dit zijn geen individuele gevallen; het is een serieus maatschappelijk probleem waar op korte termijn verandering in moet komen", aldus bedrijfsarts Monique van Beukering, hoofdonderzoeker.

Bron: Amsterdam UMC, 23 juni 2022

## Positieve resultaten vermindering erectieproblemen door nieuwe techniek bestraling prostaat kanker

Een nieuwe techniek om prostaat kanker nog preciezer te bestralen. Met deze techniek op de MR-Linac brengen klinisch fysici en radiotherapeut-oncologen in het UMC Utrecht de prostaat nu niet alleen voorafgaand, maar ook tijdens de bestraling real-time in beeld. En dat is een doorbraak: veel minder gezond weefsel wordt zo meebestraald, en daarmee zullen bijwerkingen en schadelijke gevolgen zoals erectieverlies, waarschijnlijk afnemen.

Bron: Medicalfacts, 15 juli 2022

## Kans op hiv-infectie door vaginale bacterie

In 2020 werd de helft van de nieuwe hiv-infecties vastgesteld bij meisjes en vrouwen. Onderzoekers van Amsterdam UMC en Utrecht UMC ontdekten dat een specifieke vaginale bacterie de kans op een hiv-infectie sterk verhoogt. Deze bacterie, *Prevotella timonensis*, komt voor bij bacteriële vaginose. Dit is een verstoring van het natuurlijke evenwicht van bacteriën en schimmels in de vagina. Het onderzoek is deze week gepubliceerd in *The EMBO Journal*.

Bron: Amsterdam UMC, 18 augustus 2022

## Trek aan de bel bij hevige menstruatiepijn!

Die oproep doet gynaecoloog Anneke Steensma in de podcast 'In Opname' van het Erasmus MC. Pijn bij de menstruatie is namelijk het belangrijkste symptoom van endometriose, een goedaardige aandoening waarbij weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies op andere plekken in de buik zit. In de podcast vertelt Steensma meer over endometriose, de symptomen, de behandelopties en de gevolgen voor de kinderwens van deze aandoening. Een op de tien vrouwen in Nederland heeft endometriose. Toch duurt het gemiddeld zeven jaar tot de diagnose wordt gesteld.

Bron Erasmus MC, 5 april 2022

## Bespreken van seksualiteit in de spreekkamer brengt artsen en verpleegkundigen in verlegenheid

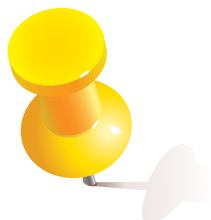
Behandelingen voor kanker zijn vaak ingrijpend voor iemands seksuele gezondheid. Toch is het niet vanzelfsprekend dat artsen en verpleegkundigen onderwerpen als seksualiteit en intimiteit bespreken met patiënten. In het verlengde van haar onderzoek is Krouwel bezig om het onderwerp breder onder de aandacht te brengen. Ze is onder andere medeauteur van de website van 'Stichting Sick and Seks'. Deze site staat boordevol adviezen omtrent verschillende ziektebeelden en hoe die seksualiteit beïnvloeden of in de weg staan. "Het is een laagdrempelige site met algemene, betrouwbare informatie. Zo maken we gebruik van video's om de informatie ook toegankelijk te maken voor laaggeletterden." Volgens haar slaat de site aan: "Er zijn al artsen die er in de spreekkamer gebruik van maken om patiënten beter te helpen!"

Bron: Esmée Krouwel, LUMC, 5 mei 2022

## Wat vergroot de kans op urineverlies bij CrossFit?

Van de vrouwen die aan CrossFit doen, ervaart ongeveer 45 procent urineverlies, dat zijn er beduidend meer dan de 26 tot 36 procent van sportende vrouwen in het algemeen. Het bevallen van minimaal één baby, een hogere leeftijd en een hogere body mass index (BMI) vergroten de kans op incontinentie bij CrossFittende vrouwen. Dit concluderen Spaanse wetenschappers nadat ze gegevens van 4823 vrouwen uit 13 studies onder de loep namen. Uit de meta-analyses concluderen zij dat er drie factoren zijn die het risico op urineverlies aantoonbaar vergroten bij vrouwen die aan CrossFit doen: een hogere leeftijd, een hogere BMI en minimaal één bevalling. Deze drie kenmerken zijn overigens algemeen bekende risicofactoren voor urine-incontinentie.

Bron: International Urogynecology Journal 2022, Dominguez-Antuna et al. doi 10.1007/s00192-022-05244-z



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

## Evidence: Endometriose, neem het serieus

**De nieuwsberichten in de rubriek 'Wetenswaardigheden' bestrijken altijd meerdere domeinen, maar voor mij springen er ditmaal twee uit, die over endometriose: 'Trek aan de bel bij hevige menstruatiepijn!' en 'Minder pijn bij endometriose na een vierweeksvier mindfulnessprogramma'. Tijd om endometriose hier onder de loep te nemen!**

De vijf meest voorkomende klachten bij endometriose zijn: pijn tijdens menstruatie, pijn tussen de menstruatie in, dyspareunie, pijn bij defecatie en pijn bij mictie. Ook bekkenbodemplakten komen veel voor bij endometriose. De pijn zorgt ervoor dat de patiënt niet goed kan ontspannen. Endometriose kan dan ook voor chronische bekkenpijn zorgen. De rol van de bekkenbodem in chronische bekkenpijn (CPP) is bekend en wordt gestaafd door meerdere onderzoeken.

Binnen de bekkenfysiotherapie zien we regelmatig dames die zich melden met bekkenbodemplakten bij endometriose. Meestal gaat het dan om een bekkenbodem met een te hoge spiertonus. Daarnaast vragen we dit domein uit bij alle dames die we in de praktijk zien voor andere problematiek. Er is nog wel een taboe rond menstruatiepijn te doorbreken, namelijk 'pijn hoort erbij' en 'niet klagen maar dragen', en daarnaast hebben vrouwen onvoldoende kennis van endometriose. Net als in Polen overigens, waar Szymanska en Galas (2021) deze conclusie trokken uit hun onderzoek bij 200 Poolse vrouwen. Laat dit een aansporing zijn, ook voor ons bekkenfysiotherapeuten, om binnen onze screening en behandeling alert te zijn op mogelijke endometriose, en te blijven werken aan bewustwording bij de patiënt. We zullen moeten kunnen aangeven dat de klachten mogelijk binnen de diagnose 'endometriose' vallen, met als doel uiteraard dat adequatere diagnostiek en behandeling ingezet kunnen worden.

Op 11 januari jl. kondigde de Franse president Macron een landelijke campagne aan, kosten 20 miljoen euro, die de bewustwording, diagnose en het onderzoek naar effectieve behandeling van endometriose moet verbeteren. Is er dan zo weinig over endometriose bekend? Nee, dat niet. Op internet valt er veel over te vinden, ook in het Nederlands, en dat is maar goed ook, want hoe meer kennis, hoe sneller de diagnose wordt gesteld, hoe minder beperkingen en verminderd (psychisch) welzijn patiënten ervaren en, niet onbelangrijk, mogelijk kan de ernst van het verloop door een snelle diag-

nose beperkt blijven, wat de endometriose minder levensbepalend maakt.

Maar nu eerst de podcast 'Trek aan de bel bij hevige menstruatiepijn!' van gynaecologe dr. Steensma uit 'Wetenswaardigheden'. Zij komt met het schokkende feit dat een op de tien vrouwen endometriose heeft en ze denkt bovendien dat van de groep vrouwen die het niet lukt om zwanger te worden, zelfs bijna 50 procent het heeft. En, de diagnose laat gemiddeld zeven jaar op zich wachten! Dit verschilt overigens per land (Szymanska en Galas, 2021). Uit het onderzoek van Lamvu et al. (2020) bleek dat het bij de 451 deelnemende vrouwen zes jaar of langer duurde. Snellere diagnose kan vrouwen helpen zich gewaardeerd te voelen en effectieve communicatie met hun behandelaars kan vrouwen helpen de endometriose te beheersen (Lamvu et al., 2020). De vele en uiteenlopende symptomen maken het echter moeilijk om endometriose te herkennen, zeker omdat de intensiteit van de symptomen vaak niet gecorreleerd is met de ernst van de ziekte (Bal en Khan, 2020; Szymanska en Galas, 2021). De diagnose wordt gesteld op grond van de anamnese en echoscopisch en gynaecologisch onderzoek. Heel soms is het dan nog niet helemaal duidelijk wat er aan de hand is. De gynaecoloog zal daarover volledig transparant zijn. Dan is een kijkoperatie indien nodig ook een mogelijkheid. De hulp die geboden wordt, bestaat onder andere uit pijnstilling en hormonen. Bij de behandeling staat kwaliteit van leven centraal, en er wordt zo mogelijk een multidisciplinaire aanpak ingezet (andere disciplines kunnen mogelijk een psycholoog, een diëtist en een bekkenfysiotherapeut zijn). Zo kwam uit het onderzoek van Rush et al. (2019) onder 2061 vrouwen naar voren dat het subjectief welbevinden van vrouwen met endometriose lager is dan van vrouwen zonder deze aandoening. Met zijn grote onderzoek wil Rush ook gezondheidsprofessionals informeren over de mogelijke behoefte aan psychosociale ondersteuning. Hij is niet de enige die de significant verminderde ervaren kwaliteit van leven beschrijft. Deze vermindering wordt onder andere in het onderzoek van Lamvu et al. (2020) bevestigd.

Die kwaliteit van leven staat ook centraal in het andere bericht in 'Wetenswaardigheden', de gerandomiseerde gecontroleerde studie van Moreira et al. (2022), waarin 63 vrouwen zijn gevolgd die, ondanks conventionele medische behandeling, nog steeds diepe endometrioseklachten hadden. Uitkomstmaten waren aan endometriose gerelateerde pijn, kwaliteit van leven en stressperceptie na de behandeling.

De vrouwen werden gerandomiseerd naar een standaard medische behandeling of naar diezelfde behandeling plus tegelijkertijd een vier weken durende op mindfulness gebaseerde interventie (bMBI). De uitkomsten suggereren dat bMBI nuttig is voor het beheersen van de pijn en het herstellen van het psychisch welzijn van vrouwen. Dit zijn mooie nieuwe onderzoeken waar de patiënt mee gebaat is.

Ik vroeg me af welke evidence-based informatie is er te vinden over bekkenfysiotherapie bij endometriose en welke interventie is bij die onderzoeken uitgevoerd? Hierbij een weergave van relatief recent gepubliceerde onderzoeken. Omdat een verhoogde spiertonus van de bekkenbodemspieren vaak wordt geassocieerd met endometriose, en vanwege de belangrijke rol die de bekkenbodemspieren spelen in darm-, blaas- en seksuele functie, is het herstellen van de normale tonus van deze en andere geassocieerde spieren van het lumbopelvische gebied essentieel. (Hunt, 2019)

Verschillende bronnen leveren bewijs dat de effectiviteit ondersteunt van bekkenfysiotherapie voor het aanpakken van verhoogde bekkenbodemtonus. Zo ook in het onderzoek van Hunt (2019). Ze behandelde in haar case report een 50-jarige patiënt met endometriose die na een laparoscopische excisie van endometriose ongemak bleef ervaren in haar onderbuik links en in het vaginaal gebied. Binnen een periode van vier maanden nam de patiënt deel aan tien sessies van één uur bekkenfysiotherapie. Beschreven interventies zijn onder andere: *soft-tissue*- en *deep-tissuemobilisatie* (tonus- en lengteherstel van de mm. iliopsoas, rectus abdominis, glutea en levator ani), myofasciale release, litteken- en bindweefselmobilisatie van de buik, instructie in ontspanningstechnieken (ademhalings- en ontspanningsoefeningen: 5 minuten buikademhaling met focus op spanning loslaten in buik- en bekkenregio, tweemaal per dag), een thuisoefenprogramma met zelfmassage van de bekkenbodem middels de TheraWand en gebruik van een middelgrote vaginale dilatator eenmaal per dag, dagelijks wandelen (startend met 15-20 minuten: persoonlijk doel) en rekken van de m. piriformis in rugligging tweemaal per dag, driemaal 30 seconden. Bij de bekkenfysiotherapeutische eindexamen gaf mevrouw een symptoomvermindering op de PFIQ-7 aan en was ze in staat om activiteiten te hervatten die ze eerder niet had getolereerd vanwege buik- en bekkenpijn.

Uit eerder onderzoek van Raimondo et al. (2017) en Mabrouk et al. (2018) was gebleken dat vrouwen met diep infiltrerende endometriose (DIE) een kleinere hiatale afmeting hebben dan vrouwen met geïsoleerde endometriose van de eier-

stokken. Del Forno et al. onderzochten in 2021 het effect van bekkenfysiotherapie op de m. levator ani hiatus tijdens de valsalm manoeuvre bij 34 nullipara met posterior DIE en oppervlakkige en diepe dyspareunie. Als meetinstrumenten gebruikten zij 3D/4D-transperineale echografie en de pijnscore (NRS). De vrouwen werden gerandomiseerd naar vijf individuele behandelingen bekkenfysiotherapie of naar 'geen behandeling'. En wat bleek, na vier maanden was de m. levator ani hiatus bij een maximale valsalm manoeuvre tussen twee onderzoeken in, hoger in de interventie- dan in de controlegroep ( $20,0 \pm 24,8\%$  versus  $-0,5 \pm 3,3\%$ ;  $p = 0,02$ ), wat wijst op een betere ontspanning van de bekkenbodemspieren. Daarnaast bleek de NRS-pijnscore voor de dyspareunie in de controlegroep vrijwel onveranderd, terwijl de pijn met bekkenfysiotherapie duidelijk was afgenomen ( $p < 0,01$ ). Ook scoorde de chronische bekkenpijn (CPP) significant lager in de interventiegroep ( $p = 0,01$ ).

De vijf individuele sessies bekkenfysiotherapie, van elk 30 minuten, vonden plaats in week 1, 3, 5, 8 en 11. Bekkentherapie bestond uit: informatie over anatomie en functie van de bekkenbodem met anatomische illustraties, biofeedback, elke sessie een Thiele-massage (digitale druk waarna de spieren worden gerekt ter ontspanning), het herstellen van de normale bekkenbodemtonus en het verbeteren van awareness en aansturing van de bekkenbodem. Er is gekozen voor de Thiele-massage omdat deze als effectieve behandeling wordt aangegeven voor CPP, dyspareunie en verhoogde bekkenbodemtonus (Del Forno et al., 2021; da Silva et al., 2017; de Souza, 2010).

Er is nog veel meer onderzoek naar endometriose gedaan, met een breed scala aan interventies, maar in die onderzoeken zijn de interventies meestal niet volledig uitgeschreven. Welk type interventie is dan het beste? Mijns inziens wordt dit bepaald door de aard van de aanwezige disfunctie, iets wat wij als bekkenfysiotherapeuten goed kunnen vaststellen, uitvoeren en adviseren. Verder wetenschappelijk onderzoek naar endometriose is in ieder geval noodzakelijk. Het is een mooi vooruitzicht dat hierin, in ieder geval in Frankrijk, geïnvesteerd wordt, en dat kennis wordt gedeeld.

Wil je meer weten over endometriose? Zoals gezegd, op internet is veel informatie te vinden. De maand maart is Endometriosis Awareness Month. Wereldwijd besteden gezondheidsorganisaties, artsen en (ervarings)deskundigen aandacht aan de ziekte. Samen doorbreken we het taboe.

**Kristel Bonten MSc**  
geregistreerd bekkenfysiotherapeut



Park Schloss Schonbrunn

# ICS-congres 2022

**Petra van Nierop en Dorien Bennink**

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut MSPT, Fysio Team Voorburg; geregistreerd bekkenfysiotherapeut, onderzoeker klinisch epidemioloog MSc, Leids Universitair Medisch Centrum*

**Wat is de meerwaarde van een fysiek congres boven een online congres? Wat is de stand van zaken in de ontwikkeling van de bekkenfysiotherapie, zowel op klinisch als op wetenschappelijk niveau? Welke noviteiten zijn er op de markt gekomen? Dorien Bennink en Petra van Nierop zochten dit uit op het ICS-congres in Wenen.**

Na twee jaar een online congres in verband met de COVID-beperkingen, was het dit jaar weer fysiek mogelijk het congres van de International Continence Society (ICS) te bezoeken. Dit congres vond in Wenen plaats van 5 tot en met 10 september, en werd door circa 1000 deelnemers *in person* bezocht en online door circa 300 deelnemers gevolgd. Nederland was met 66 deelnemers, onder wie 15 bekkenfysiotherapeuten, flink vertegenwoordigd. Door vier Nederlandse collega's zijn presentaties gehouden; daar mogen we trots op zijn!

Op een internationaal congres doe je niet alleen nieuwe inzichten op, een congres is ook een unieke kans om te netwerken. Met (inter)-nationale vakgenoten, maar ook met wetenschappers, zoals Kari Bo, Paul Hodges, Hedwig Neels, Chantal Dumoulin en Melanie Morin.

Er was dit jaar veel aandacht voor de conservatieve behandeling; maar liefst drie blokken lezingen van anderhalf uur waren hieraan gewijd. Zodoende was er dus veel info voor de bekkenfysiotherapeut te vergaren.

Een opvallende tendens is dat er veel meer kwalitatief onderzoek wordt gedaan

vanuit het perspectief van de patiënt. Al in de vroege fase betreft de patiëntenvereniging ervaringsdeskundigen bij het ontwikkelen van vragenlijsten en het opzetten van onderzoek, waar dat voorheen pas veel later het geval was.

Apps en online trainingen worden in razend tempo ontwikkeld, wat ongetwijfeld te maken heeft met de COVID-periode. Ook ouderen blijken, met hier en daar wat ICT-ondersteuning, verrassend goed om te kunnen gaan met digitale informatie en training. Groot voordeel hiervan is dat patiënten niet meer hoeven te reizen.



Austria Centre Vienna



*Welkomstreceptie*

Tijdens het **Fysiotherapie Forum** dat de hele donderdagmiddag in beslag nam en in een prettige collegiale sfeer plaatsvond, is een aantal lezingen gepresenteerd. De lezingen die voor de bekkenfysiotherapeut het meest interessant waren, staan hierna kort beschreven.

**Chantal Dumoulin** haalde mooie herinneringen op aan de recent overleden **Jo Laycock** (van het *PERFECT scheme*, dat ons allen zo bekend is), in een presentatie met sprekende foto's. Er volgde een minutenlang staand applaus voor Jo.

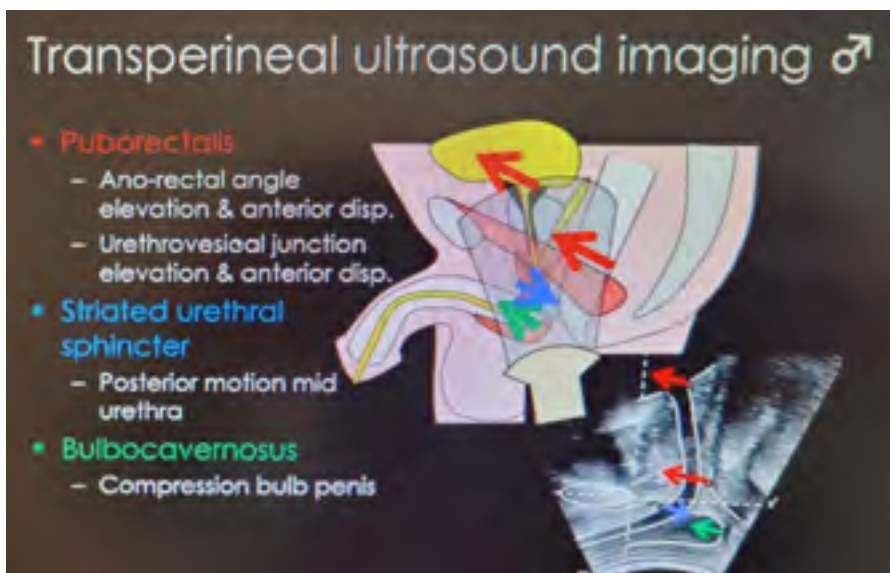
**Kari Bo** gaf een duidelijk overzicht van de evidence van bekkenfysiotherapie bij urineverlies en prolapsklachten, die met name gericht was op de inhoud van de oefenschema's. Zij constateerde een groot contrast tussen de methodologische kwaliteit van bewezen effectieve behandelingen en de groeiende onnauwkeurige 'klinische evidence' op YouTube. Hoe kunnen wij als bekkenfysiotherapeuten ervoor zorgen dat de patiënt bij de juiste en correcte informatie komt? Op deze gedeelde zorg kwam in de discussie nog geen goed antwoord.

**Chantal Dumoulin** toonde een mooie opsomming van de nieuwe RCT's in de bekkenfysiotherapie. Er is toenemend bewijs voor conservatieve therapie voor urineverlies en prolapsklachten. Naar het effect op lange termijn en naar preventie moet meer onderzoek worden gedaan. Ook begint er bewijs te komen voor bekkenfysiotherapeutische behandeling bij neurologische aandoeningen, zoals multiple sclerose en parkinson (eerste RCT).

**Danielle van Reijn** presenteerde de resultaten van bekkenfysiotherapie bij chro-



*Presentatie door Danielle van Reijn*



*Nieuwe inzichten van Paul Hodges*

nische anale fissuren (PAF-studie), een onderzoek met de rusttonus voor en na de behandeling als primaire uitkomstmaat. Helen van de fissuur en de mate van pijn tijdens defecatie waren de secundaire uitkomstmaten. Bekkenfysiotherapie blijkt een effectieve interventie bij deze klachten en blijkt een significante verbetering te geven op alle uitkomstmaten.

**Paul Hodges** gaf een heldere uiteenzetting over bekkenbodempdisfuncties bij mannen na radicale prostatectomie. Hij toonde mooie bewegende ultrageluidbeelden, die zichtbaar maakten dat de m. bulbocavernosus een beweging naar ventrocraniaal levert en de urethrale sfincter naar dorsaal. Tevens was te zien dat contractie van de bekkenbodempmusculatuur leidt tot beweging van de blaas en blaas-

hals naar craniaal. Bij incontinenten mannen na radicale prostatectomie vindt deze ventrale beweging niet plaats en daalt de blaashals juist door verhoging van de intra-abdominale druk (dit werd in 2001 al bewezen door Jones bij vrouwen met urineverlies).

Er is nog geen bewijs dat het oefenen van superficiale musculatuur incontinentie significant vermindert; daar is onderzoek met grotere groepen voor nodig. Advies: let bij het oefenen bij mannen met incontinentie na radicale prostatectomie goed op de buikdruk (niet te hard aanspannen) en focus op het oefenen van de superficiale musculatuur.

Het Fysiotherapie Forum werd afgesloten met een drankje, waarbij laagdrempelig contact met de sprekers ten volle werd benut door de collega's en onderzoekers.



De Nederlandse delegatie bekkenfysiotherapeuten op het ICS-congres 2022 in Wenen

Dorien en Petra volgden verschillende workshops om zoveel mogelijk informatie te verzamelen.

In een workshop over *spinal cord injuries* en de interactie tussen blaas en seksualiteit werd uitgelegd dat een orgasme een interne sensatie is, een reflexrespons, die niet gepaard hoeft te gaan met ejaculaat. Er bestaat een non-genitaal orgasme. Bij schade boven T10 is orgasme mogelijk, maar bij schade onder T10 werkt de sacrale reflex niet meer. Na *spinal cord injury* beleeft 40 tot 45% van de mannen een orgasme en 42 tot 56% van de vrouwen. Ook werden behandelopties besproken (zie hiervoor de website van de *International Spinal Cord Society*).

In een workshop over noviteiten werden nieuwe apparaatjes getoond:

- De *Uresta bladder support*: een blaashals-ondersteuner in verschillende maten, te gebruiken tijdens sporten. De effectiviteit ervan is onduidelijk, aangezien de firma zelf onderzoek heeft gedaan zonder controlegroep. [www.uresta.com](http://www.uresta.com)
- De *TENA-chip* voor in een incobroekje dat een melding kan afgeven naar een app wanneer het verband verzadigd raakt. Prettig voor gebruikers en heel handig voor hulpverleners, omdat je op deze manier niet 'te laat' verband verschoont.
- De *INNOVO*, een broekje met elektroden voor (uitwendige) neurostimulatie van de bekkenbodemmusculatuur in stand. Na behandeling zie je met ultrageluid een grotere beweging van de blaas bij bekkenbodempcontracties. ([www.myinnovo.com](http://www.myinnovo.com))
- De *Femfit*, een smalle vaginale drukprobe met acht meetpunten, die is ontwikkeld in Nieuw-Zeeland door Kruger et al.; de probe is goed te gebruiken en is betrouwbaar in verschillende houdingen. Al sinds de presentatie (3 jaar geleden) zijn er twijfels over de bruikbaar-

heid bij een bredere hiatus.

[https://www.youtube.com/watch?v=I9HBiq8t5K8&ab\\_channel=icstelevision](https://www.youtube.com/watch?v=I9HBiq8t5K8&ab_channel=icstelevision)

- *UCon*, een uitwendige probe voor dorsale genitale elektrostimulatie, zowel voor vrouwen als voor mannen. <https://innconmedical.com/the-product/>
- Een nieuwe elektrode voor PTNS voor thuisgebruikers. Een soort eitje dat de gebruiker zelf tegen de dorsolaterale zijde van de knie duwt, wat leidt tot een beweging van de voet. Er wordt 4 Hz gebruikt en er is bij 29 mensen significante verbetering aangetoond, echter zonder controlegroep. Zie het artikel van Krhut en collega's hierover: '*Peroneal Electric Transcutaneous NeuroModulation (eTNM®): A Novel Method for the Treatment of the Overactive Bladder*'.

In de workshop over de behandeling van incontinentie bij demente patiënten liet **Paul van Houten** zien dat er een andere benadering nodig is, waarbij de talenten van de patiënt en diens partner of omgeving maximaal benut moeten worden. Voor ouderen is urine-incontinentie een belemmerende factor voor bewegen, terwijl meer bewegen juist kan leiden tot minder incontinentieklachten.

**Heidi Moosdorff** gaf aan dat er ook andere klinimetrie nodig is, zoals: de *Timed Up and Go test (TUG)*, de *Zes Minuten Wandeltest* voor de loopafstand, de *Zes Meter Looptest* voor de loopsnelheid, en de *Performance-Oriented Mobility Assessment* (volgens Tinetti) voor het meten van de balans. Door middel van de casus die ze presenteerde, werd duidelijk dat de behandeling bij mensen met dementie zich op andere elementen moet richten, denk aan het handhaven van mobiliteit, dan bij niet-demente patiënten. Samenwerking met de geriatrisch fysiotherapeut is een goede optie.

Dan nog opvallende informatie vanuit de andere presentaties:

- Mannen die een liesbreukoperatie ondergingen, hebben postoperatief in 36% van de gevallen last van blaasretentie. Met collega's spraken we onze verbazing uit dat wij zo vaak mannen in de praktijk behandelen die in het verleden een liesbreukoperatie hebben gehad; zou er een verband kunnen zijn?
- In een mooie Cochrane-review werden de effecten van acupunctuur op de overactieve blaas (OAB) vergeleken met die van medicatie. De studies zijn methodologisch niet heel sterk en betreffen kleine groepen. Toch lijkt acupunctuur de OAB-klachten met een klein verschil iets meer te verminderen dan medicatie, zodat die benadering een goed alternatief kan zijn als de patiënt de medicatie niet goed verdraagt of deze niet wil. Er is niks bekend over de langetermijneffecten van acupunctuur.
- De behandelverwachting van patiënten met het overactieve blaassyndroom (OAB) zijn door een Nederlandse uroloog (Coen Holzhauer) onderzocht. Uitkomsten: wanneer de eerste behandeloptie niet werkt, daalt het vertrouwen van de patiënt in het resultaat van een volgende behandeling (bijvoorbeeld andere medicatie) enorm. Er is geen duidelijk behandelprotocol bij OAB, de interventies worden niet in een bepaalde volgorde gegeven en ook de duur ervan ligt niet vast. Patiënten vinden verschillende behandelaren enorm hinderlijk. Daarnaast blijken de controle over en de hulp bij behandelmanagement (sociale impact) voor patiënten belangrijker dan geen urineverlies.

**Annelies Pool-Goudzwaard** besprak in haar e-poster een *narrative literature review* over de validiteit, de betrouwbaarheid en de responsiviteit van de in vele talen vertaalde *International Prostate Symptom Score (IPSS)*. Dit is een 8-item zelf-





Presentatie door Heidi Moosdorff



Generale repetitie van de presentatie van Dorien in de Airbnb met Heidi en Petra

rapportagevragenlijst, die de ernst van onvolledige blaaslediging identificeert en kwantificeert, evenals urinefrequentie, urgency, zwakke straal, persen en nocturia. De IPSS kan LUTS-klachten goed meten, maar in veel mindere mate de veranderingen in de tijd.

**Dorien Bennink** presenteerde een e-poster over de correlatie tussen de EMG-activiteit van verschillende lagen van de bekkenbodemspieren en de functionele

uitkomsten van de patiënt die behandeld is voor rectale kanker. De primaire functionele uitkomstmaat is de *Low Anterior Resection Symptom* (LARS) score. Er werd geen correlatie gevonden tussen de primaire uitkomstmaat (LARS-score) en de EMG-waarden van de m. puborectalis, de externe anale sfincter, de n. pudendus en de n. levator ani tijdens rust en tijdens contracties. Er werd wel een significante correlatie gevonden tussen de IPSS-score en toename van de EMG-activiteit van de

externe anale sfincter en de n. pudendus tijdens maximale contracties.

### Tot slot

In veel landen gaan jonge enthousiaste collega's op een congres mee met de ervaren 'rotten' en dat zouden wij in Nederland ook graag willen opbouwen. Je hoeft geen onderzoeker te zijn of te willen worden om naar een congres te gaan. Ook het uitwisselen van klinische expertise komt ruim aan bod. Niet alleen op het congres, maar ook tijdens de lunches, borrels, wandelingen, in de metro, bij gezamenlijke etentjes, de welkomstreceptie of het galadiner.

Om de drempel nog lager te maken vergoedt de NVFB de congreskosten als je een verslag maakt over dit congres.

Dus... blok 27 t/m 30 september 2023 alvast in je agenda voor het ICS-congres in Toronto! Zoek een fysiomaatje of ga met je oefengroep of hele praktijk, zoals drie praktijken in het noorden van het land dit jaar deden (totaal 7 bekkenfysio's). Wij hebben op dit congres weer een hoop geleerd met en van elkaar.



Eigen lunch verzorgen op een ICS-congres was nieuw!



E-posterpresentatie Dorien

# De gezichten achter de nieuwe bestuursleden

**Nieuwe bestuursleden, die zich met hart en ziel inzetten voor ons vak. Wie zijn ze en wat beweegt hen? Wat vinden zij ertoe doen? Hier zijn ze.**

## Marloes Reijman stelt zich voor

Ik ben 38 jaar en woon in Zoetermeer met mijn man Rob en onze twee jongens. Sinds 2005 ben ik fysiotherapeut en sinds 2013 bekkenfysiotherapeut. Sinds 2021 heb ik ook de aantekening seksuologie. Afgelopen jaar ben ik gestart als algemeen bestuurslid van de NVFB, een superleuke uitdaging.



Marloes Reijman

### Waar werk je?

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

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

Binnen mijn vak hou ik van de casussen waarbij ik moet puzzelen, verbanden moet leggen en outside the box moet denken. Daar heb ik in de praktijk alle vrijheid toe.

### Waarom ben je bestuurslid geworden?

Omdat ik geen nee durfde te zeggen toen ik gevraagd werd, hahahaha. Nee grapje. Ik heb de afgelopen jaren ontdekt dat bekkenfysiotherapie niet alleen mijn baan

is, maar mijn passie. Ik denk dat we het mooiste vak van de wereld hebben, maar in de mainstream denken veel mensen toch dat we rondhupsen op een bal met allemaal zwangeren. Ik ga me er heel erg voor inzetten om bekkenfysiotherapie op de kaart te zetten als het brede en mooie beroep dat we hebben. Bij collega-fysiotherapeuten, patiënten, verwijzers en iedereen die het wil horen. Ik ben super trots op wat mijn voorgangers allemaal bereikt hebben en hoop dit op een goede manier voort te kunnen zetten.

### Wat vind je leuk binnen het bestuur van de NVFB?

Ik word erg enthousiast van het samenwerken met collega's die hetzelfde voor ons mooie vak voelen en ook bekkenfysiotherapie naar een hoger plan willen tillen.

### Wat is je kracht binnen het bestuur?

Ik kan verbinden, luisteren en actief participeren. Ik werk graag in een team van gelijkgestemden, al hoeven we zeker niet allemaal hetzelfde te zijn. Misschien wel liever niet zelfs. Ik denk dat deze aspecten mijn rol binnen het bestuur zullen completeren.

### Waar zie jij de NVFB en ons vak over tien jaar?

Ik hoop dat alle bekkenfysiotherapeuten van Nederland dan lid zijn van de NVFB. Dat ze vinden dat de NVFB er voor iedereen is en dat ze de meerwaarde van deze verbinding zien. Voor ons mooie vak hoop ik dat we dan beter zichtbaar zijn in de medische wereld, op een plaats die past bij onze bekwaamheid. Dat patiënten, collega's en verwijzers beter op de hoogte zijn van wat we allemaal kunnen. Een mooie stap wordt daarin al gemaakt nu een aantal collega's promoveren.

### Wat hoop jij te bereiken met de NVFB en hoe denk je dit voor elkaar te krijgen?

Ik hoop meer verbinding te krijgen met de leden. Dat collega-bekkenfysiotherapeuten beter weten wat de NVFB allemaal doet voor ons en voor het vak bekkenfysiotherapie zelf. Ik moet eerlijk zeg-

gen dat ik dat zelf ook niet zo goed wist tot ik in het bestuur kwam. Achter de schermen wordt had gewerkt aan meer naamsbekendheid en aan een zichtbare positie in de zorgketen, vragen van leden worden behandeld, leden worden ondersteund waar nodig, er wordt aan richtlijnen gewerkt, er wordt onderzoek gedaan, er worden congressen georganiseerd en er worden mooie producten ontwikkeld, zoals het postpartum consult. Dit moet zichtbaarder worden. Ook wil ik dat leden het gevoel hebben dat ze de NVFB kunnen vragen om ondersteuning.

### Wat wil je meegeven aan (toekomstige) leden en eventueel bestuursleden?

De NVFB is er voor en door leden. We hebben elkaar dus nodig om er een succes van te maken. Heb je vragen, dan kun je ze altijd aan de NVFB voorleggen. We proberen altijd te ondersteunen.



## Lauri Bongers stelt zich voor

Ik ben 37 jaar en ik begin al een beetje te wennen aan mijn nieuwe achternaam, ondanks dat ik pas vier maanden getrouwd ben.



Lauri Bongers-Savelkoul

### **Waar werk je?**

In 2013 is FysioPelvis opgericht en op dit moment werk ik daar met zeven fantastische collega's. De tijd in de praktijk verdeel ik tussen het behandelen van patiënten en het managen van de praktijk en de locaties in regio Haaglanden.

### **Waarom ben je bestuurslid geworden?**

Ik haal ontzettend veel energie uit het werken als bekkenfysiotherapeut en heb daarnaast steeds meer interesse in de gang van zaken achter de schermen van het vak. Mijn doel is meer bekendheid van onze specialisatie te realiseren bij verwijzers, collega's, verzekeraars, patiënten en andere stakeholders. Ik vind het belangrijk om het vak een nog volwaardiger positie in te laten nemen in de zorg rond het bekken(bodem)gebied.

### **Wat vind je leuk binnen het bestuur van de NVFB?**

Het evalueren van de actualiteiten rond het vak en de mogelijkheid om met de betrokken partijen om de tafel te gaan.

### **Wat is je kracht binnen het bestuur?**

Onderhandelen en in gesprek blijven met stakeholders om gezamenlijk tot de beste beslissing te komen, een beslissing die zo gunstig mogelijk uitpakt voor ons vak.

### **Waar zie jij de NVFB en ons vak over tien jaar?**

Ik geloof dat er meer winst te behalen is op het vlak van educatie, innovatie, preventie en vergoeding, en dat geldt ook voor signalering en diagnostiek. Ik zie voor me dat verbetering daarvan onze positie in het zorglandschap over tien jaar nog veel sterker heeft gemaakt.

### **Wat hoop jij te bereiken met de NVFB en hoe denk je dit voor elkaar te krijgen?**

Ik wil dat de stem van de vereniging meer gewicht in de schaal gaat leggen, waardoor wij nog beter op kunnen komen voor onze belangen.

### **Wat wil je meegeven aan (toekomstige) leden en eventueel bestuursleden?**

Samen staan we sterk! Hoe hoger het percentage actieve en kritische leden onder onze collega-bekkenfysiotherapeuten, hoe meer slagkracht we hebben en hoe beter we voor onszelf als bekkenfysiotherapeuten kunnen zorgen.

## **Djoeke Saaltink stelt zich voor**

Ik ben 49 jaar, getrouwd en moeder van twee jongens van 18 en 20 jaar.



*Djoeke-Saaltink*

### **Waar werk je?**

Ik heb een eigen praktijk/maatschap in Amersfoort in het Soesterkwartier en ik werk nog één dag in een praktijk in Achterveld bij een collega-bekkenfysiotherapeut.

### **Waarom ben je bestuurslid geworden?**

Vorig jaar heeft Dieuwke Botschuijver me gevraagd om bestuurslid te worden. Ik zei toen nee, omdat ik dacht dat ik het niet zou kunnen, maar werd toch nieuwsgierig of het wat voor me zou zijn. Toen Dieuwke me nogmaals belde, leek het me toch ontzettend leuk om achter de schermen mee te kunnen denken en werken aan het vak bekkenfysiotherapie. En nu ben ik dus secretaris en volg daarmee Bernadette Berendes op.

### **Wat vind je leuk binnen het bestuur van de NVFB?**

Het is erg leuk om met andere bestuursleden na te denken over wat belangrijk is voor de toekomst van de bekkenfysiotherapie en om, samen met onze leden, voort te bouwen op wat de vorige besturen hebben neergezet. We zijn straks met een heel nieuw bestuur. Enerzijds spannend, maar anderzijds ook ontzettend leuk om samen weer nieuwe producten te ontwikkelen.

### **Wat is je kracht binnen het bestuur?**

Mijn kracht? Ik ben een teamplayer en zet me graag samen met de andere bestuursleden in om bekkenfysiotherapie nog be-

ter op de kaart te zetten.

### **Waar zie jij de NVFB en ons vak over tien jaar?**

Over tien jaar hoop ik dat er nog veel meer bekkenfysiotherapeuten lid zijn van de NVFB. Ook vind ik het belangrijk dat we als bekkenfysio samenwerken met andere paramedische disciplines om de groeiende groep patiënten met bekkenklachten zo goed mogelijk te kunnen helpen. Verder hopen we de zichtbaarheid in de samenwerkingsverbanden met huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten te vergroten, zodat we beter vindbaar zijn. We hebben bijvoorbeeld de nascholing aan huisartsen weer opgestart, zodat de groep huisartsen die weet wat we eigenlijk doen, groeit en deze poortwachters in de zorg ook eerder naar ons doorverwijzen.

### **Wat hoop jij te bereiken met de NVFB en hoe denk je dit voor elkaar te krijgen?**

Eigenlijk een beetje voortbordurend op de vorige vraag: meer kennis aandragen bij andere disciplines van wat bekkenfysiotherapie is en hoe doorverwijzing patiënten kan helpen, nascholingen geven aan huisartsen en verloskundigen, maar ook kennis van bekkenfysiotherapeuten zelf up-to-date houden door webinars te ontwikkelen. Het postpartum consult vind ik een goed voorbeeld van hoe je door een product de patiënt beter kunt informeren en helpen, en tegelijkertijd de samenwerking met verloskundigen kunt verbeteren.

### **Wat wil je meegeven aan (toekomstige) leden en eventueel bestuursleden?**

Voor mij is het belangrijk om een grote groep leden te hebben die samen iets kunnen betekenen en ontwikkelen voor de toekomst. Denk aan zorgverzekeraars. Daar kun je alleen aankloppen voor vergoedingen en tarieven als je dat met een grote groep doet.

# Interview met Philip Van Kerrebroeck

## Een plan dat niet gepland was

**Dit interview vond om 7.00 uur plaats, maar als het aan de emeritus had gelegen had het ook om 6.30 uur gekund.**

### *Kun je je kort voorstellen?*

“Ik ben Philip Van Kerrebroeck, vorige eeuw geboren te Leuven (België) en opgegroeid in de Oranjestad Diest. Ik studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leuven en specialiseerde in de chirurgie en de urologie te Brussel, Utrecht, Nijmegen en San Francisco.

De laatste 23 jaar werkte ik als uroloog in het Maastricht UMC en ben sinds november 2019 emeritus hoogleraar Urologie aan de Universiteit Maastricht.”

### *Hoe ben je ertoe gekomen om dit werk te gaan doen?*

“Als kind bewonderde ik een oom (een broer van mijn moeder) die huisarts was. Het helpen van mensen, het onverwachte, het boeiende van zijn werk sprak me enorm aan. Op 18 jaar wilde ik dan ook graag geneeskunde gaan studeren. Mijn leraar op de muziekacademie (ik studeerde dwarsfluit) vond dat ik voor een carrière als muzikant moest gaan. Na een gesprek met de professor dwarsfluit van het conservatorium van Antwerpen, besloot ik toch arts te worden en als amateur muziek te blijven maken.

Tijdens mijn studies ‘Genees-, heel- en verloskunde’ (zo was de officiële naam van de studie geneeskunde toen nog) aan de Universiteit van Leuven (België), en zeker na de klinische stages tijdens het voorlaatste jaar, wilde ik de opleiding chirurgie volgen. Het traject van diagnostiek naar echte behandeling ‘kort en krachtig’ sprak me heel erg aan. Een heel strenge selectie volgde, waarbij familiale banden met een chirurg een belangrijke rol speelde. Uiteindelijk werd ik niet geselecteerd voor de opleiding in het Universitaire Ziekenhuis van Leuven, maar werd ik ‘gedetacheerd’ naar de opleidingskliniek St. Elisabeth te Ukkel, ten zuiden van Brussel. Een andere wereld ging open. Niet alleen een wereld van een tweetalige kosmopolitische grootstad, maar ook de wereld van de specialistische ziekenhuisgeneeskunde met privépraktijken en de belangrijke rol van financiële drijfveren bij medische beslissingen.”

### *Spelen de financiële drijfveren nog dezelfde rol als toen?*

“Ja, in België heeft het betalingssysteem een open eind. De betalingen komen van de patiënt en de overheid. Alle ziekenhuizen zijn failliet. De privépraktijken in de ziekenhuizen brengen nog geld op. Er ligt veel druk op de artsen. Er wordt overmatige diagnostiek gedaan, omdat dat geld in het laatje brengt.

Tijdens mijn stage Urologie in mijn vierde jaar opleiding Chirurgie werd ik gegrepen door het gevoel ‘dit is wat ik wil doen’. De combinatie van diagnostiek en therapie van A tot Z, de aanpak bij volwassenen en kinderen en de pathologie, zowel bij vrouwen als bij mannen, sprak me aan. In hetzelfde ziekenhuis switchte ik dus na vier jaar chirurgie naar de urologie. Na twee jaar urologie aldaar wilde ik ook ervaring in het buitenland opdoen en volgde een bijkomende opleiding in Utrecht, Nijmegen en San Francisco. De focus van die subspecialisatie lag toen reeds binnen de functionele urologie en met name bij het gebruik van elektrische stimulatie bij blaasproblemen bij neurologische en niet-neurologische problemen.”

### *Heb je ook kinderen behandeld binnen de functionele urologie?*

“In het begin wel. Ik heb ook samengewerkt met urotherapeuten. Ik weet dat de bekkenfysiotherapeut zich kan specialiseren in het behandelen van kinderen.

Na een korte periode als uroloog gewerkt te hebben in een opleidingskliniek in Kortrijk (België), kreeg ik de kans om terug te keren naar Nederland als stafid Urologie binnen het UMC St. Radboud te Nijmegen. Daar promoveerde ik in 1993 op een experimenteel onderzoek naar elektrische stimulatie van de blaas bij mensen met een dwarslaesie. Na bijna 10 jaar als stafid Urologie en universitair hoofddocent in Nijmegen, werd ik in 1996 benoemd als hoogleraar Urologie in Maastricht en werkte daar tevens als uroloog in het Maastricht UMC+ tot mijn emeritaat in november 2019. Nu werk ik parttime nog in een privépolikliniek te



*Philip Van Kerrebroeck*

Leuven en houd me daar vooral bezig met second opinions bij patiënten met allerlei complexe urologische problematiek.”

### *Wat raakt je in dit werk?*

“Als uroloog heb ik me vooral bezighouden met wat men vaak aanduidt als ‘functionele urologie’. Binnen dit subspecialisme worden mensen (mannen en vrouwen) onderzocht en behandeld met functiestoornissen van de lage urinewegen. Bij vrouwen betreft het dan onder andere ernstige problemen met de continentie en bij mannen hinderlijke plasproblemen. Mijn specifieke interesse betreft de blaasproblematiek bij mensen met een dwarslaesie, maar ook mensen met multipelsclerose, parkinson en veel ander neurologische aandoeningen.

De heel hinderlijke symptomen, maar anderzijds ook de medisch belangrijke gevolgen van deze functiestoornissen boeien me in het bijzonder en het is een blijvende uitdaging om deze adequaat en op tijd te diagnosticeren en correct, maar ook met zo weinig mogelijk complicaties, te behandelen. Uitdagend is daarbij ook oog te hebben niet alleen voor de korte termijn, maar zeker ook voor gevolgen op de (middel)lange termijn, zowel zonder als met behandeling.”

### *Vertel eens iets over je dagelijks werk?*

“Sinds mijn emeritaat en dus ook de formele pensionering in Nederland is mijn dagindeling als uroloog drastisch veranderd. In het MUMC bestond mijn werk uit een combinatie van patiëntenzorg (poliklinische consulten en diagnostiek, operatieve ingrepen op het dagcentrum en het operatiecomplex), onderwijs in het kader van het Probleemgestuurd Onderwijs (vooral in het tweede en het derde jaar, inclusief enkele hoorcolleges), onderzoek en begeleiding van promovendi en tevens vrij intense en frequente buitenlandse activiteiten (spreken op congressen, symposia en wetenschappelijke bijeenkomsten inclusief *investigator meetings* voor klinische trials and researchbesprekingen). Aangezien ik 15 jaar ook hoofd was van de afdeling Urologie was management met alles wat daar bij hoort ook een belangrijk deel van mijn takenpakket, wat zijn weerslag had op mijn tijdsindeling uiteraard.

Nu ben ik binnen de patiëntenzorg alleen nog deeltijds poliklinisch actief, maar ben intussen bestuurslid van de *European Association of Urology* (EAU), de Europese vereniging van urologen met 15.000 leden, en van de *International Continence Society* (ICS), een wetenschappelijke en caritatieve organisatie met 4500 leden.”

***Wat maakt de ICS caritatief?*** “Dat staat schriftelijk vast en is zo in Engeland geregistreerd. Er werken vrijwilligers en het moet ook over direct patiëntgerelateerde zorg gaan. Het voordeel is dat een caritatieve organisatie geen BTW hoeft af te dragen.” ***Ik onderbrak je, ga verder...*** “Bovendien ben ik *chairman* van het *History Office* van de EAU, waarbinnen aandacht wordt geschonken aan de geschiedenis van de (Europese) urologie, en ik ben tevens *vice-chairman* van het *EU Office* van de EAU, van waaruit contacten gelegd worden tussen de EAU als professionele organisatie en de Europese Instanties (Commissie, het Europese Parlement en de administratie daarvan). Ook ben ik betrokken bij een aantal start-ups die zich bezig houden met het ontwikkelen van nieuwe behandelingen op het gebied van de functionele urologie, onder andere elektrische stimulatie van de lage urinewegen en nieuwe behandelingen voor stressincontinentie bij de vrouw.”

### ***Hoe zien die stressincontinentiebehandelingen eruit?***

“Dat zijn urethrale slings van nieuw materiaal en we kunnen ze met 3D-printers individueel maken. Nu de corona-ellen-

de enigszins voorbij is, start het internationaal circuit ook opnieuw op en word ik regelmatig uitgenodigd om te spreken op urologische bijeenkomsten.”

### ***Maak je ook bijzondere dingen mee in de praktijk?***

“Een bijzondere vaststelling is het aanvaard worden van de functionele chirurgie. De klassieke operatieve ingrepen bestaan erin om anatomisch te werk te gaan (het verwijderen van een orgaan of weefsel of het anatomisch herstellen van een structuur). Sinds de negentiger jaren van de vorige eeuw is het echter ook binnen de urologie mogelijk om de functie van de lage urinewegen te sturen middels het gebruik van elektrische stroom en dus op die manier functiestoornissen te corrigeren. Aanvankelijk veroorzaakten deze technieken heel veel argwaan bij talrijke collega's, maar de voorbije jaren zijn, mede op basis van de goede resultaten en nieuwe ontwikkelingen, ook deze ingrepen aanvaardbaar geworden, alhoewel ze nog steeds geen gemeengoed zijn.” ***Het is voor mij als fysiotherapeut heel verbazingwekkend te horen dat mensen in de gezondheidszorg niet functioneel denken.*** “Toch zal je mij moeten geloven. Daarom was er ook zoveel weerstand toen ik wilde beginnen met elektrische stimulatie bij blaasproblemen. Zelfs bevriende collega's die het goed met mij voorhadden, vonden mij een idioot. Er is onlangs onderzocht dat 40% van de artsen de seksuele functie niet bespreekt met de patiënten die een prostaatoperatie krijgen. En dat in 2022!”

Dat was dus iets bijzonder op makro-niveau.

Op microniveau blijven de fantastische herinneringen aan zoveel bijzondere ontmoetingen met patiënten en andere mensen binnen de kliniek, maar ook daarbuiten, bijvoorbeeld binnen de industrie, nationaal en internationaal, jong en oud, man of vrouw.”

### ***Wat zie jij als aandachtspunten voor de komende jaren?***

“Ik stel een verdergaande impact vast van technologie binnen de urologie. De komst van de operatierobot heeft hiertoe de voorbije jaren een belangrijke rol gespeeld, samen met een hele reeks andere technische en technologische ontwikkelingen. Binnen de urologie denk ik dan aan de endo-urologische en minimaal-invasieve ingrepen. De impact van deze technologie houdt het risico in op een be-

paalde ontmenselijking van de geneeskunde en bij uitbreiding, van de urologie. We mogen nooit vergeten dat achter (of is het eerder vóór) iedere pathologie een mens staat van vlees en bloed met een persoonlijkheidsstructuur en de nodige psychologische beslommeringen.”

### ***Wat zou je aan ons mee willen geven?***

“Terugkijkend op mijn voorbije 40 jaar binnen de urologie zie ik grote veranderingen, zowel in algemene zin als specifiek wat betreft mijn persoonlijke loopbaan. Dat laatste vatte ik samen in de titel van dit interview ‘Een plan dat niet gepland was’. In mijn carrière zijn meer belangrijke dingen gebeurd die ik niet bewust gepland had, maar die wel een significante impact hebben gehad. Toch ben ik er van overtuigd dat dit ‘toeval’ in zekere mate ook ‘gestuurd’ wordt. In mijn situatie denk ik dat deze sturing voortkwam uit gedrevenheid en interesse met een open blik op de professionele mogelijkheden, maar steeds met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van leven van zieke mensen of mensen met een gezondheidsprobleem.

Een ander motto is wellicht ‘Nooit opgeven’. Een professionele loopbaan is inderdaad soms ook een renbaan, of zelfs een rollercoaster met hoge ups en lage downs.” ***Wat heb je als up ervaren?*** “Dat ik in Maastricht kon gaan werken als hoogleraar. Ik kreeg meer vrijheid om de blaasproblemen van mensen met een neurologische aandoening te onderzoeken en behandelen. ***En wat als down?*** “Dat was het jaar daarvoor. Toen kwam een positie vrij in Antwerpen die ik niet gekregen heb. Achteraf was het voor mij juist gunstig, omdat ik anders niet in Maastricht terecht was gekomen.

Toch volhouden ondanks alles, op basis van je eigen overtuiging, is dan de boodschap. De titel van mijn afscheidscollege was dan ook: “..., maar toch ...”. Dat vat het overheersend principe goed samen. Succes in termen van ‘wat heb ik kunnen doen voor anderen’, meet zich niet af aan de inspanningen, maar wel aan de resultaten.

### ***Speel je nog dwarsfluit?***

“Ja, maar minder regelmatig dan vroeger. Het samenspelen is jammer genoeg door de corona in het slop geraakt.”

---

## **Interview Andrea Eggen MSc**

---

*redactie NVFB Bulletin*

# 'From birth to happy mom: the child bearing year' BICAP 2022

Dieuwke Botschuijver en Djoeke Saaltink MSc

geregistreerd bekkenfysiotherapeut bij Fysiotherapeutisch Centrum Van Bergen respectievelijk Fysiotherapeuten Soesterweg

**'Gluren bij de burens', dat is precies wat Dieuwke en Djoeke een dag lang hebben gedaan bij BICAP, de Vlaamse vereniging van kinesitherapeuten die zich gespecialiseerd hebben in het begeleiden van zwangere vrouwen en personen met bekkenbodemp Problemen. Het congres draaide helemaal om de periode rond de zwangerschap: zowel pre-, peri- als postpartum.**



Het congres werd gehouden in Brugge, en er waren ongeveer 170 bezoekers, voor het merendeel leden van BICAP. De eerste twee dagen waren gevuld met lezingen in het Beurs-, Meeting- en Congressentrum en de derde dag bestond uit workshops, die werden gegeven in het Sint-Janshospitaal. De welkomstreceptie was in het prachtige oude stadhuis van Brugge. Dit nationale congres werd ondersteund door de International Urogynecological Association (IUGA) en er was dan ook een keur aan internationale sprekers die een diversiteit aan onderwerpen behandelden, die dus allemaal in het teken stonden van de moeder tijdens haar

zwangerschap, de bevalling en de daarop volgende herstelperiode.

De dag ging van start met **Kim Vopni**, de vaginacoach uit Canada, met haar presentatie 'Prepare to push'. Vopni begeleidt in Canada zwangere vrouwen om fit te blijven in het hele lichaam, dus ook het perineum, en bij het herstel postpartum. Wat centraal stond was de combinatie van kracht en lengte tijdens en na de zwangerschap om zoveel mogelijk schade te beperken tijdens de bevalling en voor een vlot herstel na de bevalling.

De presentatie van **Lynn Schulte**, bekkenfysiotherapeut in de Verenigde Staten, 'Postpartum healing – common patterns in the postpartum body' sloot daar mooi bij aan. Zij belichtte uitgebreid wat een bevalling op artrogeen gebied met het bekken doet, en welke klachten vrouwen kunnen hebben als er door die bevalling veranderingen optreden in het bekken. Zij signaleerde daarin zelf een patroon, waar zij ook een behandeling voor ontwikkelde. En hoewel deze behandeling niet evidence-based is, is haar ervaring wel dat vrouwen met haar bekkenmobilisatie snel van hun klachten afgeholpen worden.

**Angie Rantell**, verpleegkundige urogynaecologie uit Engeland, gaf aan dat seksualiteit en seksuele disfunctie in de maatschappij nog steeds onderbelicht zijn, en dat dit de kwaliteit van leven van vrouwen negatief beïnvloedt.

**Professor Alexandra Vermandel** heeft veel onderzoek gedaan naar *early pelvic floor exercises postpartum* en legde uit dat training geen luxe, maar echt noodzakelijk is, omdat urine-incontinentie postpar-



tum een groot probleem is, met een hoge prevalentie.

Tussen de lezingen door werden we prachtig onthaald op de vierde etage van het beursgebouw waarbij sponsors zich mooi presenteerden en de innerlijke mens op Belgisch niveau werd verwend.

**Nelly Faghani**, bekkenfysiotherapeut uit Canada, sprak over posttraumatische stressstoornis (PTSS), en dat ook een eerdere bevalling PTSS kan veroorzaken, en niet alleen een negatieve ervaring in het algemeen. Zij onderstreepte hoe belangrijk het is om je hiervan bewust te



De expositieruimte

zijn, want PTSS heeft een negatieve invloed op de bevalling.

**Jill Meirte**, fysiotherapeut en littekenexpert, nam ons mee in het afwijkende herstelproces van littekenweefsel voor de pas bevallen vrouw. Zij gaf tips, zoals de siliconenpleister, om het herstel te bevorderen.

Daarna kwam voeding aan de orde, besproken in een hybride sessie vanuit Canada door **Jessica Drummond**. Hoe belangrijk het is om te kijken naar wat de vrouw nodig heeft om therapietrouw te creëren, werd belicht door **Hedwig Neels PhD** in de laatste presentatie van die dag. Houd rekening met wat een vrouw nodig heeft, want iedere vrouw is anders, met als belangrijkste boodschap: herken het probleem. Voor meer informatie kijk op [www.thepelvicfloor.be](http://www.thepelvicfloor.be)

We sloten de dag af met een receptie in het stadhuis van Brugge, natuurlijk met een Brugse Zot.

De tweede dag waren weer heel wat interessante sprekers gepland. De grote lijn werd al snel duidelijk. Iedereen onderstreepte dat er meer bewustwording moet komen voor de zwangere vrouw. Wat zijn de mogelijkheden qua bevalling, zoals houdingen, *hands-on- of hands-off* technieken van de verloskundige dan wel de gynaecoloog, blijven bewegen tijdens de ge-

hele partus, gebruikmaken van de zwaartekracht en wat de vrouw zelf als beste houding ervaart, haar eigen inbreng en mogelijkheid om haar gevoel te herkennen en onder woorden te brengen.

De voor- en nadelen van de verschillende manieren om te bevallen werden besproken door **Markus Huebner**, urogynaecoloog uit Duitsland. Ook interessant was de mogelijkheid die hij aangaf om direct postpartum een pessarium te gebruiken om het ophangmechanisme van de baarmoeder te ondersteunen.

**Annelies Pool** vertelde over de *illness beliefs* van vrouwen met en zonder bekkenpijn en hoe belangrijk het is om de juiste bewoording te gebruiken in verband met het nocebo-effect. Denk hierbij aan uitspraken als: 'je bekken staat scheef'.

Uit Schotland kwam een luchtige invulling van **Elaine Miller**, met haar lezing 'Are leaky moms happy moms?' Vrouwen lopen te lang door met hun probleem, omdat ze het zelf niet bespreekbaar maken, maar ook omdat er niet naar wordt gevraagd. Er bestaat nog veel onwetendheid onder de (huis)artsen over wat een bekkenfysiotherapeut kan betekenen. Bekkenfysiotherapie postpartum moet meer gepromoot worden onder de bevallen vrouwen, zodat ze niet jaren met klachten blijven lopen.

Twee jonge bekkenfysiotherapeuten, een Britse en een Ierse, vertelden over hoe zij social media inzetten om bekkenproblematiek meer onder de aandacht te brengen, en over de podcasts die zij maken. Zo namen ze een podcast op voor jonge moeders, om hen ervan bewust te maken dat het voor hen mogelijk is om op een hoger sportniveau te trainen dan eerst werd gedacht, en dat bekken(bodem)problemen daar geen belemmering voor hoeven te zijn. Natuurlijk wel met adequate training, maar dat spreekt voor zich. Ondernemende vrouwen dus, die voor deze doelgroep de *Guideline returning to running or similar impact activity postpartum* ontwikkelden.

**Dr. Ranee Thakar**, gynaecoloog uit het Verenigd Koninkrijk, zet zich in voor de implementatie van een *hands-onteknik* om *obstetric anal sphincter injury* (OASI) tijdens de bevalling te voorkomen. Haar doel: dit implementeren in heel Engeland.

Dag nummer drie stond was gevuld met workshops. Wat heerlijk om na twee dagen zitten weer wat praktisch te kunnen doen!

Wat een leuk congres! We hopen alleen wel dat de Nederlandse delegatie de volgende keer groter is. Het is de moeite waard.

# Critically Appraised Topic:

## Effectiviteit van transcutaneous electrical nerve stimulation op anorectale pijn bij een 66-jarige man met colorectaal carcinoom en metastaseringen in de palliatieve fase



Yvonne van der Veen-Geul

### Klinisch beeld

Een 66-jarige man met een body mass index (BMI) van 23 is verwezen naar de eerstelijns bekkenfysiotherapiepraktijk voor revalidatie, nadat in 2016 de diagnose colorectaal carcinoom was gesteld. Na rectumresectie met blijvende ileostoma bleken in 2017 metastasen aanwezig in longen, lever en nieren, waarna operaties, chemo- en radiotherapie volgden. De patiënt bevindt zich inmiddels in de palliatieve fase en heeft aanhoudende anorectale pijn (NRS 4) bij zitten (PSK 50). Uit bekkenfysiotherapeutische anamnese en onderzoek kwamen geen andere klachten of aangrijpingspunten naar voren, behalve hyperalgesie perianaal en in de regio sacralis.

Patiënt wil pijnmedicatie zo lang mogelijk uitstellen en vraagt naar de bekkenfysiotherapeutische mogelijkheden voor pijnvermindering.

Bij acute en chronische pijn wordt ter pijnvermindering TENS toegepast, waarbij nociceptieve informatie segmentaal op het niveau van de dorsale hoorn wordt geremd.<sup>1</sup> Oncologische pijn is echter complex en onvoorspelbaar, en wordt mogelijk verklaard door compressie van de tumor of door neuropathie door operaties, chemo- en radiotherapie.<sup>2</sup> Uit een review van Cottrell et al. uit 2020 lijkt TENS een positief effect te hebben op pijn bij mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn.<sup>3</sup>

De klinische onzekerheid van de bekkenfysiotherapeut in opleiding is of TENS ook een pijnverminderend effect kan hebben op de anorectale pijn bij deze oncologische patiënt in de palliatieve fase.

### Klinische vraag

Wat is de effectiviteit van TENS (I) op de ernst van anorectale pijn (O) vergeleken met usual care (C) bij een 66-jarige man met colorectaal carcinoom en metastaseringen in de palliatieve fase (P)?

### Geselecteerd artikel

Er zijn 33 artikelen gevonden. Op basis van de inclusie- en exclusiecriteria is het



Tabel 1 Verschillen tussen groepen: veranderscores totaal (IMT minus PBT; n = 11; PBT minus IMT; n = 9; totaal: n = 20).

Uitkomstmaat NRS 0-10	Totaal IMT minus PBT; gemiddeld verschil (95%-BI)	p-waarde
Gemiddelde pijn	-0,2 (-0,9 tot 0,6)	0,6590
Ergste pijn	0,3 (-1,1 tot 1,6)	0,7125
Minste pijn	-0,2 (-1,1 tot 0,7)	0,6295

BI = betrouwbaarheidsinterval; IMT = intensity-modulated high TENS; NRS = Numeric Rating Scale; PBT = placebo-TENS; TENS = transcutaneous electrical nerve stimulation;

Tabel 2 Veranderscores binnen IMT-behandeling (n = 20).

Uitkomstmaat NRS 0-10	Gemiddelde voor IMT (SD)	Gemiddelde na IMT (SD)	Post-preverschil (95%-BI)	p-waarde
Gemiddelde pijn	3,8 (1,0)	2,9 ( 1,2)	-0,9 ( -1,4 tot -0,4 )	0,0027
Ergste pijn	6,0 (1,7)	4,7 (2,2)	-1,3 (-2,0 tot -0,6 )	0,0010
Minste pijn	2,2 (1,4 )	1,5 (1,3)	-0,7 ( -1,2 tot -0,2 )	0,0068

BI = betrouwbaarheidsinterval; IMT = intensity-modulated high TENS; NRS = Numeric Rating Scale; PBT = placebo-TENS; SD = standaarddeviatie.

volgende artikel geselecteerd: *Siemens W, Boehlke C, Bennett MI, Offner K, Becker G, Gaertner J. Transcutaneous electrical nerve stimulation for advanced cancer pain in patients in specialist palliative care - a blinded, randomized, sham-controlled pilot cross-over trial. Support Care Cancer. 2020 Nov;28(11):5323-5333. doi: 10.1007/s00520-020-05370-8.* Het doel van de studie was om te kijken naar de effectiviteit van TENS bij pijnpatiënten met vergevorderde kanker in de palliatieve fase.

### Kritische beoordeling van het artikel

Het artikel is beoordeeld middels de *Cochrane checklist 4.4*. De randomisatie is op voldoende niveau uitgevoerd: de selectiecriteria zijn goed beschreven en de toewijzing van de interventie verliep volgens een door de computer gegaliseerde allocatierandomisatieratio van 1:1. Degene die includeerde, was niet op de hoogte van de randomisatievolgorde. De blinding is goed uitgevoerd: patiënten, onderzoekers, de uitkomstbeoordelaar en de data-analisten waren geblindeerd voor de interventie. De kans op selectie- en informatiebias is klein. De baselinekarakteristieken van beide groepen zijn voldoende evenwichtig verdeeld en de generaliseerbaarheid is vanwege de brede inclusiecriteria hoog. Gezien de complexiteit van de onderzoekspopulatie is dit een sterk punt.

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Het onderzoek werd financieel ondersteund door het UMC Freiburg, hetzelfde centrum als waar de rekrutering plaatsvond. Mogelijk is er sprake van een *spectrum bias* en een *academic bias*. Voor de statistische analyse is alleen een per-protocol- en geen *intention-to-treatanalyse* gemaakt. Met een kleine steekproef en een drop-outpercentage van 23 kan een type II-fout niet worden uitgesloten. Overschatting van de resultaten is hierdoor mogelijk. De interne validiteit van het onderzoek is voldoende. Bij interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met een mogelijke overschatting.

### Resultaten/evidence

De ervaren pijn werd gemeten met de Edminton Symptom Assessment Scale (ESAS), een gevalideerde vragenlijst met een *Numeric Rating Scale* (NRS) voor 10 symptomen, waaronder de score op gemiddelde pijn, ergste pijn en minste pijn. De *minimal clinically important difference* (MCID) is onderzocht in een oncologische populatie en is vastgesteld op 1,0-1,4. Er blijkt geen significant of klinisch relevant verschil te zijn in pijnscore tussen de groep die *intensity-modulated high TENS* (IMT) en de groep die placebo-TENS (PBT) kreeg (tabel 1). Binnen de IMT-

groep (tabel 2) is op alle drie de pijnscores een significante vermindering van pijn ( $p < 0,05$ ) gevonden. Voor de ergste pijn is deze ook klinisch relevant (-1,3; 95%-BI -2,0 tot -0,6).

### Commentaar/besluitvorming

Het doel van de studie was de effectiviteit te onderzoeken van TENS bij oncologische pijnpatiënten in de palliatieve fase. Tussen de IMT- en PBT-groepen bleek geen significant verschil in pijnscore bij aanvang. TENS gaf binnen de IMT-groep voor alle pijnscores een statistisch significante vermindering van pijn, maar alleen voor de ergste pijn is deze ook klinisch relevant (-1,3; 95%-BI -2,0 tot -0,6).

Het betreft een geblindeerde, gerandomiseerde, placebogecontroleerde pilot cross-over trial. Deelnemers in de IMT-PBT-groep kregen de eerste 24 uur TENS, volgens de *intensity modulation*. Deelnemers in de PBT-IMT-groep kregen de eerste 24 uur een placebo-TENS-behandeling met een continue modus onder de sensitiviteitsdrempel. Deelnemers mochten zelf bepalen wanneer en hoelang ze TENS wilden toepassen. Na 24 uur zonder TENS vond een cross-over plaats. Mogelijk hebben de duur van de TENS-behandeling, de cross-over, het placebo-effect van de placebobehandeling, het

kleine aantal deelnemers en het feit dat er geen controlegroep met *usual care* is gebruikt, ervoor gezorgd dat er tussen de groepen geen significant verschil gevonden werd.

De interne validiteit van de studie is voldoende, ondanks dat een spectrum bias en een *academic bias* en een data-analyse volgens *per-protocol* kunnen leiden tot een overschatting van de resultaten. De externe validiteit is matig. Enkele karakteristieken van de onderzoekspopulatie komen overeen met de patiënt uit het klinisch dilemma, zoals leeftijd, pijnscores en palliatieve fase. Er is slechts één deelnemer met een vergelijkbare primaire tumor en twee deelnemers die sacraal zijn behandeld. Het gaat in deze studie om klinische patiënten in tegenstelling tot de man in de casus en het is onbekend of er bij die patiënten sprake is geweest van anorectale pijn. Toepasbaarheid en haalbaarheid zijn

goed voor zowel patiënt als behandelaar en TENS sluit aan bij de wensen van de patiënt.

Met een voldoende interne en een matige externe validiteit kunnen de gevonden resultaten ten dele worden overgenomen om antwoord te geven op de klinische vraag.

### Conclusie

Kijkend naar het betrouwbaarheidsinterval en rekening houdend met overschatting lijkt pijnvermindering middels TENS vergeleken met placebo-TENS onvoldoende effectief om klinisch relevant te zijn bij deze 66-jarige man met een colorectaal carcinoom en metastaseringen in de palliatieve fase. Echter, gezien de onduidelijkheid over de effectiviteit van TENS in vergelijking met *usual care*, het aangetoonde positieve effect van TENS in de geselecteerde studie, de laagdrempeligheid van de behandeling, het gebrek

aan alternatieven, en de voorkeur van de patiënt, wordt overwogen in dit geval TENS als behandeling toe te passen.

### Literatuur

1. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory: a gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*. 1965;150(3699):971-9.
2. Hurlow A, Bennett MI, Robb KA, Johnson, MI, Simpson KH, Oxberry SG. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;2012(3):CD006276.
3. Cottrell AM, Schneider MP, Goonewardene S, Yuan Y, Baranowski AP, Engeler DS, et al. Benefits and harms of electrical neuromodulation for chronic pelvic pain: a systematic review. *Eur Urol Focus* 2020;6(3):559-57.
4. Hui D, Shamieh O, Paiva CE, Perez-Cruz PE, Kwon JH, Muckaden MA, et al. Minimal clinically important differences in the Edmonton Symptom Assessment Scale in cancer patients: a prospective, multicenter study. *Cancer*. 2015;121(17):3027-35.

## Wat is een Critically Appraised Topic (CAT)

Dit CAT is geschreven in het laatste jaar van de masteropleiding Bekkenfysiotherapie aan SOMT University of Physiotherapy.

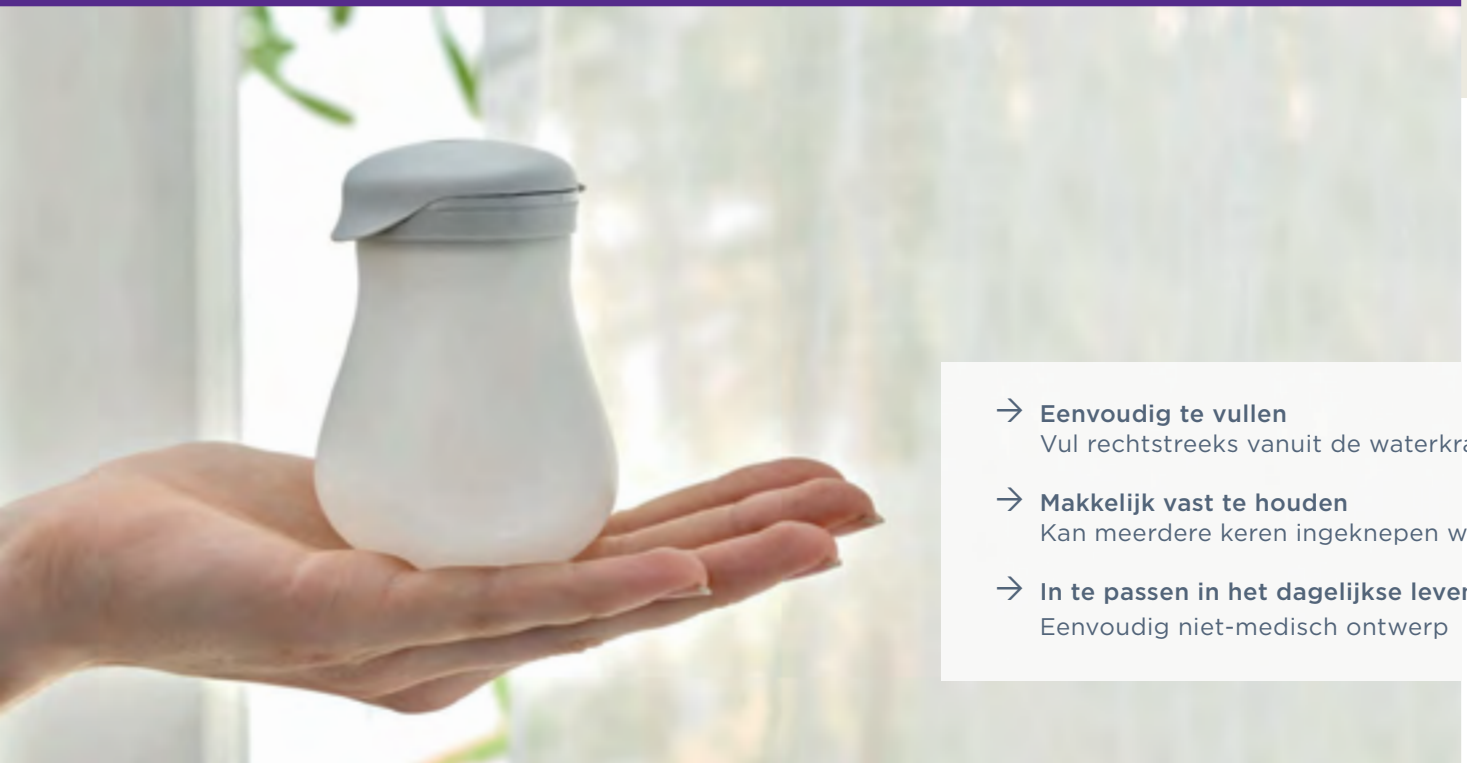
Met een CAT wordt een klinisch dilemma beantwoord met behulp van de best beschikbare wetenschappelijke evidence. Een klinisch dilemma kan ontstaan als we een patiënt niet volgens onze richtlijnen of evidence statements kunnen behandelen of als we onvoldoende bekend zijn met de wetenschappelijke state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

Dit CAT betreft een oncologische casus. 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? In 'Commentaar/besluitvorming' worden de drie pijlers van evidence based practice 'evidence', 'patientvalues' en 'mogelijkheden van de behandelaar', besproken en gewogen om te komen tot het beantwoorden van het klinische dilemma in de 'Conclusie'.

Het gaat hier om een therapeutisch CAT waarbij een randomised controlled trial (RCT) met cross-over is gevonden die beoordeeld is op kwaliteit, en waarvan de resultaten worden besproken en geïnterpreteerd voor de oncologische patiënt met pijn. Een CAT kan ook een diagnostisch, prognostisch of een etiologisch dilemma betreffen. Andere studiemethodologie wordt dan besproken, evenals andere statistische analyses en andere uitkomstmaten. Tijdens de opleiding wordt vanaf het eerste jaar een aantal CAT's geschreven binnen de diverse methodologische domeinen met een toenemende complexiteit in klinische dilemma's.

# Qufora<sup>®</sup> IrriSedo MiniGo

## Het verschil is eenvoudig



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

## Darmirrigatie met laag volume opnieuw ontworpen

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

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

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

**Laat uw patiënten het MiniGo verschil ervaren**



**reddot winner 2021**

Ontworpen voor U

*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?

“Mijn naam is Monic Groen-Wopereis. Ik heb fysiotherapie gestudeerd aan de Twentse Academie voor Fysiotherapie. Eerst werkte ik enkele jaren als Krankengymnastin (in Duitsland) en daarna als waarnemer in een particuliere praktijk in Soest. Nadat ik een bestaande praktijk had overgenomen, ben ik mij gaan specialiseren als bekkenfysiotherapeut: bij dr. Jan Mens, later via de ‘Modulaire opleiding tot bekkenbodemptherapeut’ en tot slot bij de YVLO. Ik ben dus ook Zwangerfit@docent. In 2006 kreeg ik mijn registratie en tot slot behaalde ik mijn master Kinderbekkenfysiotherapie in 2014. In de loop der jaren ben ik steeds meer betrokken geraakt bij de NVFB, ook een aantal jaren als lid van de PR-commissie.”

### Waar werk je en in welke setting?

“In mijn eigen eerstelijnspraktijk, Fysio-Groen in Amersfoort. Ik werk alleen, maar ook in een gezondheidscentrum en een grote sportschool.”

### Wat maakt jouw praktijk/behandelingen speciaal?

“Ik heb een passie voor mijn vak en kan mij goed verplaatsen in mijn patiënt. Vanaf mijn zesde musiceer ik en sinds mijn achttiende zing ik klassieke muziek op hoog amateurniveau, waarvoor ik lang zangles heb gevolgd. Daar heb ik geleerd hoe belangrijk de ademhaling is. Ik beoordeel dan ook altijd de ademhalingstechniek en het stemgebruik van de patiënt. Het mooiste compliment dat ik ooit kreeg is: ‘Ik heb heel wat bekkenfysiotherapeuten bezocht in verband met mijn klachten, maar jij bent de beste.’” Beschrijf eens een oefening waarbij je je stem moet gebruiken? “Een leuke is ‘de kat uit de tuin verjagen-oefening’. Daarbij doe ik voor hoe je ‘kssst’- of ‘ffttt’-geluiden maakt, want daarmee doet de m. transversus abdominis gelijk goed mee.”

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

“Wat mij betreft naar zindelijkheidsproblematiek bij jonge kinderen. Steeds meer vierjarigen zijn nog niet zindelijk, hoor ik van leerkrachten. Denk aan onderzoek naar de vraag hoe dat komt en wat de rol van corona daarbij is geweest.”

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

“De cursus ‘Grip op (chronische) pijn en vermoeidheid’ van het NPi. Daarin leerde ik dat 90 procent van al onze pijn wordt veroorzaakt door spieren. Daar sluiten ‘Dry Needling Level I & II’ en ‘Dry Needling voor de bekkenbodemp’ van de Berekuyl Academie goed op aan. Verder heb veel gehad aan ‘The Stanford Protocol Treatment’, destijds een cursus aan de SOMT.”

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

“Wetenswaardigheden lees ik graag. Wat ik mis is informatie over hoe je een eigen praktijk kan starten of overnemen en waar je dan tegenaan loopt. Kortom, wat betekent het om ondernemer te zijn in de zorg? En ik bedoel dan niet de informatie op de KNGF-website, maar de ervaring die daarmee is opgedaan. Daar kunnen we elkaar mee ondersteunen. Zelf doe ik regelmatig aan acquisitie en werk ik samen met trainers en zorgverleners. Ik beantwoord vragen van zwangeren tijdens bijeenkomsten van Centering Pregnancy (CP) en ik heb een fijne samenwerking met de Proctoskliniek in Bilthoven. Ook heb ik patiënten behandeld die waren geïnccludeerd in de PAF-studie van collega Daniëlle van Reijn. Verder heb ik een ochtend meegelopen op de Poep- en plaspoli en heb ik zelf brochures ontwikkeld om de kinderbekkenfysiotherapie te promoten en deze verzonden naar basisscholen en verwijzers.”

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

“Wat mij betreft komt kinderbekkenfysiotherapie meer onder de aandacht. Veel ouders en leerkrachten weten niet hoeveel wij voor niet-zindelijke kinderen kunnen betekenen. Daar past ook voorlichting bij over kinderbekkenfysiotherapie op consultatiebureaus. Kan de NVFB misschien een keer een ‘heidag’ organiseren om hierover te brainstormen?”

### Waarom ben je lid van de NVFB?

“Ik vind het belangrijk dat er een goed klankbord is voor je belangen. Dat je gesteund wordt daarin. We hebben een missie om dat waar we goed in zijn, samen naar buiten te brengen.”

### Wie ben je?

“Ik ben Pascale van Uitert, 52 jaar en sinds 2011 master geregistreerd bekkenfysiotherapeut. Ooit begonnen in een grote praktijk te Harderwijk, heb ik nu al 12 jaar mijn eigen praktijk. Mijn doel is om, naast bekkenfysiotherapeut, geregistreerd fascia structural integration therapist te worden. Het is een intensieve langdurige opleiding, maar ik heb nu het grootste deel van de opleiding met succes doorlopen. Voor sommige trajecten kreeg ik ook gelukkig accreditatiepunten.

### Waar werk je?

Ik werk in de plaats waar ik woon, in Dronten. De praktijk ligt heel comfortabel naast mijn woonhuis; de ZwangerFit-lessen geef ik in een sportzaal vlakbij.

### In wat voor een setting werk je?

Ik heb een eenmanspraktijk. Wat erg leuk is dat er de afgelopen jaren veel samenwerkingsverbanden zijn ontstaan. Met name met diverse manueel therapeuten, psychotherapeuten, haptotherapeuten en personal trainers. Daarnaast geef ik wel eens clinics op sportverenigingen. Bijvoorbeeld over sporten en urineverlies, en fasciastretching. Omdat ik ook veel met fascia integration therapie doe, heb ik in de praktijk de box en pully staan voor excentrisch trainen. Daarnaast heb ik de praktijk een paar jaar geleden uitgebreid met echografie. Nu kan ik dus de blaasvulling meten en het functioneel gebruik van de buikspieren bij diastasis rectus abdominis ondersteunen. Ook het meten van de plasflow door middel van een uroflowmetrie is mogelijk.

### Welk echoapparaat heb je gekocht en wat waren de kosten?

Ik heb daarvoor een programma op mijn laptop gekocht en twee echokoppen. Dat kostte ongeveer 12.000 euro.

### Wat maakt jouw praktijk speciaal?

In de opleiding tot bekkenfysiotherapeut miste ik het verband tussen klachten en de orthopedie van bekken, heupen en lage rug. Daarom heb ik contact gezocht met collega-manueeltherapeuten, om van hen te leren bij welke klachten manuele therapie geïndiceerd is. Ik wil een zo optimaal mogelijk behandelplan voor de patiënt. Daarnaast heb ik in de Verenigde Staten een paar maal een cursus gevolgd voor het mobiliseren van de viscerale fascia, specifiek die van het urinair systeem. Deze interventie maakt vaak onderdeel uit van mijn behandeling en geeft direct resultaat. De patiënt merkt gelijk meer awareness en aansturing van de bekkenbodemmusculatuur.

De feedback van patiënten en (huis)artsen die ik vaak krijg, is dat ze zich heel goed begrepen voelen en met name de samenwerkingsverbanden enorm waarderen.

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

Vanuit mijn samenwerking met de manueel therapeuten zou het leuk zijn dat er een goed onderzoek komt naar de vraag of er een verband is tussen thoracaal-lumbale blokkades en pijnklachten aan de bekkenbodem, ofwel: ‘hebben TLO-manipulaties een effect op bekkenbodempijn bij mannen’. Ik mis in ons vak de onderzoeken naar de relatie tussen orthopedie en bekkenbodempijnklachten.

### Welke cursus of opleiding zou je adviseren?

Er zijn zoveel leuke cursussen die je kunt volgen, zeker vanwege de vele domeinen waarbinnen ons vak zich afspeelt. De cursus diastaseproblematiek bij de Womens Health Academy is supergoed en heel leerzaam. Daarnaast zou ik iedereen aanraden om zich te gaan verdiepen in de rol van de fascia. Daar zijn meerdere cursussen voor. Korte en lange.

### Welke rubriek lees je graag en wat mis je?

Ik lees graag de rubriek Wetenswaardigheden en ook de casus lees ik altijd.

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

In het vorige bulletin vertelde Henk Mein dat er nog veel werk aan de winkel is om de essentie van bekkenfysiotherapie te benadrukken bij zoveel mogelijk partijen. Daar wil ik mij helemaal bij aansluiten.

.....

*Mogen we jou de volgende keer interviewen?*

*bulletin@nvfb.nl*



***Pain and Perception, a closer look at why we hurt,***  
geschreven door D.S. Harvie en G.L. Moseley,  
met foto's en tekeningen van J. Perschacon. Noigroup Publications,  
Australië. Het boek telt 46 pagina's. ISBN 978 06480227 5 6.  
Prijs € 32,50 excl. verzendkosten.  
Alleen online verkrijgbaar via de Noigroup.

Het Engelstalige boek heeft niet zoveel pagina's, maar omdat het gedrukt is op stevig papier en een harde kaft heeft, voelt het toch robuust aan. Op de rechterbladzijden staat de tekst, overigens in moeilijk te lezen lichtgrijze letters, de linkerpagina is steeds gevuld met gekleurde kunstwerken met een mix van foto's en tekeningen. Twee keer is er een welbewuste vorm uit een linkerpagina geknipt. Achterin het boek zit een plastic liniaal waar ook vormen uitgesneden zijn, door de auteurs een 'boekmasker' genoemd.

Het boek opent met de uitnodiging om te kijken naar een lichtgroene hand met een grijze pil erop en een oranje hand met een grijze pil, en te beoordelen welke pil donkerder is. Het lijkt of de grijze pil op de lichtgroene hand donkerder is, maar ze zijn even donker. Tot zover niks nieuws. De auteurs leggen vervolgens uit dat onze zintuigen ongeveer 11 miljoen stukjes informatie per seconde aanleveren via een biljoen zenuwen. (Hoe zouden ze dat trouwens geteld hebben, en met welke perceptie?) En dat deze hoeveelheid informatie zich in ons brein groepeerd, zodat we dingen kunnen herkennen, of niet. Want als we iets nooit eerder hebben gezien, zo stellen zij, herkennen we het niet, of zien we het zelfs helemaal niet. Met behulp van een plaat op de linkerpagina wordt dit verduidelijkt.

De volgende plaat laat twee vrouwen met gestreepte jurkjes zien met verschillende lichtinval. Iedereen ziet deze kleuren anders en iedereen heeft gelijk, aldus de auteurs. We slaan de bladzijde om,

zodat bijna alles bedekt wordt van de vorige plaat, behalve een paar delen van de twee jurken en we nemen de jurken mogelijk anders waar. We hoeven elkaar niet te overtuigen van wat we zien, want iedereen neemt het anders waar. Hetzelfde geldt voor spierrekkingen, geluiden en geuren. De auteurs vinden het belangrijk om mee te geven als iemand pijn heeft, of juist niet, dit niet bepaald kan worden door iemand anders en ook niet door de uitkomsten van bloedtesten of röntgenfoto's.

De volgende plaat laat twee donkergrijze vlakken zien in een wei-



land, waarop het ene vlak donkerder lijkt dan het andere. De volgende bladzijde is een 'masker' dat, na omslaan, alles met wit bedekt, behalve de twee grijze vlakken. Nu pas zie je dat beide vlakken even grijs zijn. De auteurs willen daarmee onder andere aantonen dat de informatie die is opgeslagen in onze hersenen een betekenis toekent aan de informatie die via onze zintuigen binnenkomt. Pijn is, net als zien, het resultaat van de hersenen, die betekenis verlenen aan de sensorische input. Toch is pijn anders, want bij pijn willen we iets doen om ons lichaam te beschermen, aldus de auteurs. De hersenen accepteren de waarschuwingssignalen van ons lichaam en combineren die met alle andere informatie die binnenkomt, en met reeds opgeslagen informatie. Bijvoorbeeld, denk je dat je pijn voelt als je een rib breekt tijdens een finale van een belangrijke voetbalwedstrijd? Hun conclusie is: pijn kan ons beschermen en onze gezondheid bevorderen. Aanhoudende pijn kan ons overbeschermen en het herstel tegenwerken.

Slechts een heel klein gedeelte van onze hersenen levert ons directe bewuste gewaarwording. Illusies maken ons ervan bewust dat heel veel gewaarwordingsprocessen zich onder de oppervlakte afspelen. Het werkt twee kanten op, net als bij de top van een ijsberg die boven water zichtbaar is. De dingen die we bewust gewaarworden, hebben invloed op de processen onder de oppervlakte en andersom. Zo is pijn afhankelijk van alles wat er in en om je heen gebeurt. Probeer maar eens een gesprek te voeren met iemand die een filmpje bekijkt op zijn telefoon; die onderdrukt alles, behalve dat filmpje. Zo kunnen we dat ook met pijn. Wat we ontvangen hangt af van waar we onze schijnwerpers op zetten.

Op pagina 26 staan, onder andere, drie gezichten die ondersteboven zijn afgebeeld. Ze lijken vriendelijk. Wat een verrassing als blijkt dat de ogen en mond eigenlijk niet op hun kop stonden, en wat raar om die opeens wel ondersteboven te zien als je dat niet verwacht. Perceptie hangt echt af van onze verwachtingen! Zo werken het placebo- en nocebo-effect ook: we verwachten dat iets zal helpen of ons juist pijn of ongemak gaat geven. Dus als je een aanhoudende pijn hebt gedurende bepaalde bewegingen en activiteiten op bepaalde tijden van de dag, verwacht je brein dat in de toekomst ook. Zo is het mogelijk om de invloed van negatieve verwachtingen te verminderen en daarmee ons lichaam onnodig te beschermen en dus actiever te blijven. Als we aanhoudende pijn ervaren, herstellen we eerder als we meer weten over hoe we over pijn denken; door te weten dat pijn niet veroorzaakt wordt



door één probleem in ons lichaam, maar een perceptie is, die afhankelijk is van vele aspecten.

Het boek is dus een aanrader om je bewuster te maken van wat pijn en perceptie met elkaar te maken hebben; voor jezelf en om aan je patiënten uit te leggen.

Op de facebookpagina noi-nl gaat fysiotherapeut Bart van Buchem in gesprek met twee collega's, over hoe je deze kennis in de praktijk kunt gebruiken (of zie <https://vimeo.com/674757326>).

---

**Andrea Eggen MSc**

---

*redactie NVFB Bulletin*



**Volg de NVFB op Facebook en LinkedIn**

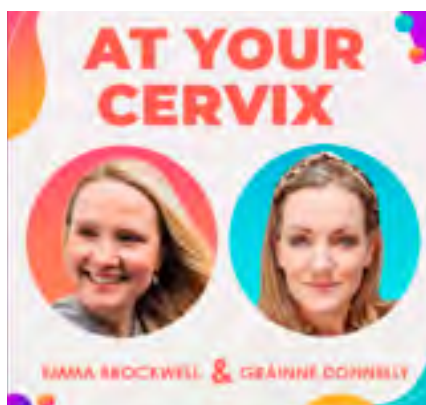
# At Your Cervix: The unhappy bladder

*At Your Cervix* is een podcast die is gewijd aan bekken- en vrouwengezondheidsproblemen, zoals incontinentie, bekkenpijn en seksuele problematiek. De makers Emma Brockwell en Grainne Donnelly zijn twee Engelse bekkenfysiotherapeuten die als missie hebben het publiek, gezondheids- en fitnessprofessionals voor te lichten en te bekrachtigen op het vlak van bekkengezondheid. De podcast is te vinden op verschillende streamingdiensten, waaronder Apple Podcasts, Google Podcasts, Overcast, Pocket Casts, Radio Public en Spotify.

Ik heb geluisterd naar ‘*The unhappy bladder/bladder pain syndrome*’ (episode 9 van seizoen 3), waarin Emma en Grainne over deze blaasproblemen in gesprek gaan met Jilly Bond, bekkenfysiotherapeut, onderzoeker en opleider in Wales met interesse in bekkenpijn. Zij is bezig met haar promotieonderzoek naar bekkenpijn en interoceptie, met de focus op neurocentrische behandelmechanismen bij viscerale pijn en somatoperceptuele verstoringen.

Het gesprek begint met een uitleg over het blaaspijnsyndroom (BPS), over de oude en nieuwe termen hiervoor, de diagnostiek en dat het een diagnose is die per exclusionem wordt gesteld, met uitsluiting van ernstige aandoeningen. Het probleem met viscerale bekkenpijn is dat er intensieve interactie optreedt in het neurale netwerk dat betrokken is bij de bekkenregio, zodat ook de musculatuur rond het bekken overprikkeld raakt en daarmee ook pijnlijk. In dat kader passeert ook het belang van een multidisciplinaire behandeling de revue. Het klachtenspectrum bij BPS is zo breed dat die benadering het meest effectief is.

Jilly vertelt kort iets over de medische behandeling bij BPS. Zo schijnt het oprekken van de blaas bij cystoscopie voor sommige mensen goed te werken, al moet dat wel regelmatig worden herhaald. Anderen zijn geholpen met wekelijkse blaasspoelingen gedurende 6 tot 12 weken, en weer anderen hebben baat bij acupunctuur. Daarnaast is er uiteraard de fysiotherapeutische behandeling, die volgens haar onder te verdelen is in:



1. *De basis.* Eten en drinken, plassen en ontlasten, en toiletgedrag.
2. *Leefstijl.* Hoe kun je in beweging komen en je beter gaan voelen? Oftewel, zet je leven niet in de wacht! Wat vind je leuk en hoe kun je dat realiseren? Begin klein en kijk hoe je die activiteit geleidelijk kunt uitbouwen.
3. *Sensorische integratietraining.* Hierbij geeft Jilly als tip de toolkit van Sandy Hilton, de *Self-care for pelvic pain: a sensory integration toolkit*, die niet meer lang op zich zou moeten laten wachten, aldus de uitgever *Orthopedic Physical Therapy Products* (<https://www.optp.com>).
4. *Bekkenbodembehandeling.* Deze bestaat uit milde massage van tenderpoints en tenderspots in de bekkenbodem door de fysiotherapeut. Tijdens die massage communiceer je eigenlijk met het zenuwstelsel; je geeft de zenuwen nieuwe sensorische input, waarbij het zenuwstelsel een andere situatie ervaart, een situatie waarin de sensaties prettig zijn en als veilig worden ervaren, en waarbij de patiënt de controle heeft, zodat het zenuwstelsel in het bekkenbodemgebied kan kalmeren. Hoe vaker dit gebeurt, hoe meer het een optie tot een andere manier van ‘zijn’ wordt en in de loop van de tijd het nieuwe normaal. De massage kan ook uitgevoerd worden door de patiënt zelf met behulp van de duim of de ‘pelvic wand’. Maar dat is vaak wat minder helpend, omdat de massage door de fysiotherapeut nog extra psychologische factoren heeft, zoals afleiding door gesprekken over allerlei leuke en interessante onderwerpen.

Het gesprek gaat verder over de balans tussen de mobiliteit en stabiliteit van de

bekkenbodem en de bekkenregio, het belang van EMG voor de bekkenbodem, en dat hypertonie niet gerelateerd is aan een status van pijn. Jilly vertelt ook dat de meeste mensen ongeveer zeven jaar klachten hebben voordat ze de diagnose BPS krijgen, terwijl bij behandeling door de bekkenfysiotherapeut de klachten binnen drie tot zes maanden 50 tot 60% zouden kunnen verbeteren, ongeacht de klacht. Bij recidiverende klachten blijken er vaak stressoren in het leven van de patiënt te zijn, en zijn er meestal zo’n twee tot drie herhaalsessies nodig voordat de patiënt zelf de klachten kan managen. Er is dus veel zelfbekrachtiging. De conclusie is dat bij BPS, net als bij specifieke lagerugklachten en zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn, biopsychosociale factoren, leefstijl en omgevingsfactoren een grote rol spelen.

Betrouwbare online informatiebronnen voor de patiënt zijn erg belangrijk. Voor BPS is dat in Engeland voornamelijk [www.bladderhealthuk.org](http://www.bladderhealthuk.org). Jilly Bond probeert ook zelf betrouwbare informatie te delen via haar YouTube-kanaal.

Het laatste deel van het gesprek gaat over de behandelcentra en de behandel mogelijkheden in Engeland, en over de vraag of er een relatie is tussen BPS en levensstadium en of genetische factoren er een rol bij spelen. Daarnaast vertelt Jilly wat over haar Happy Bladder Course.

De podcast wordt afgesloten met drie tips voor mensen met BPS:

1. Begrijp het gebied.
2. Ga op consult bij een arts.
3. Kennis is kracht.

Ik vond het een prettige podcast om naar te luisteren; het geluid was over het algemeen goed, afgezien van een paar kleine haperingen, en het gesprek verliep vlot en duidelijk. Wat verteld werd, was voor mij niet nieuw, maar ik vond het wel leuk om te horen hoe iemand anders de informatie verwoordde. Alleen vraag ik me af in hoeverre deze podcast te begrijpen is voor patiënten, omdat het vooral een gesprek tussen fysiotherapeuten is. Dat is op zich niet erg, maar bij de doelstelling van de podcast staat ook het voorlichting geven aan patiënten en het brede publiek.



# The Flow On Effect: perineal tears and episiotomies

'The Flow On Effect - A Women's Health Podcast' wordt gemaakt door Charlotte Conlon en Heidi Barlow, twee Australische bekkenfysiotherapeuten die werken in de buurt van Sydney. Hij is te vinden op Apple Podcasts. Het doel van Conlon en Barlow is voorlichting te geven aan het brede publiek over allerlei aan bekkenfysiotherapie gerelateerde onderwerpen. Ik werd getipt voor deze podcast door Dieuwke Botschuijver-Sellmann, die op het ICS-congres de lezing 'Pelvic floor dysfunction one year after first childbirth in relation to perineal tear severity' van Malin Huber had bijgewoond. Ofwel, zegt het voort. We kunnen nooit alles zelf bijhou-



den. Het aanbod aan podcasts is zo breed. De podcast is zeer informatief en bevat ook een link naar de website van de praktijk van beide sprekers, waarop een compacte samenvatting van de podcast te lezen valt, al is die niet helemaal volledig.

De theorie over rupturen staat echter wel beschreven.

Ik vind het knap van deze dames dat ze in 20 minuten tijd zoveel informatie over het onderwerp weten te delen. Nu alleen de manier waarop nog... De podcast is namelijk gemaakt in een vraag-en-antwoordconstructie tussen hen beiden. Dat maakt hem nogal monotoon en, voor mij althans, erg slaapverwekkend om naar te luisteren.

---

**Esther Reijers, MSc**

---

redactie NVFB Bulletin

## 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).



**SNM-expertisecentra**

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



InterStim™ II- en Micro-neurostimulator



Patiëntenervaringen

[www.pvvn.nl](http://www.pvvn.nl)  
[www.bekkenbodem4all.nl](http://www.bekkenbodem4all.nl)

**Medtronic**  
Engineering the extraordinary

UC202009792NL © 2022 Medtronic. Alle rechten voorbehouden.

**TENA**

**Actieve & Ontspannen dagen & nachten**

**TENA Discreet Normal Night past vanaf profiel 3\***

24 uur optimaal beschermd: Het TENA assortiment heeft een ruime keuze aan incontinentieproducten voor vrouwen. TENA Discreet voor een actief leven overdag. TENA Discreet Night draagt bij aan een ontspannen nachtrust.

Bestel gratis samples via de contactpagina op [www.TENA.nl](http://www.TENA.nl)

\* Afhankelijk van de uitkomsten van het profileringsgesprek en de geldende dagrijzen van zorgverzekeraars.

**MAPLe<sup>®</sup>**  
**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](http://www.novuqare.com)  
+31 (0) 73 782 01 18  
[sales@novuqare.com](mailto:sales@novuqare.com)

**Novuqare<sup>®</sup>**



# 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

Jaargang 11 (2022) nr. 1a - 16 februari

**NPI-SERVICE**

Geschreven door Nick Muhren MSc, sportfysiotherapeut en vakreferent, met een vertaalslag van dr. Marijke Slieker-ten Hove, bekkenfysiotherapeut en onderzoeker

**Bekkenproblematiek**

- Zwangerschap is een goed moment voor leefstijlveranderingen
- Betrek de partner bij gezonde leefstijlkeuzes
- Blijf ook na de bevalling hameren op gezond gedrag om terugval te voorkomen

**Zwangerschap: een goed moment voor een gezonde leefstijl**

Vrouwen zien een zwangerschap als een goed moment om het roer om te gooien. Ze voelen zich als (aanstaande) moeder enorm verantwoordelijk voor hun ongeborene kindje en zijn daarom vaak erg gemotiveerd om gezond(er) te leven. Maar na de bevalling blijkt het moeilijk om de gezonde leefstijl vol te houden en ligt terugval wetenschappers nadat ze twintig maanden zwangerschap of snel vrouwen tijdens hun zwangerschap of snel na de bevalling bevroegen over hun leefstijl, motivatie en valkuilen.

**Motivatie**  
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 hun ongeborene kindje en zijn daarom vaak erg gemotiveerd om gezond(er) te leven. Maar na de bevalling blijkt het moeilijk om de gezonde leefstijl vol te houden en ligt terugval wetenschappers nadat ze twintig maanden zwangerschap of snel vrouwen tijdens hun zwangerschap of snel na de bevalling bevroegen over hun leefstijl, motivatie en valkuilen.

**Sociale steun**  
De wetenschappers waarschuwen om de rol van de partner niet te onderschatten: zwangere vrouwen die goed gedrag beter door hun man kunnen rekenen op steun. Vrouwen die niet kunnen rekenen op de hulp van hun partner worstelen meer met hun leefstijlkeuzes. Daarom adviseren de auteurs om niet alleen de zwangere vrouwen, maar ook hun partner aan te spreken op het belang van een gezonde leefstijl.

**Moedert**  
Naar de partner is directe familie belangrijk voor het volhouden van gezond gedrag, blijkt uit meerdere interviews. Vooral de moeder is voor jonge vrouwen

jaarlijks 16 nieuwe referaten  
250+ referaten in het archief





## Breathe



## Awesome Breathing



## Breath • Calm down • Meditate

In de praktijk zijn we vaak bezig met het aanleren van ademhalingsoefeningen. Bij de ene cliënt gaat dat heel makkelijk en vlot en bij de andere cliënt heel moeizaam. Soms vinden mensen het fijn om bij het oefenen wat ondersteuning en houvast te hebben qua ademtempo en ademritme. Dan kunnen er adem-apps worden ingezet, als mensen tenminste in bezit zijn van een smartphone.

In de Google Play Store en de App Store zijn er heel wat te vinden. Voor deze app-bespreking heb ik in de Play Store drie adem-apps geselecteerd die een hoge waardering hebben, en ze met elkaar vergeleken. Ze zijn ook in de App Store te vinden.

Van de drie apps is *Breathe* (B) de eenvoudigste met drie standaardprogramma's die niet zijn aan te passen; wel kunnen er

meer dan 10 eigen programma's worden ingevoerd. *Awesome Breathing* (AB) en *Breathe • Calm down • Meditate* (BCM) hebben elk vijf standaardprogramma's die wel aangepast kunnen worden. Bij de AB kun je 10 eigen programma's invoeren en bij de BCM zelfs nog meer. Alle drie de apps hebben achtergrondgeluiden, waarvan ik persoonlijk de vier geluiden van de B-app het mooiste vind. De AB-app heeft slechts één achtergrondgeluid, dat je alleen aan of uit kan zetten; de BCM-app heeft er vijf. De apps hebben alle drie een overgangstrilling van de ene ademfase naar de andere en instelbare herinnernotificaties voor het oefenen. Ook werken ze alle drie met cirkels die inzoomen (inademing) en uitzoomen (uitademing). De B-app is hiermee weer het eenvoudigst en deze cirkel kan niet worden aangepast. Bij de AB-app kan er gekozen worden uit zes

kleuren en wat dit betreft is de BCM-app het mooist; bij deze app kan je kiezen uit zes verschillende afbeeldingen die in- en uitzoomen.

Tja, wanneer kies je dan voor welke app? Ik zou voor de B-app kiezen als iemand gevoelig is voor ontspanning met behulp van achtergrondgeluiden en voor de BCM-app als iemand vooral visueel is ingesteld, want het is leuker om te kijken naar een mooie bloem of de maan die in- en uitzoomt dan naar een saaie cirkel. De AB-app is op zich een prima app, maar heeft niet iets bijzonders waardoor ik specifiek voor deze app zou kiezen. Hieronder heb ik nog even alles in een tabel gezet.

**Esther Reijers MSc**

*Redactie NVFB Bulletin*

	 Breathe	 Awesome Breathing	 Breath • Calm Down • Meditate
Programma's	3	5	5
Aan te passen	nee	ja	ja
Achtergrondgeluiden	4 mooi	1 aan/uit	5
Custom programs	> 10	10	> 10
Overgangsgeluiden	1 bel, 5 stemmen	1 optie, 1 stem	6 belletjes 1 stem
Overgangstrilling	ja	ja	ja
Reminder notificaties	ja	ja	ja
Cirkel aanpasbaar	nee	6 kleuren	6 afbeeldingen



*Fijne feestdagen en  
een mooi 2023  
van het nieuwe bestuur*

*achterste rij v.l.n.r.: Mariska Droop, Marloes Reijman*

*voorste rij v.l.n.r.: Nicole van Bergen, Lauri Bongers, Djoeke Saaltink, Kristel Bonten*



## Agenda

# Agenda

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

*vrijdag 31 maart 2023*

**NVFB-congres 2023**

Papendal, Arnhem, Nederland

*woensdag 3 t/m zaterdag 6 mei 2023*

**15th World Congress on**

**Endometriosis**, Edinburgh

Groot-Brittannië <https://endometriosis.ca/world-congress/wce2023/>

*dinsdag 1 t/m zondag 4 juni 2023*

**World Physiotherapy Congress 2023**

Tokyo, Japan <https://nvfb.kngf.nl/article/agenda/2023/world-physiotherapy-congress-2023>

*woensdag 21 t/m zaterdag 24 juni 2023*

**48th IUGA meeting** Den Haag,

Nederland <https://www.iuga.org/events/annual-meetings/2023-iuga-48thannual-meeting>

*vrijdag 22 en zaterdag 23 september 2023*

**13th Congress of the European Pain**

**Federation EFIC** Boedapest, Hongarije  
<https://europeanpainfederation.eu/efic2023/>

*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/>



**Bekkenfysiotherapeuten** weten als geen ander hoe ze moeilijke onderwerpen en/of taboes **bespreekbaar** kunnen **maken**. Daarnaast is het in beeld brengen van de bekkenbodem met echografie en MRI in beweging.

Toch is het fijn om weer wat inspiratie en motivatie op te doen. De congrescommissie is druk bezig met het samenstellen van een mooi programma voor een goed gesprek.

*Nieuwsgierig? Zet 31 maart 2023 alvast in je agenda.*

### Locatie

Papendal te Arnhem

### Prijzen

early bird én lid € **125** | normale prijs € **175** | niet-leden € **300** | studenten € **75**

Houd de nieuwsbrief, de NVFB-website, Facebook en LinkedIn in de gaten voor de meest up-to-date informatie

# Colofon

Juni 2022, nummer 48, 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](mailto:bulletin@nvfb.nl)

## Advertenties

Baukje Veen-Stoppels, MSc  
*geregistreerd bekkenfysiotherapeut,  
Fysiotherapie de Vuursteen Groningen*  
E-mail: [sponsor@nvfb.nl](mailto: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](http://www.nvfb.nl) of  
via de KNGF-Ledenservice, 033 4672 929.

## Bestuur

mw. N.D.M. van Bergen MSPT (voorzitter),  
Kwaliteit en Scholing  
mw. D. Botschuijver-Sellmeijer (penningmeester)  
tot 10/11, Marketing en communicatie  
mw. M. Droop (penningmeester) vanaf 10/11  
mw. L. Bongers-Savelkoul MSc,  
Sociaal-economische Beroepsbelangen  
mw. D. Saaltink MSc (secretaris),  
Beroepsbelangen  
mw M. Reijman MSc, Marketing en communicatie  
mw. K. Bonten MSc, Kwaliteit en Scholing

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

## Lay-out en druk

MediaCenter Rotterdam

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

De redactie behoudt zich het recht voor  
aangeboden artikelen en berichten in te korten.  
Plaatsing houdt niet in dat de redactie de daarin  
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 vóór maandag 4 april 2022 naar: [bulletin@nvfb.nl](mailto:bulletin@nvfb.nl)



# Gespecialiseerde masteropleiding fysiotherapie

**Wil jij een nieuwe cliëntengroep helpen, complexere problematiek behandelen en hogere kwaliteit kunnen bieden?**

Specialiseer je met een van onze praktijkgerichte fysiotherapie opleidingen. Wij bieden uiteenlopende masteropleidingen zoals Kinderfysiotherapie, Geriatriefysiotherapie, Oncologiefysiotherapie, Bekkenfysiotherapie of Psychosomatische fysiotherapie. Start in september nog met een masteropleiding!

#### **In 1,5 jaar je tweede master behalen**

Heb je al een master afgerond, maar wil je je blijven ontwikkelen? Ons unieke Master na master traject is de snelste weg naar je tweede master. In slechts 1,5 jaar kan jij een tweede mastertitel behalen.

Daarnaast biedt Avans+ de mogelijkheid om tweemaal per jaar te starten, in zowel februari als september kun je starten met een master na master opleiding fysiotherapie.

#### **Weten welke specialisatie bij jou past?**

Bekijk al onze opleidingen op onze website, bezoek een voorlichtingsbijeenkomst of plan vrijblijvend een adviesgesprek in met een van onze opleidingsmanagers om jouw persoonlijke vragen te bespreken. We helpen je graag en hopen je snel te zien!

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

**bereik meer**

**avans+**

